



Patienteninformation

Informationen zum Aufklärungsgespräch

Behandlung/Operation der

- chronischen Analfissur
- Analfistel bei einer chronischen Analfissur
- Entzündung der Afterdrüsen (Kryptitis)
- vergrößerten (hypertrophen) Analpapille

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde eine chronische Analfissur oder ein verwandtes Krankheitsbild diagnostiziert. Das Aufklärungsgespräch und dieses Informationsblatt sollen Sie in die Lage versetzen, sich in Kenntnis der **Erfolgsaussichten** und typischer wie auch seltener Risiken für eine Therapie zu entscheiden und in die Behandlung einzuwilligen. Bitte **lesen Sie dieses Aufklärungsblatt sorgfältig** und stellen Sie im Gespräch alle für Sie wichtigen Fragen.

■ Was ist eine Analfissur?

■ Akute und chronische Analfissur

Die **akute Analfissur** ist ein Einriß am Analrand, also eine Wunde. Ursache ist meist ein harter Stuhlgang. Man findet die Analfissur üblicherweise **in der Mittellinie**, entweder nach vorne zum Damm hin (12 Uhr SSL), oder nach hinten in Richtung Steißbein (6 Uhr SSL). An diesen Stellen scheint die Haut weniger elastisch und widerstandsfähig zu sein.

Die Wundränder sind glatt wie bei einer Schnittwunde, die Wunde reicht meist bis auf den Schließmuskel. Trotz **ungünstiger Bedingungen** (Darmbakterien, Enge, Feuchtigkeit, mechanische Beanspruchung) heilen diese Wunden erstaunlicherweise meist von selbst.

Manchmal heilt die akute Analfissur aber nur scheinbar: Die Wunde verklebt und verheilt oberflächlich, in der Tiefe der Wunde entwickelt sich durch die Darmbakterien eine **chronische Entzündung**.

Damit wird die Narbe nicht stabil. Die Wunde reißt auch bei normalem Stuhl immer wieder auf. Der Körper produziert lokale Wachstumsfaktoren, die die Heilung anregen sollen. Die Folge sind unspezifische Wucherungen der Haut (**Vorpostenfalte**) und Schleimhaut (**hypertrophe Analpapille**). Oft werden diese Veränderungen für eine **Hämorrhoid** oder einen **Polypen** gehalten. Sie können beträchtliche Größe annehmen und aus dem After hervortreten (prolabieren).

Über die Zeit kann sich eine **Tasche bzw. Nische** im Unterhautgewebe ausbilden, in der sich Stuhlpartikel und Bakterien noch mehr festsetzen können. Wenn eine Analfissur länger als sechs Wochen besteht oder die beschriebenen



Abb. 1: Schema chronische Analfissur

(1) hypertrophe Analpapille, (2) tiefe Krypte, (3) Fissurgrund mit freiliegendem, inneren Schließmuskel. (4) Vorpostenfalte

■ Welche Symptome und Beschwerden bereitet eine Analfissur?

Beim ersten Auftreten einer **akuten Analfissur** verspürt der Patient einen kurzen Schmerz beim Stuhlgang und/oder bemerkt eine Blutung. Diese Symptome dauern meist nur wenige Minuten an.

Leitsymptom der Analfissur sind Schmerzen und Blutungen.

Bei der **chronischen Analfissur** ist der **stark wechselnde Verlauf typisch**: Beschwerdefreie Zeiten wechseln sich mit Phasen von Blutungen und Schmerzen ab. Das Beschwerdebild wandelt sich: Die Schmerzen werden erst **nach dem Stuhlgang** und dann für Stunden bis Tage wahrgenommen. Der **Schmerzcharakter verändert sich** von einem kurzen, scharfen Wundschmerz zu einem dumpfen, bohrenden Entzündungsschmerz.

■ Welche Spätfolgen einer chronischen Analfissur gibt es?

Es kann durch Narbenbildung zu einer Engstellung des Afters (**Analstenose**) kommen. Wenn der Patient das Gefühl hat, der After sei zu eng, liegt aber häufiger eine funktionelle Engstellung aufgrund der **schmerzbedingten Anspannung des Schließmuskels** vor. Nach neuerer Auffassung ist dieser **hohe Schließmuskeldruck** eher die Folge als die Ursache einer chronischen Analfissur.

Die chronische Entzündung bei einer Analfissur kann sich weiter in die Tiefe vorarbeiten, den inneren Schließmuskel schädigen und zu einer Öffnung der Haut an der Oberfläche führen. Es entsteht eine **Analfistel**, die eitriges Sekret absondert und manchmal nur durch Feuchtigkeit und Juckreiz auf sich aufmerksam macht.

■ Verwandte Krankheitsbilder

■ Entzündung der „Aftergrübchen“ (Kryptitis)

Die Drüsen am After (Proktodealdrüsen) liegen zwischen dem inneren und dem äusseren Schließmuskel. Ihre Ausführungsgänge münden in die kleinen Grübchen (Krypten) am Übergang von Haut zu Schleimhaut (Linea dentata). Wenn der Sekretabfluss hier gestört ist, kommt es zu einer **Entzündung der Drüse** mit Schmerzen und Schwellung. Man nimmt an, dass eine solche Entzündung zur Entwicklung einer **Analfistel** oder einer chronischen Analfissur beitragen kann.

■ Tiefe Krypte, Schleimhauttaschen:

Die beschriebenen Grübchen (Krypten) können sich im Lauf des Lebens vertiefen und dabei Taschen unter der Analschleimhaut bilden. Beim Stuhlgang verfangen sich hier Stuhlpartikel und führen zu einem teils mechanisch, teils entzündlich bedingten Schmerz. Bei der **Untersuchung in Narkose** findet man diese Taschen durch Sondierung, bei der Untersuchung des wachen Patienten in der Sprechstunde kann man sie leicht übersehen.



Abb. 2: Tiefe Krypte - die Ausbildung einer Tasche unter der Schleimhaut ist durch die eingeführte Sonde gut zu erkennen.

■ Wie wird eine Analfissur behandelt?

■ Konservative Behandlung:

Analhygiene, Stuhlregulierung: Die Benutzung eines Bidets oder Ausduschen des Anus nach dem Stuhlgang können Stuhlreste beseitigen helfen. Zu harter Stuhl führt zu einer mechanischen Überdehnung und Schmerzen. Fast noch problematischer ist aber zu weicher Stuhl, der besonders in jede Nische eindringt und sich darin verfängt.

Diltiazem-Salbe und Flohsamenschalen sind die Basistherapie.

Gemahlene Flohsamenschalen als Nahrungsergänzung (1 - 2 EL / Tag) eignen sich besonders gut, um die Stuhlkonsistenz auszugleichen. Sie werden mit Wasser, Milch, Joghurt oder Saft eingenommen und sind anderen Ballaststoffen in der Quellfähigkeit überlegen. Nicht nur die Stuhlpassage wird erleichtert, sondern auch die Hygiene.

Salben: Verschiedene Wirkstoffe werden zur Behandlung der Analfissur eingesetzt. Wir verwenden wie die meisten Proktologen eine Rezeptur mit **Diltiazem** und **Lidocain**. Zumindest bei der akuten Analfissur sind damit **gute Behandlungserfolge** zu erzielen. Auch zur Überbrückung akut schmerzhafter Phasen eignet sich diese Salbe gut. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über häufig verwendete Präparate:

Wirkstoff	Enthalten z.B. in	Wirkprinzip	Nebenwirkungen u.a.	Grad der Empfehlung
Diltiazem	Rezepturen	Entspannung des Schließmuskels	Blutdrucksenkung	+++
Glyceroltrinitrat	Rectogesic®	Entspannung des Schließmuskels	Kopfschmerz, Kreislaufreaktion	++
Lidocain	Xylocain Gel®, Rezepturen	Schmerzlinderung	Allergien, Juckreiz	+++
Cinchocain	DoloPosterine® N	Schmerzlinderung	Allergien	++
Fluocortolon	Doloproct®	Entzündungshemmung (Cortison)	Hautatrophie	-
Pflanzliche Ölmischung	FirstSkin® Prorepatin	„Flüssigpflaster“-Funktion	Keine bekannt	+
Metronidazol	10% Rezeptur	Antibiotikum, Stimulation der Wundheilung	Hautreaktionen, Sehstörungen. Für diese Indikation nicht zugelassen („off label use“)	+
Hydrokolloid	valoproct®	Antimikrobielle Reinigung	-	+

Rezepturen sind vom Apotheker zubereitete Mischungen. Der Grad der Empfehlung entspricht unserer persönlichen Erfahrung in der Praxis, nicht einer durch Studien gesicherten Erkenntnis. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Bei der Salbenbehandlung ist eine **Behandlungsdauer von 4 - 6 Wochen** mindestens erforderlich, auch wenn die Beschwerden vorher schon nachgelassen haben. Das erneute Auftreten von Beschwerden nach primär erfolgreicher Behandlung ist häufig. Wenn **sehr starke Schmerzen auch unter Behandlung anhalten, empfehlen wir frühzeitig, eine Operation** in Betracht zu ziehen.

Niederenergetische LASER-Behandlung (Low Level Laser Therapie, LLLT): Aus der Behandlung chronischer Problemwunden (diabetischer Fuss, Ulcus cruris) ist die Anwendung von Laserstrahlen geringer Energie bekannt. An Wirkmechanismen werden die Verminderung von Mediatoren der Entzündung, die Stimulation von Wachstumsfaktoren, die Verbesserung der Bindegewebsstabilität, der Mikrozirkulation und der zellulären Stoffwechselaktivität beschrieben.

Die Low Level Laser Therapy ist eine aus der Behandlung chronischer Wunden übernommene Therapie.

Die chronische Analfissur ist eine **Sonderform einer chronischen Wunde**. Die Behandlung mit der auch „Softlaser“ genannten Therapieform liegt daher nahe. Wir bieten die LLLT seit Anfang 2016 in unserer Praxis an. Die Behandlung erfolgt **1 - 2 x pro Woche für sechs Wochen**, die Laserenergie wird in Seitenlage von außen auf die Analregion appliziert. Der Patient verspürt ein leichtes Wärmegefühl, keine Schmerzen. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Mehrzahl der Patienten erfährt durch diese Behandlung eine spürbare Besserung der Beschwerden. Zur Beurteilung der Wirksamkeit im Hinblick auf die langfristige Heilung kann noch keine Aussage getroffen werden.

Botulinumtoxin-Injektionen (Botox): Diese Therapie ist nur in den seltenen Fällen eines tatsächlich **krankhaft erhöhten Schließmuskeldrucks** sinnvoll. Die Injektion von Botulinumtoxin (Botox) in den Schließmuskel führt zu vorübergehenden Entspannung der Muskulatur. In dieser Zeit soll die Fissur abheilen. Selten kommt es zu einer vorübergehenden, leichtgradigen Stuhlhalteschwäche (Inkontinenz). Systemische Nebenwirkungen sind unwahrscheinlich. Die hohen Kosten des Medikaments, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden, schränken die Anwendung ein. Insgesamt haben sich die Erwartungen an diese Behandlungsmöglichkeit **nicht erfüllt**.

Analdehner: Das tägliche Dehnen des Anus mit einem stabförmigen Analdehner wurde früher häufig empfohlen. Damit

sollte das oberflächliche Verkleben der Fissur vermieden und eine Ausheilung aus der Tiefe heraus ermöglicht werden. In die gleiche Richtung zielt der „Fissurstift“. Abgesehen davon, daß diese Behandlung für die meisten Patienten wenig angenehm ist, führt sie nach unserer Erfahrung nur selten zum nachhaltigen Erfolg. Wir empfehlen sie daher nicht.

■ Operative Behandlung der chronischen Analfissur (Fissurektomie)

■ Wann wird eine Operation notwendig?

Die beschriebenen Sekundärveränderungen und eine Beschwerdedauer ab einem halben Jahr gelten als Indizien dafür, daß eine Heilung ohne Operation unwahrscheinlich ist. Eine zuverlässige Vorhersage, ob die konservative Behandlung Chancen auf Erfolg hat, ist im individuellen Fall dennoch nicht möglich. Wir raten dem Patienten dann zur Operation, wenn **Schmerzen oder Blutungen auf die Behandlung nicht ansprechen oder häufig wiederkehren**.

■ Einkerbung des Schließmuskels (Sphinkterotomie):

Die früher praktizierte, teilweise Durchtrennung des inneren Schließmuskels („laterale Sphinkterotomie“) wird heute nicht mehr empfohlen. Die **Lösung unelastischer und vernarbter Muskelfasern** im Grund der Analfissur kann die normale Elastizität des Anus wiederherstellen, die Kraft des Schließmuskels wird dadurch nicht beeinträchtigt.

■ Ausschneidung der Analfissur (Fissurektomie), Kryptenfreilegung, Freilegung von Schleimhauttaschen:

Dieses Vorgehen ist heute der Standard in der operativen Therapie der Analfissur. Das Prinzip der Operation ist die **Umwandlung einer tiefen in eine flache Wunde unter Beseitigung aller Hindernisse des Sekretabflusses** und der Stuhlpassage.

Die Sekundärveränderungen wie Vorpostenfalte oder hypertrophe Papille werden bei der Operation ebenfalls entfernt. Die Schnittführung erfolgt normalerweise mit dem elektrischen Skalpell. Ein vergleichbarer Eingriff kann auch bei der Kryptitis und bei der tiefen Krypte sinnvoll sein, man spricht dann von der Kryptenfreilegung. Eine begleitende oder durch die Analfissur entstandene, regelhaft oberflächliche **Anal fistel kann ebenfalls mit entfernt werden**.

■ Operation unter Sicht mit der Lupenbrille, LASER-Fissurektomie

Die Präzision der Operation wird optimiert durch die **Verwendung einer Lupenbrille**, die feinste Details der individuellen Situation erkennen läßt. Bei Anwendung des Diodenlasers statt des Elektroskalpells setzt nach unserer Beobachtung die Wundheilung früher ein, die Narben werden glatt und elastisch.

Die Fissurektomie ist das Operationsverfahren der Wahl und ermöglicht eine dauerhafte Heilung der chronischen Analfissur. Die Durchführung dieser Operation mit dem Dioden-LASER kann Vorteile bieten in Bezug auf die Heilungsdauer und funktionelle wie ästhetische Qualität der Narbe.

Die **Wunde wird nicht vernäht**, um zusätzliche Schmerzen, Infektionen und narbige Einengungen zu vermeiden. Die äußere Wunde erscheint dem Patienten vielleicht unverhältnismäßig groß, der dadurch gewährleistete Sekretabfluß ist aber **entscheidend für die Heilung**. Nach dem Stuhlgang reinigt man die Wunde mit fließendem Wasser unter der Dusche oder durch ein Sitzbad, unterwegs mit feuchtem Toilettenpapier oder Babytüchern.

Nach der Operation besteht durchschnittlich eine **Arbeitsunfähigkeit von etwa 2 Wochen**. Die Heilung setzt in der Regel um den 10. Tag nach der Operation ein. Ab diesem Zeitpunkt geht auch die Absonderung von Wundflüssigkeit und der Wundschmerz zurück. In der Mehrzahl beurteilen Patienten dann den **Wundschmerz als geringer als den Schmerz durch die Fissur** vor der Operation. Ab Ende der dritten Woche sind die Einschränkungen normalerweise gering. Ganz verheilt ist die Wunde meistens nach 2-3 Monaten. Nur in wenigen Einzelfällen erreicht die Narbe erst nach einem Jahr die vollständige Stabilität oder bleibt empfindlich.

Proktologische Praxis München
Dr. Bernhard Hofer und Florian Liebl
Fachärzte für Viszeralchirurgie, Proktologie

Brienner Straße 13, 80333 München, Germany

049-89-292679
www.proktologie.bayern