

Anal fisteln und - abszesse

Analabszesse und Anal fisteln stellen zwei Erscheinungen des gleichen Krankheitsbildes dar. Beim Abszess handelt es sich um die akute Entzündung, die eine sofortige, meist notwendige operative Therapie erfordert. Die Fistel stellt den chronischen Zustand mit anhaltender Sekretabsonderung und zeitweise auftretenden Schmerzen dar und sollte einer geplanten operativen Therapie zugeführt werden.

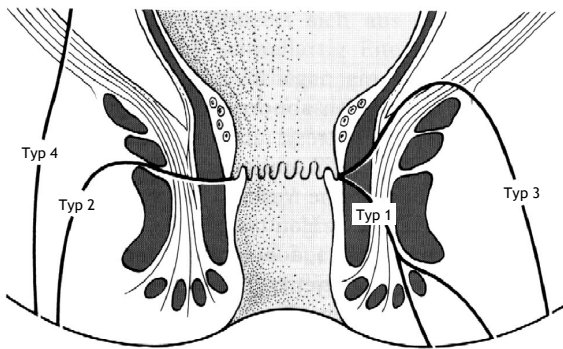
Ausgangspunkt der Erkrankung sind die sogenannten „Duftdrüsen“ (Proktodealdrüsen). Diese Duftdrüsen befinden sich zwischen dem inneren und äußeren Anteil des Schließmuskels und haben einen Ausführungsgang in den Analkanal.

Bei einer Entzündung der Proktodealdrüse führt die Gewebeschwellung zu einer Verstopfung der Ausführungsgänge. Es entwickelt sich hierdurch eine Eiteransammlung (Abszess), die sich zwischen den verschiedenen Schließmuskelanteilen ausbreiten kann. Diese Eiteransammlung kann sich entweder spontan nach außen entleeren oder durch operative Maßnahmen eröffnet werden, so dass die typische Verbindung zur äußeren Haut entsteht. Besteht gleichzeitig eine Verbindung zum Analkanal, so verbleibt eine Fistel. Der Patient bemerkt häufig eine "Pickel-Bildung" in der Analregion, welche durch wiederholte Schwellungen, eitriges Absondern und zeitweilige Schmerzen auffällt. Bei dieser Diagnose ist eine Fisteloperation angezeigt.

Wie wird ein Analabszess behandelt?

Der Abszess entsteht kurzfristig und äußert sich durch eine zunehmend schmerzhaftere Schwellung in der Afterregion und evtl. Fieber. Die Therapie besteht in der Eröffnung der Eiterhöhle und Schaffung eines großzügigen Abflusses. Damit wird ein rasches Abklingen der Beschwerden erreicht. Der Analabszess bedarf immer einer operativen Behandlung. Abschwellende Maßnahmen allein bzw. die Gabe von Antibiotika verschleppen den Heilverlauf und können zu ernsthaften Komplikationen führen.

Der Operateur sucht während des kurzdauernden Eingriffs (in der Regel in Vollnarkose bzw. rückenmarksnaher Betäubung) nach einer möglichen Verbindung der Eiterhöhle zum After. Lässt sich diese nachweisen, können oberflächliche Fisteln sofort beseitigt werden. Bei durch den Schließmuskel verlaufenden Fisteln, kann ein Faden durch den Kanal gezogen und die diesem Abszess zugrundeliegende Fistel markiert und drainiert werden (Fadendrainage). Dieser Faden, der in der Regel nicht stört, verhindert eine erneute Abszessbildung. Nach Abklingen der Entzündungserscheinungen wird die zugrundeliegende Fistel einer operativen Therapie zugeführt, gewöhnlich nach zirka 6-8 Wochen.



Welche Formen von Anal fisteln gibt es?

Der Verlauf der Fistelgänge in Beziehung zum Schließmuskel ist maßgeblich für die Einteilung und Therapieplanung einer Anal fistel. In Anlehnung an die am weitesten verbreitete Klassifikation des englischen Chirurgen Sir Alan Parks unterscheidet man

Typ 1 intersphinktere Anal fisteln (sehr häufig)

(die Gänge verlaufen zwischen dem inneren und dem äußeren Schließmuskel)

Typ 2 transsphinktere Anal fisteln (häufig)

(die Gänge durchqueren beide Schließmuskelanteile)

Typ 3 suprasphinktere Anal fisteln (selten)

(die Gänge verlaufen zwischen Schließmuskel und Beckenbodenmuskeln)

Typ 4 extrasphinktere Anal fisteln (sehr selten)

(die Gänge verlaufen außerhalb der Schließmuskeln und haben ihren Ursprung außerhalb des Enddarmes)

Welche operativen Verfahren gibt es?

Anal fisteln der Typen 1 und 2 werden bei oberflächlichem Verlauf der sogenannten Spaltungsmethode zugeführt. Dabei wird der Fistelkanal mit der kleinen Muskelbrücke gespalten und so in eine Rinne überführt, welche dann im weiteren Verlauf zuheilt. Der stationäre Aufenthalt dauert lediglich 3-4 Tage. In einigen Fällen können diese Operationen auch ambulant durchgeführt werden. Ein spürbarer Verlust der Schließmuskelfunktion ist hierbei nicht zu erwarten.

Liegt bereits ein schwacher Schließmuskel vor oder handelt es sich um Anal fisteln des Typs 2 mit höherem Verlauf durch die Muskelstrukturen bzw. um Anal fisteln des Typs 3, wird die Anal fistel durch ein schließmuskelschonendes Operationsverfahren entfernt. Hierbei schält der Chirurg den schließmuskeldurchbohrenden Gang einschließlich der Proktodealdrüse ohne wesentliche Durchtrennung intakter Muskulatur heraus. Der saubere Wundkanal im Muskel wird vernäht und zusätzlich mit einem Verschiebelappen abgedichtet. Die sich neben dem After befindlich Hautwunde bleibt zur Drainage offen. Eventuell vorhandene Nebengänge werden ebenfalls entfernt. Nach dem operativen Eingriff mit Schließmuskelnahnt erhält der Patient zur Ruhigstellung der Darmfunktion über mehrere Tage eine reduzierte Kost. Unter Durchführung von Sitzbädern heilt die äußere Wunde zu. Der stationäre Aufenthalt dauert ca. 4-6 Tage.

Ein neues Verfahren stellt die so genannte Plug-Methode dar. Dabei wird durch den Fistelgang ein Pfropfen aus einem sich auflösenden Material gezogen, der zu einem Verwachsen der Fistel führt. Auch wenn die Erfolgsraten etwas niedriger als bei den herkömmlichen Techniken sind, besteht der große Vorteil darin, dass keine Beeinträchtigung des Schließmuskels auftritt.

Gibt es den Anal fisteln ähnliche Krankheitsbilder?

Von den "gewöhnlichen" Anal fisteln sind Krankheitsbilder wie Anal fisteln bei M. Crohn (eine chronisch entzündliche Darmerkrankung), Anal fisteln mit entzündlichem Ursprung im Bauchraum (Typ 4) sowie Fisteln zwischen Schließmuskel und Scheide (Rektovaginale Fisteln) und entzündlich fistelnde Hauterkrankungen (z. B. die Pyodermie oder die sog. Steißbeinfisteln) bezüglich Entstehungsursache und operativer Therapie abzugrenzen, die jeweils ihrer spezifischen Therapie zugeführt werden sollten.



Zusammenfassung

Anal fisteln und Analabszesse stellen verschiedene Zustandsbilder des gleichen Krankheitsbildes dar. Während Abszesse notwendigerweise operiert werden müssen, findet die Fisteloperation immer nach optimaler Vorbereitung statt. In den meisten Fällen kann durch eine Fistelspaltung eine definitive Heilung erzielt werden. Bei hohen und komplexeren Fisteln muss der Schließmuskel durch spezielle Operationstechniken geschont werden, um eine bleibende Schließmuskelschwäche zu verhindern.