

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP)

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK),

Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD),

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und

Stoffwechselkrankheiten (DGVS),

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische

Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der Deutschen Gesellschaft für

Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

S3-Leitlinie

Analabszess

(2. revidierte Fassung 2016)

ICD-10: K61.0 (Analabszess), K61.1 (Rektalabszess), K61.2 (Anorektalabszess),

K61.3 (Ischiorektalabszess), K61.4 (intrasphinkterer Abszess), K65.0

(Beckenabszess)

AWMF-Registriernummer:

088/005

Kurzfassung

Autoren:

Für die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP), die Deutsche Gesellschaft für Coloproktologie (DGK), den Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD)

Dr. A. Ommer, End- und Dickdarmzentrum Essen,
Prof. Dr. A. Herold, Enddarmzentrum Mannheim,
Dr. E. Berg, Prosper Hospital, Recklinghausen,
Prof. Dr. St. Farke, Klinikum Delmenhorst, Delmenhorst
Prof. Dr. A. Fürst, Caritas Krankenhaus, Regensburg,
Prof. Dr. F. Hetzer, Spital Linth, Uznach, Schweiz
Dr. A. Köhler, HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg, Duisburg
Prof. Dr. S. Post, Universitätsklinik Mannheim, Mannheim
Dr. R. Ruppert, Städt.Klinikum München GmbH, Klinikum Neuperlach, München,
Prof. Dr. M. Sailer, Bethesda-Krankenhaus, Hamburg
Prof. Dr. Th. Schiedeck, Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg
Prof. Dr. O.Schwandner, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg
Dr. B. Strittmatter, Praxisklinik 2000, Praxis für Coloproktologie, Freiburg

für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Dr. B. H. Lenhard, Praxis für Enddarmerkrankungen, Heidelberg

für die AGUB der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. W. Bader, Klinikum Bielefeld, Bielefeld

für die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Prof. Dr. S. Krege, Kliniken Essen-Mitte, Essen

für die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Prof. Dr. H. Krammer, Gastroenterologie am End-Darm-Zentrum, Mannheim

Prof. Dr. E. Stange, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Korrespondenzanschrift:

Dr. A. Ommer

End- und Dickdarm-Zentrum Essen

Rüttenscheider Strasse 66

45130 Essen

Tel.: 0201/797977
Fax: 0201/43871755
E-mail: aommer@online.de

Einleitung

Das anale Fistelleiden, dessen akute Form der Analabszess darstellt, ist mit einer Inzidenz von ca. 2 auf 10000 Einwohner/Jahr ein häufiges Krankheitsbild und tritt gehäuft zwischen dem 30. und 50 Lebensjahr auf [41]. Männer sind häufiger als Frauen betroffen [32].

Methodik

Der Inhalt der vorliegenden Leitlinie basiert auf einem umfangreichen Review der Literatur bis 2016 (siehe Langfassung). Sie stellt eine Weiterentwicklung der Leitlinie aus dem Jahr 2011 dar [25; 27]. Definitionen von Evidenzstärke, Empfehlungsgrad und Konsensusstärke wurden festgelegt [13; 29; 33]. Von der Leitliniengruppe wurde auf einer Konsensuskonferenz der Text verabschiedet.

Ätiologie und Klassifikation

Analabszesse haben in den meisten Fällen ihren Ursprung im kryptoglandulären Gewebe (Proktodealdrüsen) des Intersphinkterraumes (Abbildung 1) [16]. Die Anzahl der Drüsen variiert mit einer posterioren Häufung [1; 35] und ist bei Männern höher als bei Frauen [19].

Der Abszess entsteht zunächst im intersphinkteren Raum. Von hier kann sich dieser Abszess direkt in Richtung perianale Region ausbreiten und als subanodermaler oder subcutaner Abszess zeigen. Beim Durchbruch durch den M. sphincter ani externus entsteht der ischioanale Abszess, der ehemals als ischiorektaler Abszess bezeichnet wurde, und durch Extension nach proximal in die Fossa pelvirectalis der supralevatorische Abszess. Ausgehend von dieser Genese werden somit vier Abszesstypen unterschieden (Abbildung 1):

1. subanodermaler Abszess
2. intersphinkterer Abszess
3. ischioanaler Abszess
4. supralevatorischer Abszess

Die Häufigkeit der einzelnen Typen variiert wobei oberflächliche Typen die deutliche Mehrheit darstellen [24; 30].

Das Keimspektrum setzt sich aus einer Mischflora von Darmkeimen (vor allem E. coli, Bakteroides) und Hautkeimen (Staphylococcus aureus) zusammen. Die Differenzierung hat in der Regel aber keine therapeutische Relevanz. Sonderformen (MRSA-Besiedlung, Tuberkulose, Aktinomykose und die Gonorrhoe sowie Abszesse durch Fremdkörperingestion) sind nicht Bestandteil der vorliegenden Leitlinie.

Verschiedene Studien beschreiben den Diabetes mellitus, die Adipositas und das Rauchen als Risikofaktor für eine Abszess- bzw. Fistelbildung [3; 7; 38].

Symptomatik und Diagnostik

Die Symptomatik des Analabszesses besteht in der akut auftretenden schmerzhaften Schwellung und ggf. Rötung im Analbereich. Wegen der Schmerzen sollte die rektale Untersuchung auf ein Minimum begrenzt werden. Proktoskopie und Rektoskopie liefern nur geringe Zusatzinformationen und belasten den Patienten durch die Schmerzen sehr stark. Eine weitergehende, insbesondere bildgebende Diagnostik ist präoperativ bei der Mehrzahl der Patienten nicht erforderlich.

Zu differenzieren ist die Symptomatik des supralevatorischen Abszesses, bei dem die Inspektion keine Informationen liefert. Öfter finden sich hier Allgemeinreaktionen wie Fieber und Krankheitsgefühl. Hier kann die rektale Palpation in der Regel eine Induration bis hin zur Fluktuation zeigen. Typisch sind dumpfe Schmerzempfindungen im kleinen Becken oder Rückenschmerzen [12]. Bei unklaren Befunden kann die Endosonographie, eine Computertomographie oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) zur Lokalisation beitragen. Zur Wertigkeit der Verfahren wird auf die entsprechenden Ausführungen in den Leitlinien „Kryptoglanduläre Analfisteln“ [26] verwiesen.

Die weiteren Maßnahmen erfolgen intraoperativ in Narkose. Dazu zählt die Inspektion des Analkanals zum Nachweis bzw. Ausschluss einer inneren Fistelöffnung. Vorsichtig kann eine Sondierung mit einer gebogenen Sonde erfolgen. Eine forcierte Untersuchung sollte jedoch vermieden werden. Die Endosonographie erlaubt eine Lokalisation des Abszesses zur Wahl des optimalen operativen Zugangsweges, insbesondere bei supralevatorischen Abszessen.

Die Schließmuskelfunktion sollte vor einer operativen Intervention anhand der Anamnese und ggf. eines Inkontinenzscores, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche primäre Fistelspaltung, eingeschätzt werden. Die Manometrie liefert

keine zusätzliche Information und ist, insbesondere im akuten Abszessstadium nicht aussagekräftig.

Fazit für die Praxis

Die Diagnostik des Analabszesses erfolgt anhand der klinischen Symptomatik, der Inspektion und der Palpation. Eine bildgebende Diagnostik sollte allenfalls bei supralevatorischen Abszessen und Rezidivabszessen erwogen werden.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

Therapie

Operationsindikation

Die Therapie des Analabszesses ist operativ, wobei die klinische Symptomatik den Zeitpunkt der operativen Intervention bestimmt. Ziel der Behandlung ist die Entlastung der Abszesshöhle, um ein Fortschreiten der Entzündung mit potentiell lebensgefährlichen Komplikationen (z.B. pelvine Sepsis, Fourniersche Gangrän [40]) zu verhindern.

Während der akute Abszess eine Notfallsituation darstellt, sollte auch bei stattgehabter Spontanperforation eine operative Intervention erfolgen, weil die unzureichende Drainage Ursache eines Rezidivabszesses oder einer Fistel sein kann. Konservative Therapieoptionen, insbesondere eine Therapie mit einem Antibiotikum, sind nicht Erfolg versprechend und erscheinen nicht sinnvoll.

Das Ergebnis eines mikrobiologischen Abstriches aus der Abszessformation ist in den meisten Fällen ohne therapeutische Konsequenz und somit verzichtbar.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

Technik der Abszessdrainage

Die operative Technik unterscheidet sich bei den verschiedenen Abszessstypen [22]. In der Regel findet die Abszessoperation in Allgemein- oder Regionalanästhesie statt.

Bei den subanodermalen und ischioanalen Abszessen wird entweder eine perianale Inzision oder eine Exzision mit ovaler Ausschneidung der Haut vorgenommen. Unter dem Aspekt der Drainage ist dabei letzterem der Vorzug zu geben. Der

Schnittverlauf sollte parallel zum Faserverlauf des M. sphincter ani externus verlaufen.

Der Zugangsweg zum intersphinkteren Abszess, richtet sich nach der Lokalisation: Bei rein intraanaler Lage mit Verbindung zum Analkanal sollte eine transanale Drainage, ggf. mit Internussphinkterotomie erfolgen. Bei subanodermaler Lage kann ein perianaler Zugang mit oder ohne Fistelspaltung gewählt werden.

Die Drainage des supralevatorischen Abszesses kann transrektal oder perianal erfolgen. Wichtigstes diagnostisches Verfahren ist die Endosonographie, die darstellen kann, ob die Muskelplatte des M levator ani intakt ist. Bei intaktem Levator und Beschränkung des Abszesses auf die Fossa pelvirektalis kann eine transrektale Drainage vorgenommen werden, um eine Fistelbildung zu verhindern. Ist der Abszess bereits durch den Levator in die Fossa ischioanalis durchgebrochen, wird die Drainage transischioanal durchgeführt. Dabei ist darauf zu achten, dass der lange Drainageweg offen bleibt. Ggf. wird für einige Tage eine Drainage (z.B. Penrose, Easyflow o.a.) eingelegt,

Eine Übersicht über die derzeit publizierten Arbeiten findet sich in der Evidenz-Tabelle, die der Vollversion der Leitlinien beigelegt ist. Lediglich drei Studien wurden nach 2000 publiziert.

Ziel der operativen Intervention soll eine großzügige Drainage des entzündlichen Gewebes ohne relevante Schädigung der angrenzenden gesunden Strukturen, insbesondere des Schließmuskelapparates sein.

Empfehlungsgrad: KKP (Klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

Ursachen des Abszessrezidivs

Ursache des Frührezidivs stellen die unzureichende [5; 28] und verspätete [39] Drainage dar.

Die ausreichende Drainage eines Analabszesses sollte deshalb angestrebt werden, um ein Rezidiv und eine Fistelbildung zu verhindern. Bei ausgedehnten Abszedierungen sollte großzügig die Indikation zur Revision in Narkose gestellt werden.

Evidenzlevel: 4
Empfehlungsgrad: B (Begründung: Aus ethischen Gründen ist eine Überprüfung dieser allgemein akzeptierten Aussage durch randomisierte Studien nicht möglich.)
Konsensusstärke: starker Konsens

Indikation zur primären Fistelsanierung

Die vorliegende Literatur deutet darauf hin, dass eine im Rahmen der Abszessspaltung nachgewiesene Fistel nicht immer zu einem Folgeeingriff zwingt bzw. dass auch ein Spontanverschluss der Fistel nach großzügiger Drainage möglich ist [11; 24; 31].

Insgesamt fünf randomisierte Studien vergleichen die reine Exzision mit der primären Fistelspaltung. Sie deuten darauf hin, dass die primäre Spaltung die Re-Operationsrate senkt, jedoch unter Inkaufnahme einer erhöhten Rate an Kontinenzstörungen. Leider finden sich in keiner Studie Angaben über die Art der gespaltenen Fisteln. Noch wichtiger erscheint jedoch die Tatsache, dass die Mehrzahl der Patienten mit belassener Fistel nicht erneut operiert wurde, so dass grundsätzlich auch eine Spontanheilung nicht unmöglich erscheint. Eine aktuelle griechische Arbeit [8] fand im Follow-up nach 12 Monaten nach einfacher Exzision und Drainage eine signifikant höhere Rezidivrate als nach Exzision und primärer Fistelbehandlung (44% vs. 6%). Die Fistelbehandlung bestand in Spaltung bei intersphinkteren Fisteln und Fadeneinlage bei hohen Fisteln. Gleichzeitig war in der Gruppe mit primärer Fisteloperation auch eine signifikante Anzahl von Kontinenzstörungen zu beobachten.

Bei oberflächlichen Fisteln scheint eine primäre Fistelspaltung sinnvoll zu sein, um Rezidive zu verhindern und den in der Regel jungen Patienten einen erneuten Eingriff zu ersparen. Wie bei den Analfisteln beschrieben steigt jedoch die Inkontinenzrate mit der Menge des durchtrennten Schließmuskelanteiles und der Anzahl der Voroperationen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass häufig die Abszessexzision notfallmäßig und von weniger erfahrenen Operateuren durchgeführt wird, so dass die Frage der Fistelspaltung in diesen Fällen besser im Rahmen eines Zweiteingriffes durch einen erfahrenen Operateur entschieden werden sollte. Bei nachgewiesener komplexer Fistel kann durch die Einlage einer Fadendrainage eine gute Drainage erzielt und der Fistelkanal für eine sekundäre Operation unter elektiven Bedingungen vorbereitet werden. Andererseits deutet die Literatur jedoch darauf hin, dass sich ein relevanter Teil der nachgewiesenen Fisteln spontan verschließt. Die Wertigkeit der Fadendrainage ist nicht eindeutig geklärt. Aktuelle, z.T. kontrovers diskutierte Arbeiten [2; 9; 21] zeigt keinen

Vorteil der liegenden Fadendrainage für den Erfolg eines plastischen Fistelverschlusses.

Fazit für die Praxis

Bei oberflächlichen Fisteln soll durch den erfahrenen Operateur eine primäre Fistelspaltung erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung in einem Zweiteingriff erfolgen. Eine primäre Fistelspaltung ist mit einem erhöhten Inkontinenzrisiko assoziiert. Dies sollte Bestandteil der Operationsaufklärung sein. Eine Veränderung der Leitlinienempfehlungen durch neue Studien gegenüber der Erstfassung ergibt sich nicht.

Evidenzlevel: 1a
Empfehlungsgrad: A
Konsensusstärke: starker Konsens

Häufigkeit des sekundären Fistelnachweises

Neben dem Rezidivabszess stellt die Ausbildung einer Analfistel, die zu einer erneuten Intervention zwingt, die häufigste Folgeerscheinung nach einer Abszessoperation dar. Nach Auswertung der Literatur führen lediglich ein Teil der Abszesse zu einer persistierenden Fistel [20; 31; 36]. In einer Literaturübersicht werden persistierende Fisteln mit 7% bis 66% (Median 16%) und Abszesses mit 4% bis 31% (Median 13%) angegeben [10].

Die Rate des sekundären Fistelnachweises ist von der Lokalisation des Abszesses abhängig. So fand Sözener [36] nach subanodermalem Abszess in 14%, nach intersphinkterem in 35% und nach ischioanalem in 60% Analfisteln.

Zusammenfassend ist die Rate der Rezidivabszesse und persistierenden Fisteln relativ gering. Das heißt, dass nur ein kleiner Teil der Abszesse zu einer persistierenden Fistel führt. Die Wahrscheinlichkeit der Fistelentstehung hängt von der Abszesslokalisierung ab. Während sich nach subanodermalen oder intersphinkteren Analabszessen selten und überwiegend oberflächliche Fisteln entwickeln, steigt die Rate der komplexen Fisteln bei den ischioanal und supralevatorischen Abszessen deutlich an [24]. Die Inzidenz ist vom Abszessstyp abhängig und kann bei ischioanal und supralevatorischen Abszessen bei bis zu 40% liegen [6; 17; 23; 34].

Aus diesen Gründen sollte keine forcierte Fistelsuche im Rahmen der Erstoperation erfolgen.

Evidenzlevel: 3

Empfehlungsgrad: B (Begründung: Aus ethischen Gründen ist eine Überprüfung dieser allgemein akzeptierten Aussage durch randomisierte Studien nicht möglich.)
Konsensusstärke: starker Konsens

Operative Therapie: Reviews

Im Vergleich zu den kryptoglandulären Analfisteln ist die Literatur über die Behandlungsoptionen der Analabszesse sehr gering. Überwiegend stammt die Literatur aus der Zeit vor 1990 und nur ein kleiner Teil der hier ausgewerteten Arbeiten wurde nach 2000 veröffentlicht.

Zu erwähnen sind die Leitlinien der Amerikanischen und der italienischen Gesellschaft für Koloproktologie:

Im Jahr 2011 wurde von Steele et al. eine Revision der Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaft für Koloproktologie vorgestellt [37].

Folgende Aussagen zu den Analfisteln sind enthalten:

Diagnostik

- Eine krankheits-spezifische Anamneseerhebung und klinische Untersuchung sollten erfolgen. (**starke Empfehlung, Evidenzlevel 1c**)
- Untersuchungsmethoden wie Fistulographie, Endosonographie, Computertomographie und MRT sollten bei ausgewählten Patienten zur Diagnostik eingesetzt werden. (**starke Empfehlung, Evidenzlevel 1c**)
- Patienten mit einem akuten Analabszess sollten zeitnah durch Inzision und Drainage behandelt werden. (**starke Empfehlung, Evidenzlevel 1c**)
- Antibiotika haben einen limitierten Stellenwert beim unkomplizierten Abszess. (**starke Empfehlung, Evidenzlevel 1b**) Eine Therapie sollte erwogen werden bei Phlegmone, ausgeprägter Immunsuppression und begleitenden Allgemeinsymptomen. (**schwache Empfehlung, Evidenzlevel 2c**)
- Eine simultane Fistelspaltung kann bei ausgewählten Patienten im Rahmen der Abszessdrainage erwogen werden. (**schwache Empfehlung, Evidenzlevel 2b**)

2015 erschien ein Konsensuspapier der Italienischen Gesellschaft für Kolorektale Chirurgie (SICCR) von Amato et al. [4]. Hier finden sich folgende Aussagen zur Behandlung des Analabszesses:

1. Bild-gebende Techniken können bei ausgewählten Patienten erwogen werden. (Empfehlungsgrad 1C)
2. Eine Computertomographie scheint bei komplexen Analabszessen sinnvoll zu sein. (Empfehlungsgrad 1C)
3. Eine Antibiotikatherapie ist bei unkomplizierten Abszessen nicht erforderlich. (Empfehlungsgrad 1B)
4. Die Standardtherapie beim Analabszess besteht in der Inzision und Drainage. (Empfehlungsgrad 1B) Ein supralevatorischer Abszess mit intersphinkterer Fistel sollte transanal drainiert werden, während bei einem infralevatorischen Abszess ein Zugang durch die Fossa ischioanalis gewählt werden sollte.
5. Ursache des Rezidivs stellen die inadäquate Drainage, unzureichende Eröffnung von gekapselten Anteilen und die inadäquate Behandlung des transsphinkteren Fistelganges dar. **(Empfehlungsgrad 1B)**
6. Die Platzierung einer Fadendrainage sollte bei klarer Identifikation des inneren Fistelostiums erwogen werden. **(Empfehlungsgrad 1B)**
7. Die Indikation zur primären Fistelspaltung wird weiterhin kontrovers diskutiert und kann bei ausgewählten Patienten erwogen werden. **(Empfehlungsgrad 1B)**

Perioperatives Management

Anästhesie

In der Regel sollte der Eingriff in Allgemein- oder Regionalanästhesie erfolgen. Eine Lokalanästhesie verbietet sich in der Regel wegen des lokalen entzündlichen Geschehens. Vorteil einer Allgemein- oder Regionalanästhesie ist weiterhin die Möglichkeit der schmerzfreien Untersuchung des Analkanals (Sperrer!) im Rahmen der Fistelsuche.

Wundversorgung

Die postoperative Nachsorge nach Analchirurgie ist fast immer unproblematisch. Die äußere anale Wunde heilt planmäßig stets sekundär. Durch regelmäßiges Austasten der Wunde können Sekretverhalte in der Tiefe vermieden werden. Insbesondere während der Heilungsphase sollte Verstopfung vermieden und darauf geachtet werden, dass der Stuhl weich ist.

Die Reinigung der äußeren Analregion erfolgt in aller Regel durch Ausduschen mit Wasser von Trinkwasserqualität. Für die Reinigung der Analregion sind bei der Routineversorgung weitere oder spezielle Maßnahmen aus Sicht der Autoren dieser Leitlinie weder erforderlich noch üblich, auch existieren keine klinischen Studien zur Behandlung von beabsichtigt offen bzw. sekundär heilenden analen Wunden mit Leitungswasser.

Bereits seit längerem wird diskutiert, ob Lösungen zur postoperativen Reinigung der Analregion den Anspruch auf Sterilität erfüllen müssen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass Leitungswasser von Trinkwasserqualität ebenso effektiv in der Vermeidung von Wundinfektionen sein kann wie die Reinigung und Spülung mit physiologischer Kochsalz- oder Ringerlösung [15]. Eine endgültige Bewertung von Lösungen zur Wundspülung ist aufgrund des fehlenden klinischen Vergleichs mit einheitlichem Studiendesign jedoch zurzeit nicht möglich. Aus der proktologischen Erfahrung ist bekannt, dass für den Dekontaminationserfolg gerade auch die Menge der Spüllösung entscheidend sein dürfte. Dies kann zur Erklärung dienen, warum bei der Anwendung von Trinkwasser regelmäßig klinisch günstige Resultate erzielt werden [15].

Fazit für die Praxis

Es ist Sorge zu tragen, dass sich die äußere Drainageöffnung nicht vorzeitig verschließt (Schnittführung, Austasten der Wunde). Der Analbereich soll regelmäßig durch Spülung gereinigt werden.

Evidenzlevel:	4
Empfehlungsgrad:	B (Begründung: Aus ethischen Gründen ist eine Überprüfung dieser allgemein akzeptierten Aussage durch randomisierte Studien nicht möglich.)
Konsensusstärke:	starker Konsens

Antibiotikatherapie

Im Rahmen der Eröffnung von Abszessen wird eine einmalige antiseptische Spülung empfohlen [14]. In Frage kommen die Substanzen Polihexanid und ggf. PVP-Jod. Insgesamt wird empfohlen, diese nur nach sorgfältiger Indikationsstellung anzuwenden, da ansonsten Störungen der Wundheilung resultieren können [18]. Auf eine Spülung mit Octenidin (Octenisept®) sollte wegen einer relevanten Gefahr von Gewebsreaktionen verzichtet werden.

Eine perioperative Antibiotikatherapie ist nur bei ausgeprägter (phlegmonöser) Entzündung und bei Risikopatienten (Diabetes mellitus, Immunsuppression, HIV) sinnvoll. Die Anwendung von lokalen Antiseptika birgt die Gefahr der Zytotoxizität.

Evidenzlevel: 4
Empfehlungsgrad: 0
Konsensusstärke: starker Konsens

Tamponade

Auf eine wiederholte postoperative Wundtamponade soll verzichtet werden.

Evidenzlevel: 1b
Empfehlungsgrad: A
Konsensusstärke: starker Konsens

Komplikationen

Komplikationen nach Analabszess-Operationen unterscheiden sich nicht von den nach anderen Analeingriffen und betreffen insbesondere die Nachblutung und den Harnverhalt. Kontinenzstörungen nach reiner Abszessoperation sind selten und durch ein Schließmuskel schonendes Vorgehen weitgehend vermeidbar.

Evidenzlevel: klinischer Konsensuspunkt
Konsensusstärke: starker Konsens

Kernaussagen

1. Analabszesse sind relativ häufig. Sie treten bevorzugt bei jungen männlichen Erwachsenen auf.
2. Den Ursprung des Abszesses bilden in der Regel die Proktodealdrüsen des Intersphinkterraumes. Es wird unterschieden zwischen subanodermalen, intersphinkteren, ischioanalen und supralevatorischen Abszessen.
3. In der Diagnostik sind die Anamnese und die klinische Untersuchung für die Operationsindikation ausreichend. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, MRT) sollten bei Rezidivabszessen oder supralevatorischen Abszessen erwogen werden.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

4. Der Zeitpunkt der operativen Intervention wird vor allem durch die Symptomatik bestimmt, wobei der akute Abszess immer eine Notfallindikation darstellt.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

5. Die Therapie des Analabszesses ist operativ. Der Zugang (transrektal oder perianal) richtet sich nach der Abszesslokalisation. Ziel der Operation ist eine großzügige Drainage des Infektionsherdes unter Schonung der Schließmuskelstrukturen.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

6. Eine intraoperative Fistelsuche sollte sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden.

Evidenzlevel: 3
Empfehlungsgrad: B
Konsensusstärke: starker Konsens

7. Das Risiko einer Re-Abszedierung oder sekundären Fistelbildung ist insgesamt gering, die Ursache kann in einer unzureichenden Drainage bestehen.

Evidenzlevel: 4
Empfehlungsgrad: B
Konsensusstärke: starker Konsens

8. Eine primäre Fistelspaltung soll nur bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung in einem Zweiteingriff erfolgen.

Evidenzlevel: 1a
Empfehlungsgrad: A
Konsensusstärke: starker Konsens

9. Der Analbereich sollte postoperativ regelmäßig durch Spülung gereinigt werden. Ein zu frühes Verkleben der Wunde ist zu verhindern.

Evidenzlevel: 4
Empfehlungsgrad: B
Konsensusstärke: starker Konsens

10. Die Anwendung von lokalen Antiseptika birgt die Gefahr der Zytotoxizität. Eine Antibiotikatherapie ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Evidenzlevel: 4
Empfehlungsgrad: 0
Konsensusstärke: starker Konsens

11. Auf eine wiederholte Wundtamponade soll verzichtet werden.

Evidenzlevel: 1b
Empfehlungsgrad: A
Konsensusstärke: starker Konsens

12. Komplikationen nach Analabszess-Operationen unterscheiden sich nicht von denen nach anderen Analeingriffen. Kontinenzstörungen nach reiner Abszessoperation sind selten und durch ein Schließmuskel schonendes Vorgehen weitgehend vermeidbar.

Empfehlungsgrad: KKP (klinischer Konsensuspunkt)
Konsensusstärke: starker Konsens

Anmerkungen

Kompletter Leitlinientext:

Coloproctology 2016 (38), xxx

Online unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-005.html>

Englische Kurzfassung: in press

Interessenkonflikterklärungen online unter

www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-005.html

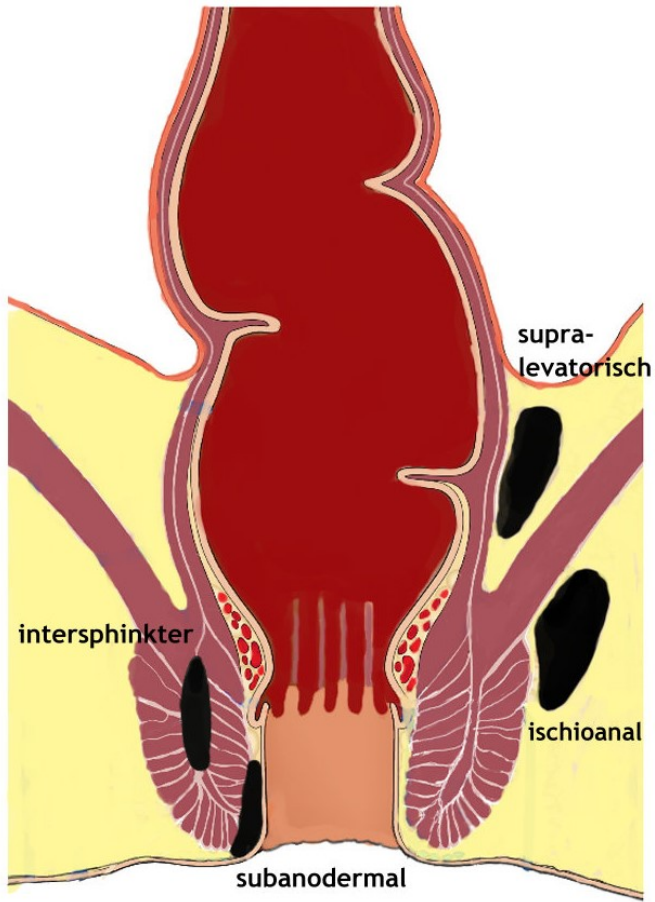


Abbildung 1
Klassifikation der Analabszesse

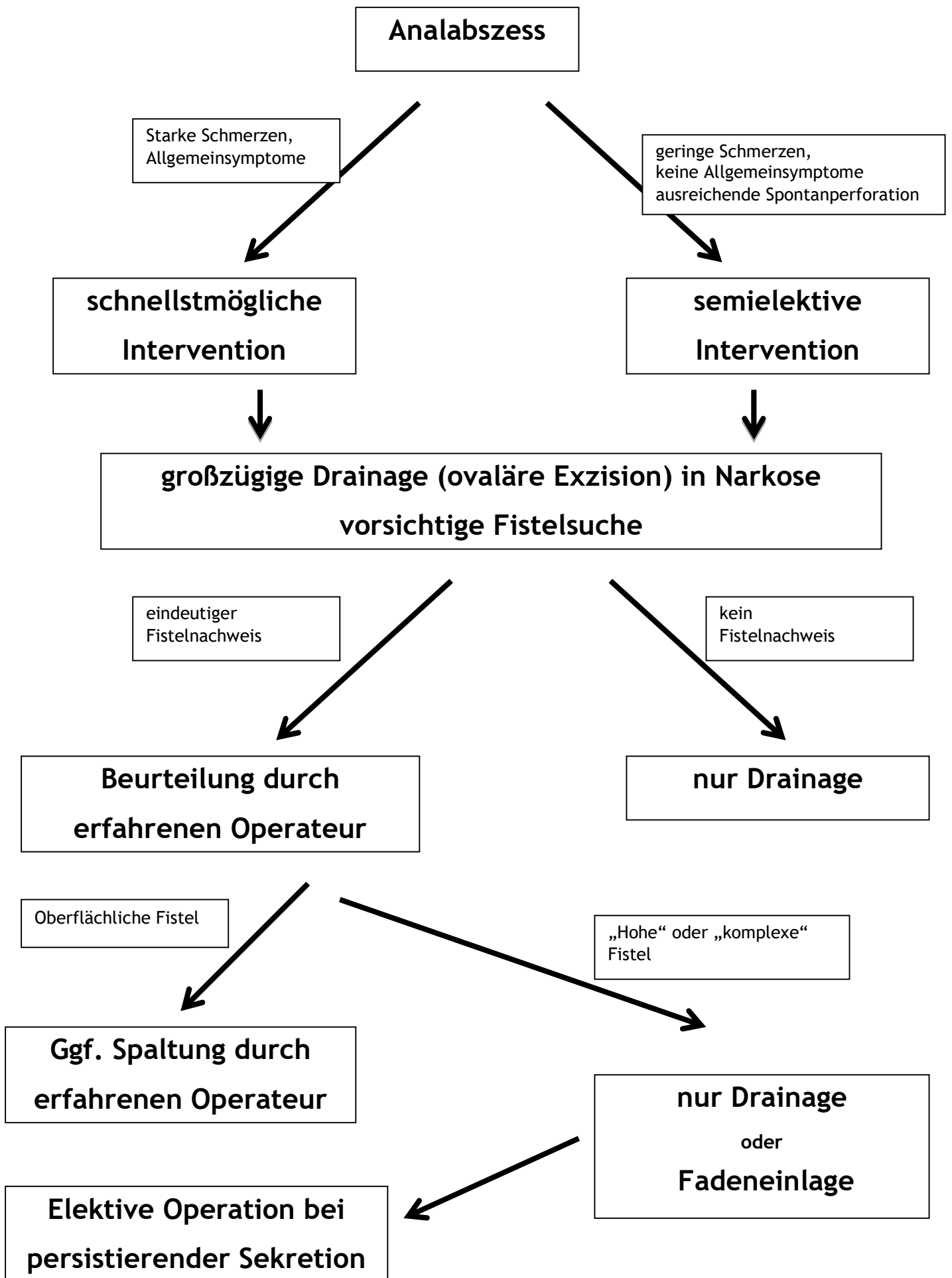


Abbildung 2

Therapiealgorithmus beim Analabszess

Literatur

1. Abeysuriya, V., L. S. Salgado, et al. (2010). "The distribution of the anal glands and the variable regional occurrence of fistula-in-ano: is there a relationship?" *Tech Coloproctol* 14: 317-321.
2. Aboulian, A., A. H. Kaji, et al. (2011). "Early Result of Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract for Fistula-in-Ano." *Dis Colon Rectum* 54(3): 289-92.
3. Adamo, K., G. Sandblom, et al. (2016). "Prevalence and recurrence rate of perianal abscess-a population-based study, Sweden 1997-2009." *Int J Colorectal Dis* 31(3): 669-73.
4. Amato, A., C. Bottini, et al. (2015). "Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR)." *Tech Coloproctol* 19(10): 595-606.
5. Chrobot, C. M., M. L. Prasad, et al. (1983). "Recurrent anorectal abscesses." *Dis Colon Rectum* 26(2): 105-8.
6. Cox, S. W., A. J. Senagore, et al. (1997). "Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess." *Am Surg* 63(8): 686-9.
7. Devaraj, B., S. Khabassi, et al. (2011). "Recent smoking is a risk factor for anal abscess and fistula." *Dis Colon Rectum* 54(6): 681-5.
8. Galanis, I., G. Chatzimavroudis, et al. (2016). "Prospective Randomized Trial of Simple Drainage vs. Drainage and Initial Fistula Management for Perianal Abszess." *J Gastrointest & Dig System* 6: 1.
9. Garg, P. K. and B. K. Jain (2011). "Seton drainage in high anal fistula." *Int J Colorectal Dis* online first.
10. Hamadani, A., P. I. Haigh, et al. (2009). "Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess?" *Dis Colon Rectum* 52(2): 217-21.
11. Hämäläinen, K. P. and A. P. Sainio (1998). "Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses." *Dis Colon Rectum* 41(11): 1357-61; discussion 1361-2.
12. Herr, C. H. and J. C. Williams (1994). "Suprlevator anorectal abscess presenting as acute low back pain and sciatica." *Ann Emerg Med* 23(1): 132-5.
13. Hoffmann, J. C., I. Fischer, et al. (2004). "[Methodological basis for the development of consensus recommendations]." *Z Gastroenterol* 42(9): 984-6.
14. Hübner, N.-O., O. Assadian, et al. (2007). "Indikationen zur Wundantiseptis." *GMS Krankenhhyg Interdiszip* 2(2): 1-4.
15. Hübner, N.-O., O. Assadian, et al. (2007). "Anforderungen an die Wundreinigung mit Wasser." *GMS Krankenhhyg Interdiszip* 2(2): 1-4.
16. Klosterhalfen, B., F. Offner, et al. (1991). "Anatomic nature and surgical significance of anal sinus and anal intramuscular glands." *Dis Colon Rectum* 34(2): 156-60.
17. Knoefel, W. T., S. B. Hosch, et al. (2000). "The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrences." *Dig Surg* 17(3): 274-8.
18. Kramer, A., G. Müller, et al. (2006). "Indikationen und Wirkstoffauswahl zur antiseptischen Therapie sekundär heilender Wunden." *GMS Krankenhhyg Interdiszip* 1(1): 1-11.

19. Lilius, H. G. (1968). "Fistula-in-ano, an investigation of human foetal anal ducts and intramuscular glands and a clinical study of 150 patients." *Acta Chir Scand Suppl* 383: 7-88.
20. Lohsiriwat, V., H. Yodying, et al. (2011). "Incidence and factors influencing the development of fistula-in-ano after incision and drainage of perianal abscesses." *J Med Assoc Thai* 93(1): 61-5.
21. Mitalas, L. E., J. J. van Wijk, et al. (2010). "Seton drainage prior to transanal advancement flap repair: useful or not?" *Int J Colorectal Dis* 25(12): 1499-502.
22. Nomikos, I. N. (1997). "Anorectal abscesses: need for accurate anatomical localization of the disease." *Clin Anat* 10(4): 239-44.
23. Oliver, I., F. J. Lacueva, et al. (2003). "Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment." *Int J Colorectal Dis* 18(2): 107-10.
24. Ommer, A., S. Athanasiadis, et al. (1999). "Die chirurgische Behandlung des anorektalen Abszesses. Sinn und Unsinn der primären Fistelsuche." *coloproctology* 21(5): 161-169.
25. Ommer, A., A. Herold, et al. (2011). "S3-Leitlinie Analabszess." *coloproctology* 33(6): 378-392.
26. Ommer, A., A. Herold, et al. (2011). "S3-Leitlinie Kryptoglanduläre Analfistel." *coloproctology* 33(5): 295-324.
27. Ommer, A., A. Herold, et al. (2012). "German S3 guideline: anal abscess." *Int J Colorectal Dis* 27: 831-837.
28. Onaca, N., A. Hirshberg, et al. (2001). "Early reoperation for perirectal abscess: a preventable complication." *Dis Colon Rectum* 44(10): 1469-73.
29. Phillips, B., C. Ball, et al. (2009). "Oxford Centre for Evidence-based medicine—levels of evidence." www.cebm.net/index.aspx?o=1025].
30. Ramanujam, P. S., M. L. Prasad, et al. (1984). "Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients." *Dis Colon Rectum* 27(9): 593-7.
31. Rizzo, J. A., A. L. Naig, et al. (2010). "Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management." *Surg Clin North Am* 90(1): 45-68, Table of Contents.
32. Sainio, P. (1984). "Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects." *Ann Chir Gynaecol* 73(4): 219-24.
33. Schmiegel, W., C. Pox, et al. (2008). "S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“." *Z Gastroenterol* 46: 1-73.
34. Schouten, W. R. and T. J. van Vroonhoven (1991). "Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial." *Dis Colon Rectum* 34(1): 60-3.
35. Seow-Choen, F. and J. M. Ho (1994). "Histoanatomy of anal glands." *Dis Colon Rectum* 37(12): 1215-8.
36. Sözener, U., E. Gedik, et al. (2011). "Does Adjuvant Antibiotic Treatment After Drainage of Anorectal Abscess Prevent Development of Anal Fistulas? A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Multicenter Study." *Dis Colon Rectum* 54(8): 923-929.
37. Steele, S. R., R. Kumar, et al. (2011). "Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano." *Dis Colon Rectum* 54(12): 1465-74.
38. Wei, P. L., J. J. Keller, et al. (2013). "Increased risk of diabetes following perianal abscess: a population-based follow-up study." *Int J Colorectal Dis* 28(2): 235-40.

39. Yano, T., M. Asano, et al. (2010). "Prognostic factors for recurrence following the initial drainage of an anorectal abscess." *Int J Colorectal Dis* 25(12): 1495-8.
40. Yilmazlar, T., E. Ozturk, et al. (2010). "Fournier's gangrene: an analysis of 80 patients and a novel scoring system." *Tech Coloproctol* 14(3): 217-23.
41. Zanotti, C., C. Martinez-Puente, et al. (2007). "An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union." *Int J Colorectal Dis* 22(12): 1459-62.