

# CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

**KOMPAKT**

Elektronischer Sonderdruck  
für Dr. med. Andreas Ommer

## Analfissur – was bringt die neue Leitlinie?

CHAZ kompakt (2020) 21: 87–91  
© Kaden Verlag, Heidelberg

Diese PDF-Datei darf nur für nichtkommerzielle Zwecke  
verwendet werden und nicht in privaten, sozialen und  
wissenschaftlichen Plattformen eingestellt werden.

[www.chirurgische-allgemeine.de](http://www.chirurgische-allgemeine.de)



# Analfissur – was bringt die neue Leitlinie?

Andreas Ommer

Die Analfissur ist neben dem Hämorrhoidalleiden das häufigste Krankheitsbild in der proktologischen Praxis und kann für Betroffene eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität zur Folge haben. Das typische Manifestationsalter liegt zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind.

## Die neue S3-Leitlinie: Ausgewertet wurden 107 Übersichten und 223 Studien, 130 randomisierte Studien sowie fünf Leitlinien und 17 Meta-Analysen

Im Jahr 2018 wurde aufbauend auf der vorhandenen Literatur und unter Berücksichtigung aktueller Evidenzkriterien eine S3-Leitlinie in Zusammenarbeit mit AWMF und von einem interdisziplinären Spezialistenteam aus Dermatologen, Gastroenterologen und proktologisch tätigen Viszeralchirurgen erstellt. Die definitive Publikation erfolgte im Jahr 2020 [7]. Dabei wurden insgesamt fast 2500 Literaturstellen aufgearbeitet, die nach 1999 erschienen waren. Davon handelte es sich um fast 1200 Beobachtungsstudien und immerhin 208 randomisierte Studien. Letztlich ausgewertet wurden 107 Übersichten, 223 Studien, 130 randomisierte Studien sowie fünf Leitlinien und 17 Meta-Analysen. Aufgrund der Menge an zur Verfügung stehende Literatur stellt dieses einen außerordentlichen Aufwand für den verantwortlichen Autor und seine Mitarbeiter dar, die kaum genug gewürdigt werden kann.

Davon abgeleitet wurden zwei konsensbasierte und fünf evidenzbasierte Statements, also Feststellungen ohne nähere Handlungsanweisungen sowie acht konsensbasierte und 18 evidenzbasierte Empfehlungen als Richtlinien für die Therapie der Analfissur. In der vorliegenden Publikation sollen die allgemein bekannten und auch weitgehend akzeptierten Behandlungsmaßnahmen anhand der Ausarbeitungen der hochwertigen S3-Leitlinie kritisch überdacht und gegebenenfalls angepasst werden. Dazu werden zunächst die über Jahre allgemein akzeptierten Strategien der Fissurbehandlung und

anschließend die Statements und Empfehlungen der neuen Leitlinie dargestellt und auch vor dem Hintergrund internationaler Leitlinien kommentiert und bewertet.

## Die internationalen englischsprachigen Leitlinien sind größtenteils schon einige Jahre alt

Es existieren englischsprachige Leitlinien aus Großbritannien [3], Italien [1] und den USA [10, 12]. Die englischen Leitlinien wurden jedoch seit mehr als zehn Jahren nicht mehr aktualisiert, auch die italienischen stammen aus dem Jahr 2011. Lediglich die amerikanischen Leitlinien wurden im Jahr 2017 aktualisiert. Auch hier wird eine primär konservative Therapie, bevorzugt mit Kalziumkanalantagonisten, empfohlen (Evidenzlevel 1B bzw 1A). Die Fissurektomie findet als Operationsmethode keinerlei Erwähnung, während der Advance-ment-Flap bei niedrigerer Heilungsrate aber auch niedrigerer Inkontinenzrate als Alternative zur lateralen Internussphinkterotomie (LIS) erwähnt wird. Therapie der Wahl bleibt die LIS nach Versagen der konservativen Therapie (Evidenzlevel 1A) und bei der chronischen Fissur (Evidenzlevel 1A). Insgesamt werden dem Verfahren im Kurzzeit-Follow-up gute Heilungsraten bei niedrigen Inkontinenzraten attestiert. Gerade letzteres wird in Deutschland aber häufig kritisiert, da insbesondere bei der Bewertung einer Stuhlinkontinenz der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt.

## Klinische Symptomatik: Zu unterscheiden ist zwischen der akuten und der chronischen Fissur

Zu unterscheiden ist zwischen der akuten und der chronischen Fissur [8]: Bei der akuten Analfissur handelt es sich um einen akuten analen Reizzustand mit nachfolgender Verkrampfung des Schließmuskels. Auslösend sind in den meisten Fällen harter Stuhlgang oder Stresszustände im Sinne einer akuten

Verspannung der Schließmuskel und der Beckenbodenmuskulatur. Durch ein Einreißen der Schleimhaut im anorektalen Übergang kommt es zu leichten, hellroten Blutungen, und es treten akute Schmerzen auf, die noch längere Zeit nach der Defäkation persistieren können. Der klinische Untersuchungsbefund ist somit in der Regel unauffällig – abgesehen von oft sehr heftigen Schmerzen bei der klinischen Untersuchung. Alle Veränderungen sind komplett reversibel.

Bei der chronischen Analfissur kommt es durch wiederholtes Einreißen mit Vernarbung zur Ausbildung eines typischen fissuralen Ulkus mit sklerosierten, unterminierten Randwällen in Verbindung mit so genannten Sekundärveränderungen (Mariske, hypertropher Analpolyp) (→ Abb. 1). Klinisch handelt sich somit um eine chronische Narbenbildung durch einen persistierenden Reizzustand. Fast 80 Prozent dieser Veränderungen sind bei sechs Uhr in SSL und 20 Prozent bei 12 Uhr SSL lokalisiert. Eine verminderte Durchblutung an diesen Stellen wird als mögliche Ursache angenommen.

→ Die neue Leitlinie definiert entsprechend in ihrem ersten konsensbasierten Statement die Analfissur als radiär verlaufende Läsion im Anoderm distal der Linea dentata. Die Zustimmung der Leitliniengruppe war hier mit 60 Prozent nur eingeschränkt. Das zweite evidenzbasierte Statement (Level 2b) führt als Ursache eine Hypertonie des M. sphincter ani internus mit folgender Ischämie, Schmerzen und Entzündung an. Im dritten konsensbasierten Statement werden sekundäre Analfissuren als solche in Verbindung mit einer speziellen Grunderkrankung definiert. Im vierten evidenzbasierten Statement (Level 4) wird für die Analfissur ein Lebenszeitrisiko von acht Prozent angegeben.

Zusammenfassend bestätigt und bekräftigt die neue Leitlinie somit weitgehend die bekannten Grundlagen der Ätiopathogenese der Analfissur, wobei einige Aspekte der Ätiopathogenese noch nicht ausreichend geklärt sind.

### Die Diagnostik der Analfissur beruht in erster Linie auf Anamnese und klinischer Untersuchung

Pathognomonisch und als klare Abgrenzung zum Hämorrhoidalleiden findet sich insbesondere bei der akuten Analfissur der Schmerz. Die Patienten berichten typischerweise über stechende Schmerzen bei der Defäkation, die danach noch einige Zeit anhalten. Nicht selten sind im akuten Stadium auch hellrote Blutungen. Verbunden ist die Beschwerdesymptomatik oft mit harter Stuhlkonsistenz. Bei der chronischen Analfissur kann der Schmerz zugunsten von unspezifischen Symptomen wie Juckreiz, Brennen u. a. auch in den Hintergrund treten. Die Symptomatik kann in ihrer Intensität auch Schwankungen unterworfen sein. Zwischenzeitliche beschwerdefreie Phasen sind nicht selten.

Die klinische Untersuchung ist insbesondere in der akuten Situation durch die Schmerzen meistens nur eingeschränkt möglich. Die vorsichtige Palpation und die Untersuchung mit dem Proktoskop oder Rektoskop (bevorzugt dünne Kinderinstrumente) dienen insbesondere bei der akuten Fissur v. a. dem Ausschluss einer anderen Ursache, etwa einer Proktitis. Der Tastbefund ist bei der akuten Fissur in der Regel negativ. Bei der chronischen Fissur finden sich dann narbige Veränderungen, v. a. bei sechs Uhr in SSL, z. T. in Verbindung mit



Abbildung 1: Typischer Befund bei chronischer Analfissur. a) Situs bei chronischer Analfissur mit Sekundärveränderungen. b) intraoperativer Situs mit Spreizer. c) kleine chronische Analfissur mit Ulkus. d) kleine Fissur mit großem Analpolypen.

einer Vorpostenfalte (Mariske) und einem Analpolypen. Der Übergang zwischen akuter und chronischer Symptomatik ist nicht selten fließend. Auch Überschneidungen zwischen den Krankheitsbildern Abszess, Fissur und Fistel sind insgesamt nicht selten. So existieren intersphinkter Abszesse und Fisteln auf dem Boden einer chronischen Analfissur.

→ In der neuen Leitlinie finden sich hierzu sechs Empfehlungen: In der fünften konsensbasierten Empfehlung werden die oben genannten Empfehlungen zu Anamnese und klinischer Untersuchung bestätigt. In der neunten ebenfalls konsensbasierten Empfehlung wird noch einmal auf den Wert der Proktoskopie verwiesen – was eigentlich überflüssig ist, da diese unbestritten zur Basisdiagnostik bei jeder proktologischen Erkrankung zählt. Das sechste evidenzbasierte Statement (Level 4) grenzt die akute von der chronischen Fissur durch die Länge der Symptomatik (> 6–8 Wochen) und durch das Vorliegen von Sekundärveränderungen ab. Die siebte konsensbasierte Empfehlung bezieht sich auf die Abgrenzung gegenüber sekundären Fissuren durch Ausschluss sexuell übertragbarer und chronisch-entzündlicher Erkrankungen. Der Stellenwert bildgebender Verfahren wird in der zehnten konsensbasierten Empfehlung als fakultativ bei speziellen Fragestellungen (Abszess, Malignom) dargestellt. Zusätzlich wird in der achten und neunten konsensbasierten Empfehlung auf den Stellenwert der Narkoseuntersuchung bei unklaren Befunden, die schmerzbedingt keine klare Untersuchung zulassen, verwiesen.

Zusammenfassend bestätigen auch diese Aussagen auf dem Boden einer evidenzbasierten Literaturanalyse das bereits zuvor in proktologischen Praxen allgemein akzeptierte Vorgehen: Die Diagnostik beruht auf Anamnese und vorsichtiger lokaler Untersuchung. Relativ großzügig sollte die Indikation zur Narkoseuntersuchung erwogen werden.

## Im Vordergrund der Behandlung stehen konservative Therapiemaßnahmen

Im Vordergrund der Behandlung steht die konservative Therapie: Stuhlgangsregulation bei harter Stuhlkonsistenz (z. B. Flohsamenschalen, Macrogol), Lokalanästhetika, Sitzbäder, Analdehner und der Eisstab. Die wissenschaftliche Evidenz dieser Maßnahmen galt allgemein als niedrig, in der Praxis sind die Maßnahmen jedoch gängig und vielfach auch effektiv. Das Behandlungsprinzip lässt sich unter der Maxime „Entspannung“ zusammenfassen [11]. Als gezielte Therapiemaßnahmen gelten „muskelrelaxierende Salben“ (Diltiazem, Glyceryl-Trinitrat, Isosorbiddinitrat). Allerdings ist zu konstatieren, dass derzeit lediglich Glyceryl-Trinitrat als Fertigarznei angeboten wird. Dieses Medikament ist jedoch mit einem hohen Kopfschmerzrisiko durch die zerebrale Vasodilatation assoziiert. Die anderen Substanzen können nur als Rezepturen und somit als „Off-Label-Use“ angewandt werden. Am häufigsten wird derzeit eine Rezeptur mit dem Wirkstoff Dil-

tiazem eingesetzt. Die Erfolgsrate ist – insbesondere bei der akuten Fissur – sehr hoch.

Internationale, wissenschaftliche Publikationen [2] beschreiben auch die lokale Injektion von Botulinumtoxin mit guten Erfolgsraten. Die Wirkung erfolgt über eine Tonusreduktion durch eine temporäre Sphinkterlähmung. In Deutschland hat dieses Verfahren bis jetzt aber noch keine weitere Anwendung gefunden, da Botulinumtoxin relativ teuer ist und nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.

→ Das elfte evidenzbasierte Statement der Leitlinie (Level 2b) verweist auf die hohe Spontanheilungsrate: 60 bis 90 Prozent der akuten Fissuren heilen durch konservative Maßnahmen. Sitzbäder stellen nach der 13. evidenzbasierten Empfehlung (Level 2b) eine mögliche Therapieoption dar. Nach der zwölften konsens- bzw. evidenzbasierten Empfehlung (Level 2b) sollten Ballaststoffe sowohl in der akuten Phase als auch nach Abheilung als Rezidivprophylaxe zur Stuhlgangsregulation eingesetzt werden.

Grundsätzlich sollte allen Patienten ein konservativer Therapieversuch angeboten werden (17. evidenzbasierte Empfehlung). Als medikamentöse Therapieoption wird die lokale Anwendung von Kalziumkanalantagonisten für drei bis acht Wochen empfohlen (14. und 18. evidenzbasierte Empfehlung; Level 2b bzw. 1a). Die lokale Anwendung bietet einen klaren Vorteil gegenüber der oralen. Dieses gilt in geringerem Ausmaß auch für die chronische Analfissur (19. evidenzbasierte Empfehlung; Level 2b). Die 15. evidenzbasierte Empfehlung (Level 2b) beschreibt für Lokalanästhetika und Kortikoide nur eine begrenzte Wirkung hinsichtlich der Fissurheilung.

Botulinumtoxin sollte bei der akuten Fissur nicht eingesetzt werden (16. konsensbasierte Empfehlung). Nach der 20. evidenzbasierten Empfehlung (Level 1a) erzielt die Injektion von Botulinumtoxin zwar höhere Heilungsraten, sollte wegen der schmerzhaften Injektion und der hohen Kosten jedoch nur als Sekundärtherapie erwogen werden. Wegen der Schmerzhaftigkeit ist nicht selten eine Sedierung oder Narkose erforderlich ist. Es wird eine Dosis von 20 bis 40 IE empfohlen (21. evidenzbasiertes Statement bzw. konsensbasierte Empfehlung; Level 1a). Der Evidenzlevel für beide Empfehlungen ist aufgrund vieler internationaler Studien hoch.

Eine vorsichtige Analdilatation durch den Patienten ist eine mögliche Therapieoption (22. evidenzbasierte Empfehlung; Level 2b).

Zusammenfassend bestätigen auch diese Aussagen auf dem Boden einer evidenzbasierten Literaturanalyse das bereits zuvor in proktologischen Praxen allgemein akzeptierte Vorgehen: So steht die konservative Therapie mit Stuhlgangsregulation und Kalziumkanalantagonisten an erster Stelle. Die in der täglichen Praxis häufig angewendeten und z. T. frei erhältlichen Lokalanästhetika sowie Kortikoide werden in ihrer eingeschränkten Wirkung klar benannt. Die Aussagen zum Botulinumtoxin sind sehr vorsichtig. Es gibt zwar eine

Vielzahl von Literatur für die Wirksamkeit, doch der hohe Preis begrenzt die Anwendung in der Praxis, so dass die Empfehlung hier zu Recht eingeschränkt ist.

**Operative Maßnahmen sollten immer erst nach Versagen der konservativen Therapie erwogen werden**

Da die lokale Schmerzhaftigkeit sehr groß ist, sollte eine operative Therapie bevorzugt in Allgemein- oder Regionalanästhesie erfolgen. Bei der akuten Analfissur kann die klinische Symptomatik, durch die eine adäquate Untersuchung (z. B. Ausschluss eines Abszesses) unmöglich ist, Indikation für eine Narkoseuntersuchung sein. Bei einer chronischen, narbigen Fissur mit persistierenden Beschwerden trotz konservativer Therapie kann in den meisten Fällen durch eine operative Intervention eine definitive Beschwerdefreiheit erzielt werden. Im angloamerikanischen Bereich [5, 9, 12] wird die seitliche Einkerbung des inneren Schließmuskels (laterale Internussphinkterotomie) als Therapie der Wahl beschrieben. Neuere Publikationen weisen jedoch auf ein hohes Stuhlinkontinenzrisiko hin [6].

Therapie der Wahl ist deshalb in Deutschland die lokale Ausschneidung der narbigen Veränderungen und der Begleitpathologien (Analpolyp, Mariske) unter bestmöglicher Schonung des Sphinkters (Fissurektomie nach Gabriel) (→ Abb. 2). Auch hier kann jedoch insbesondere bei ausgeprägten Befunden (z. B. Fistelbildung, Abszess im Intersphinktärraum)

eine postoperative Minderung der Kontinenzleistung nicht ausgeschlossen werden [6]. Ein weiteres Risiko ist die Entwicklung einer so genannten Knopflochdeformität mit anhaltender Sekretion und Nässen durch den Anodermdefekt. Eine umfangreiche Aufklärung des Patienten über entsprechende Risiken ist deshalb unumgänglich. Eine Alternative, insbesondere im Rezidivfall, bietet die primäre plastische Deckung [4]. → In der neuen Leitlinie wird die Fissurektomie mit einem hohen Evidenzlevel (23. evidenzbasierte Empfehlung; Level 1b) als Erstlinientherapie empfohlen. Optional kann auf niedrigem Evidenzniveau zusätzlich Botulinumtoxin appliziert werden (24. evidenzbasierte Empfehlung; Level 4). Ähnliches gilt für den Advancement-Flap als Ergänzung zur Fissurektomie (25. evidenzbasierte Empfehlung; Level 2b).

Für die in Deutschland sehr umstrittene Laterale Internussphinkterotomie (LIS) wird eine sehr vorsichtige Formulierung gewählt (26. evidenzbasierte Empfehlung; Level 1a, Empfehlungsgrad A): Obwohl sie die höchsten Heilungsraten aufweist, sind die Inkontinenzraten jedoch insgesamt höher, so dass eine Anwendung nur nach reiflicher Überlegung und Diskussion der Risiken mit dem Patienten empfohlen wird. Noch zurückhaltender sollte das Verfahren bei Patienten mit erhöhtem Inkontinenzrisiko angewendet werden (27. evidenzbasierte Empfehlung; Level 4). Die Ergebnisse der offenen und der geschlossenen LIS sind dabei gleichwertig (28. evidenzbasierte Empfehlung; Level 1a).

Ein klares Statement zur Nicht-Durchführung auch vor dem Hintergrund eines hohen Evidenzlevels wird für die manuelle anale Dilatation abgegeben (29. evidenzbasierte Empfehlung;

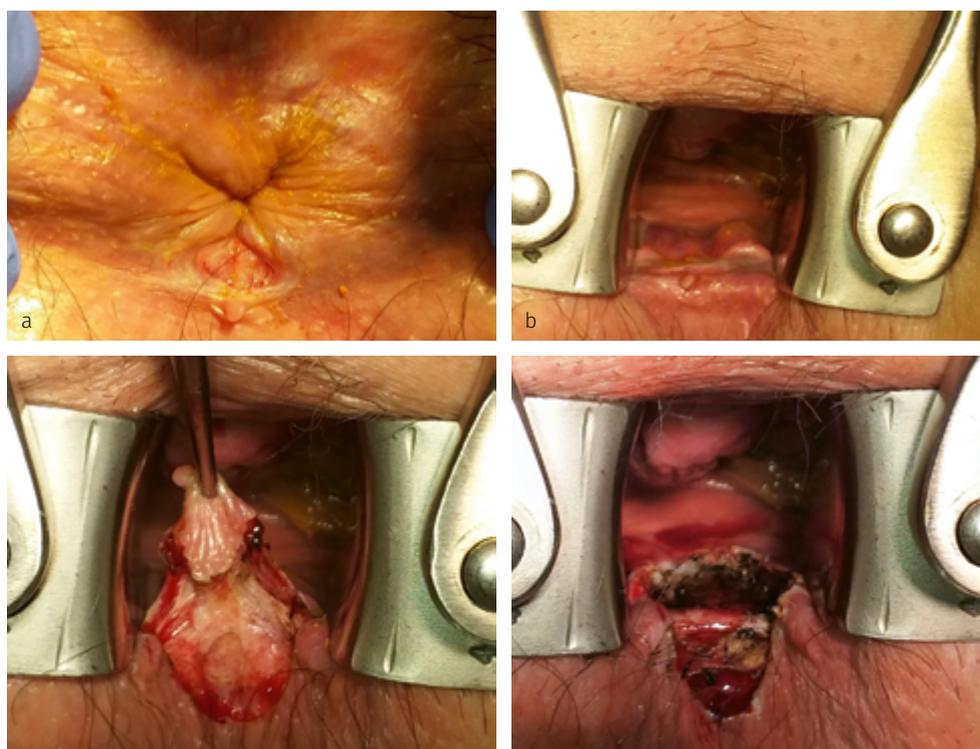


Abbildung 2: Darstellung der Fissurektomie. a) Präoperativer Situs. b) Situs nach Einführen des Spreizers. c) Durchführung der Fissurektomie. d) Situs am Ende der Operation.

Level 1a). In der 30. evidenzbasierten Empfehlung (Level 1b) wird eine simultane Beseitigung der Sekundärveränderungen (Mariske, Analpapille u. ä.) empfohlen.

Die letzten drei Empfehlungen beziehen sich auf die Nachbehandlung. Eine histologische Untersuchung des Resektates sollte immer erfolgen (31. evidenzbasierte Empfehlung; Level 1b). Eine adäquate Schmerztherapie (32. konsensbasierte Empfehlung) und eine Nachbehandlung mit Kalziumkanalantagonisten und Stuhlgangsregulation werden im Konsens als sinnvoll angesehen (33. konsensbasierte Empfehlung).

## Fazit für die Praxis

Eine S3-Leitlinie führt nicht per se zu neuen Behandlungsmethoden. Grundlage der Leitlinie ist die zu diesem Thema vorhandene Literatur, die nach evidenzbasierten Kriterien aufgearbeitet wird. Insofern können auch alle Übersichten – letztlich stellt eine Leitlinie auch nur eine sehr umfangreiche Übersicht dar – nur auf die gleichen Studien zurückgreifen. Im vorliegenden Fall wurden lediglich gut 200 auswertbare Beobachtungs- und 130 randomisierte Studien von 2500 ermittelten Publikationen zum Thema identifiziert. Diese wurden bereits zuvor in über 100 Übersichten aufgearbeitet!

Trotzdem ist eine Leitlinie eine wichtige Handlungsrichtlinie in der täglichen Praxis, da die Empfehlungen neben der Literaturrecherche auch auf einer interdisziplinären Konsensuskonferenz mit anerkannten Experten zu diesem Thema aus verschiedenen Fachgebieten beruht.

In der vorliegenden Leitlinie wird der wichtige Stellenwert der konservativen Therapie der Analfissur unterstrichen. Als operative Therapie wird in Deutschland die Fissurektomie mit einem Evidenzlevel von 1b und einem Empfehlungsgrad B empfohlen, während in der aktuellen amerikanischen Leitlinie – auf Basis der gleichen Literatur – die laterale Internussphinkterotomie (LIS) das Verfahren der Wahl darstellt. Letzteres wäre in Deutschland kaum in die klinische Realität umzusetzen. Allein schon das Risiko einer Kontinenzminderung – und darüber muss bei der Sphinkterotomie definitiv aufgeklärt werden – ist nach der Erfahrung des Autors für die absolute Mehrheit der Patienten nicht akzeptabel. Die Grundlage der Therapie muss in Anbetracht der hohen Spontanheilungsrate konservativ sein; operative Maßnahmen sollten erst nach definitivem Versagen unter maximal möglicher Sphinkterschonung erwogen werden.

Zusammenfassend wird in der neuen Leitlinie sehr vorsichtig das Dilemma unterschiedlicher Empfehlungen und Erfahrungen zwischen Fissurektomie und lateraler Sphinkterotomie in Deutschland und im internationalen Bereich aufgearbeitet. Interessant ist, dass vor dem Hintergrund der vorhandenen Literatur für die Fissurektomie ein hohes Evidenzlevel von 1b und daraus resultierend auch ein entsprechender Empfehlungsgrad B herausgearbeitet werden konnte. Dieses erlaubt eine höhere Argumentationsstärke gegenüber der im anglo-amerikanischen Bereich weiterhin gültigen Empfehlung für die laterale Internussphinkterotomie. 

## Literatur

1. Altomare DF, Binda GA, Canuti S, et al (2011). The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol* 15: 135–41
2. Chiarello MM, Cariati A, Brisinda G (2020) Botulinum toxin versus other therapies for treatment of chronic anal fissure. *Coloproctology* 42: 457–463
3. Cross KL, Massey EJ, Fowler AL, et al (2008) The management of anal fissure: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis* 10 Suppl 3: 1–7
4. Hancke E, Rikas E, Suchan K, et al (2011) Dermal flap coverage for chronic anal fissure: lower incidence of anal incontinence compared to lateral internal sphincterotomy after long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 53: 1563–1568
5. Holzgang M, Jayne D (2020) Lateral internal sphincterotomy (LIS) – still top gun in chronic anal fissure treatment? *Coloproctology* 42: 478–484
6. Kolbert G, Stoll M (2016) Leitliniengerechte Therapie der Analfissur. *Coloproctology* 38: 339–348
7. Marti L, Post S, Herold A, et al (2020) S3-Leitlinie: Analfissur. *Coloproctology* 42: 90–196
8. Mitteregger M (2020) Anatomie und Pathogenese der Analfissur. *Coloproctology* 42: 441–444
9. Nelson R (2020) Anal fissure and lateral internal sphincterotomy – an overview. *Coloproctology* 42: 445–449
10. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, et al (2010) Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum* 53: 1110–1115
11. Schmidt-Lauber M, Krammer H (2020) Medikamentöse Therapie der Analfissur. *Coloproctology* 42: 450–456
12. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, et al (2017) Clinical practice guideline for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 60: 7–14

Dr. med. Andreas Ommer  
End- und Dickdarm-Zentrum Essen  
Rüttenscheider Straße 66, 45130 Essen  
aommer@online.de