

Klinische Leitlinie

**Diagnostik und Therapie von Abszessen im
Analkanal auf dem Boden einer Entzündung
von Analdrüsen**

Ein Ratgeber für Patienten

2.revidierte Fassung 2016

Dr.A.Ommer

End- und Dickdarm-Zentrum Essen

Prof.Dr.A.Herold

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim

AWMF-Registriernummer: 088/005

Der wissenschaftliche Volltext dieser Leitlinie kann im Internet unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-005.html> abgerufen werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Häufigkeit	3
Ursachen und Einteilung (Klassifikation)	3
Symptomatik und Diagnostik	5
Therapie	6
Operationsindikation	6
Technik der Abszessdrainage	7
Ursachen des erneuten Abszesses	8
Gründe für eine direkte Fisteloperation	8
Häufigkeit des sekundären Fistelnachweises	9
Maßnahmen vor, während und nach der Operation	10
Komplikationen	11
Schlussfolgerungen für die Praxis	13
Methodik	15
Mitglieder der Leitliniengruppe	16
Ausgewählte Adressen	17
Glossar mit ausgewählten Fachwörtern	20

Einleitung

Abszesse in der Region um den Afterkanal sind häufig. Hauptkennzeichen sind starke Schmerzen, die meistens innerhalb von kürzester Zeit auftreten. Dabei stellt der Analabszess das akute und die Analfistel das chronische Stadium des gleichen Krankheitsbilds dar. Bezüglich der Behandlung der Analfisteln wird auf die entsprechende Leitlinie verwiesen, die im Internet unter (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-003.html>) frei zugänglich ist.

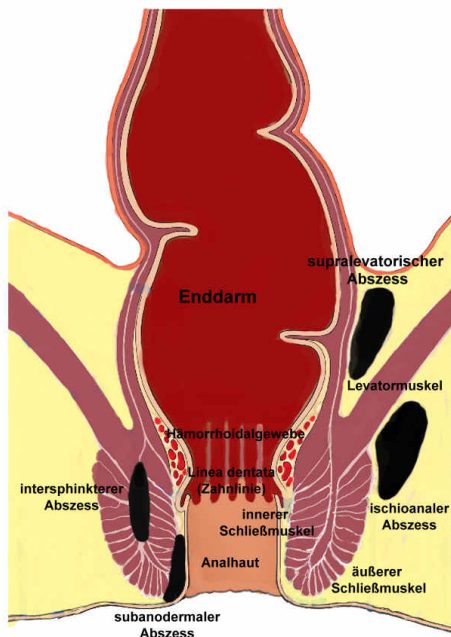
Analabszesse aus anderen Ursachen sind nicht Bestandteil dieser Leitlinie. Dazu zählen der Pilonidalsinus und die Akne inversa, die ebenfalls als akuter Abszess auftreten können. Auch hier wird auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen. Sonderformen sind Abszesse bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn), Abszesse bei Erkrankungen, die die körpereigene Abwehrlage unterdrücken (z. B. HIV, Leukämie) und Abszesse bei Krebserkrankungen sowie nach Operationen im Bereich des Beckens (z.B. Enddarmteilentfernung).

Häufigkeit

Aktuelle Daten zur Häufigkeit von Analabszessen liegen nicht vor. Es dürften jedoch die gleichen Zahlen wie für die Analfisteln gelten. Somit finden sich Analabszesse überwiegend bei jüngeren Erwachsenen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr, wobei Männer deutlich häufiger als Frauen betroffen sind.

Ursachen und Einteilung (Klassifikation)

Analabszesse haben in den meisten Fällen ihren Ursprung im Drüsengewebe (Proktodealdrüsen) des Raumes zwischen den beiden Schließmuskeln (sog. Intersphinkterraum). Bei diesen Drüsen handelt es sich um Überbleibsel aus der Entwicklungsgeschichte: die Duftdrüsen, die z.B. bei Hunden noch eine Funktion haben, beim Menschen aber funktionslos sind. Die Drüsen münden mit einem dünnen Gang im Afterkanal auf Höhe des Überganges zwischen Analhaut und Schleimhaut (sog. Linea dentata).



Der Abszess entsteht zunächst in diesen Drüsen, wahrscheinlich durch einen Verschluss des Drüsenausführungsganges. Von hier kann sich dieser Abszess direkt in Richtung äußere Analregion ausbreiten und als subanodermaler oder subcutaner Abszess zeigen. Beim Durchbruch durch den äußeren Schließmuskel entsteht der ischioanale Abszess und durch Ausbreitung nach oben der supralevatorische Abszess. Ausgehend von dieser Genese werden somit vier Abszestypen unterschieden, die in der Abbildung dargestellt sind:

1. subanodermaler Abszess,
(Abszess unter der Haut bzw. Schleimhaut des Afterkanales)
2. intersphinkterer Abszess,
(Abszess zwischen dem inneren und äußeren Schließmuskel)
3. ischioanaler Abszess,
(Abszess im Fettgewebe um den Afterkanal, außerhalb des Schließmuskels)
4. supralevatorischer Abszess.

Abszess oberhalb der Beckenbodenmuskulatur, unterhalb des Bauchfells, ohne Verbindung zur Bauchhöhle)

Die Häufigkeit der einzelnen Typen variiert in der Literatur, wobei die oberflächliche Typen 1 und 2 die deutliche Mehrheit darstellen. So finden sich subanodermale Abszesse mit einer Häufigkeit von 40-75%, intersphinktere mit 13-55%, ischioanale in 5-42% und supralevatorische mit 2-8%. Die große Spannweite ist wahrscheinlich auch auf unterschiedliche Klassifikationsformen zurückzuführen.

Zur Ursache des anorektalen Abszesses wurden in den 70er und 80er Jahren mehrere Arbeiten vorgelegt, die das Keimspektrum untersuchten. In der Regel finden sich erwartungsgemäß vor allem Darm- und Hautkeime. In der Regel hat der Nachweis

bestimmter Keime keinen Einfluss auf die Therapie. Eine Behandlung mit Antibiotika ist nur äußerst selten erforderlich.

In der Literatur werden Rauchen, Diabetes mellitus und Adipositas (Fettleibigkeit) als Risikofaktoren für eine Abszess- bzw. Fistelbildung beschrieben.

Kurz zusammengefasst

Der Analabszess entsteht aus einer akuten Entzündung der Duftdrüsen im Intersphinkterraum. Von dieser Genese ausgehend unterscheidet man zwischen subnodermalen, intersphinkteren, ischioanalen und supralevatorischen Abszessen.

Das Erregerspektrum besteht in der Regel aus Darm- und Hautkeimen.

Symptomatik und Diagnostik

Die Symptomatik des Analabszesses besteht in der akut über wenige Tage auftretenden schmerzhaften Schwellung im Analbereich. In der Regel lässt sich eine Rötung, Überwärmung und Verhärtung der Haut um den Afterkanal nachweisen. Wegen der Schmerzen sollte die Untersuchung mit dem Finger oder Instrumenten auf ein Minimum begrenzt werden. Die Enddarmspiegelung liefert nur geringe Zusatzinformationen und belastet den Patienten durch die Schmerzen sehr stark. Es sollte nach vorhergehenden Abszessereignissen gefragt werden. Weiterhin sollte Hinweisen auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung nachgegangen werden. Eine weitergehende Diagnostik mittels Röntgen oder Schichtuntersuchungen ist bei der Mehrzahl der Patienten nicht erforderlich.

Bei supralevatorischen Abszessen liefert die Untersuchung oft keine eindeutigen Ergebnisse. Öfter finden sich hier Allgemeinreaktionen wie Fieber und Krankheitsgefühl. Typisch sind dumpfe Schmerzempfindungen im kleinen Becken oder Rückenschmerzen. 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“ verwiesen. Hierbei ist jedoch die Schmerzempfindung des Patienten zu berücksichtigen, die häufig eine Endosonographie nur in Narkose ermöglicht, während durch die MRT auch im Notfall eine schmerzarme Untersuchung möglich ist.

Die Labordiagnostik gibt nur indirekte Hilfe bei der Indikationsstellung. Erhöhte Entzündungswerte können jedoch in Verbindung mit der entsprechenden Klinik Hinweise auf einen supralevatorischen Abszess geben.

Die weiteren Maßnahmen erfolgen während der Operation in Narkose. Dazu zählt die Untersuchung des Analkanals zum Nachweis bzw. Ausschluss einer inneren Fistelöffnung. Vorsichtig kann eine Sondierung mit einer gebogenen Sonde erfolgen. Eine zu intensive Untersuchung z.B. mit Sonden sollte jedoch vermieden werden. Die Endosonographie in Narkose erlaubt eine Lokalisation des Abszesses zur Wahl des optimalen operativen Zugangswegs, insbesondere bei supralevatorischen Abszessen.

Kurz zusammengefasst

Die Diagnostik des Analabszesses erfolgt anhand klinischer Symptome, der Untersuchung und der Tastung mit dem Finger. Bei unklaren Befunden sollte großzügig eine Narkoseuntersuchung durchgeführt werden. Eine bildgebende Diagnostik sollte allenfalls bei supralevatorischen Abszessen und Rezidivabszessen erwogen werden.

Therapie

Operationsindikation

Ziel der Behandlung ist die Entlastung der Abszesshöhle, um ein Fortschreiten der Entzündung mit möglicherweise lebensgefährlichen Komplikationen zu verhindern. Zu unterscheiden ist zwischen dem akuten Abszess, der zum sofortigen Eingreifen zwingt, und dem bereits spontan eröffneten (perforierten) Abszess (chronischer Abszess), der mit mehr oder weniger großer Dringlichkeit behandelt werden kann. Auch bei stattgehabter Selbsteröffnung sollte ein operativer Eingriff erfolgen. Es liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor, ob durch eine Erweiterung der Öffnung für einen besseren Abfluss des Eiters eine Fistelentstehung verhindert werden kann. Andererseits kann die unzureichende Größe der Eiterabflussöffnung Ursache eines Rezidivabszesses oder einer Fistel sein.

Eine spontane Rückbildung des Abszesses ist außerordentlich selten. Nichtoperative Therapiemöglichkeiten, insbesondere eine Therapie mit einem Antibiotikum, sind nicht Erfolg versprechend und erscheinen nicht sinnvoll. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema fehlen.

Eine routinemäßige intraoperative Untersuchung auf Bakterien wird nicht als erforderlich angesehen, da in der Regel keine therapeutischen Konsequenzen entstehen

und eine antibiotische Therapie nach einer Operation in den meisten Fällen als nicht erforderlich angesehen wird .

Kurz zusammengefasst

Die Therapie des Analabszesses ist operativ, wobei die klinische Symptomatik den Zeitpunkt der Operation bestimmt. Auch nach selbstständiger Eröffnung des Abszesses sollte ein operativer Eingriff mit Erweiterung der Öffnung erfolgen.

Eine Untersuchung auf Bakterien hat in den meisten Fällen keine Konsequenzen und ist somit verzichtbar.

Technik der Abszessdrainage

Die operative Technik unterscheidet sich bei den verschiedenen Abszesstypen. In der Regel findet die Operation in Allgemein- oder Regionalanästhesie statt. Lediglich einige ältere Arbeiten berichten über Serien von Patienten, die ganz oder teilweise in Lokalanästhesie operiert wurden.

Bei den subanodermalen und ischioanalen Abszessen wird entweder ein Einschneiden oder eine Ausschneidung eines ovalen Hautanteils vorgenommen. Unter dem Aspekt, dass der Eiter besser abfließen kann, ist dabei letzterem der Vorzug zu geben. Der Schnittverlauf sollte parallel zum Faserverlauf des äußeren Schließmuskels verlaufen. Vergleichende wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema fehlen, wobei ältere Arbeiten nach reiner Einschneidung in Lokalanästhesie eine hohe Rate persistierender Fisteln nachweisen.

Bei Abszessen, die nur im Analkanal tastbar sind und die keine Verbindung zur Haut haben, kann die Entlastung auch über den Darm erfolgen. In einigen Fällen ist dabei auch eine Spaltung von Anteilen des inneren Schließmuskels unvermeidlich.

Eine Sonderform des intersphinkteren Abszesses stellen Abszesse auf dem Boden einer chronischen Analfissur (Afterriss) dar.

In jedem Fall ist darauf zu achten, dass sich die geschaffene Öffnung nicht zu früh verschließt. In einigen Fällen kann es erforderlich sein, für einige Tage eine Gummilassche einzulegen.

Insgesamt ist die Aussage der vorliegenden Literatur sehr inhomogen, zumal verschiedene operative Techniken (Einschneidung/Ausschneidung) mit und ohne Fistel-spaltung vorgestellt wurden.

Die vorhandenen Daten deuten darauf hin, dass die unzureichende Drainage möglicherweise die anhaltende Entzündung im Hinblick auf ein Abszessrezidiv oder eine

Fistel unterstützt. Andererseits wird in keiner Studie untersucht, ob die frühzeitige, großzügige Drainage eine Fistelentstehung verhindern kann.

Es existiert keine Studie, die nach der Größe des geschaffenen Abflusses differenziert. Weiterhin wurde in keiner Studie das Ergebnis in Bezug auf die einzelnen Abszesslokalisationen mit und ohne Fistelnachweis untersucht.

Eine Sonderform des Analabszesses stellt der so genannte Hufeisenabszess dar.

Kurz zusammengefasst

Die Wahl des operativen Vorgehens beim Analabszess richtet sich nach der Lokalisation. Ziel der Operation soll eine großzügige Drainage des entzündlichen Gewebes ohne relevante Schädigung der angrenzenden gesunden Strukturen, insbesondere des Schließmuskelapparates, sein.

Ursachen des erneuten Abszesses

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

Gründe für eine direkte Fisteloperation

Die vorliegende Literatur deutet darauf hin, dass eine im Rahmen der Abszessspaltung nachgewiesene Fistel (d.h. eine Verbindung zwischen Afterkanal und Haut) nicht immer zu einem Folgeeingriff zwingt bzw. dass auch ein Spontanverschluss einer möglicherweise vorhandenen Fistel nach großzügiger Drainage möglich ist.

Insgesamt deuten die vorhandenen wissenschaftlichen Arbeiten darauf hin, dass die direkte Spaltung die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Operation senkt. Dabei wird jedoch eine erhöhte Rate an Störungen der Stuhlkontinenz in Kauf genommen. Leider finden sich in keiner Studie Angaben über die Art der gespaltenen Fisteln. Noch wichtiger erscheint jedoch die Tatsache, dass einige Patienten mit belassener Fistel nicht erneut operiert wurden, so dass grundsätzlich auch eine Spontanheilung nicht unmöglich erscheint.

Bei oberflächlichen Fisteln scheint eine direkte 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 Schließmuskelanteils und der Anzahl der Voroperationen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass häufig die

Abszessoperation als Notfall und von weniger erfahrenen Operateuren durchgeführt wird, so dass die Frage der Fistelspaltung in diesen Fällen besser im Rahmen eines Zweiteingriffs durch einen erfahrenen Operateur entschieden werden sollte. Insbesondere bei unklarem Fistelverlauf sollte eine endgültige Fistelsanierung immer im Rahmen eines Zweiteingriffes unter optimalen Bedingungen erfolgen. Der Stellenwert der Fistelspaltung wird in den Leitlinien „Kryptoglanduläre Analfisteln“ umfassend abgehandelt. Die häufigste Indikation zur direkten Fistelspaltung ergibt sich wahrscheinlich bei intersphinkteren Abszessen, bei denen oberflächliche Fisteln direkt gespalten werden können. Da dieses Verfahren auch beim zweiten Eingriff die Therapie der Wahl wäre, kann dem Patienten so ein erneuter Eingriff erspart werden.

Bei nachgewiesener Fistel kann durch die Einlage einer Fadendrainage (siehe Leitlinie „Kryptoglanduläre Analfistel“) eine gute Drainage erzielt und der Fistelkanal für eine spätere Operation vorbereitet werden. Andererseits deutet die Literatur jedoch darauf hin, dass sich ein relevanter Teil der nachgewiesenen Fisteln spontan verschließt. Die Wertigkeit der Fadendrainage ist somit nicht eindeutig geklärt.

Kurz zusammengefasst

Bei oberflächlichen Fisteln soll durch den erfahrenen Operateur eine direkte Fistelspaltung erfolgen. Andererseits ist eine primäre Fistelspaltung mit einem erhöhten Inkontinenzrisiko assoziiert. Dies sollte deshalb immer Bestandteil der Operationsaufklärung sein. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll deshalb die Behandlung in einem Zweiteingriff erfolgen.

Häufigkeit des sekundären Fistelnachweises

Neben der erneuten Ausbildung eines Abszesses stellt die Entwicklung einer Analfistel (sekundäre Fistel), die zu einer erneuten Operation zwingt, die häufigste Folgeerscheinung nach einer Abszessoperation dar. Während in älteren Studien eine Untersuchung zur Fistelsuche zwei Wochen nach einer Abszessspaltung empfohlen wurde, konnte sich dieses Verfahren in neueren Arbeiten nicht durchsetzen. Nach Auswertung der Literatur führen lediglich 30-40% der Abszesse zu einer persistierenden Fistel und bei etwa 10% musste erneut wegen eines Abszesses operiert werden. Die Zahlen zeigen große Differenzen in der Literatur, was sowohl von der Sorgfalt der Erhebung als auch vom Nachbeobachtungszeitraum abhängt. Auch die Art des Abszesses ist wichtig. So zeigten sich komplizierte, durch den Schließmuskel

verlaufende Fisteln insbesondere nach ischioanalen und supralevatorischen Abszessen, während bei den intersphinkteren Abszessen v.a. oberflächliche Fisteln beobachtet wurden, die problemlos durch eine Spaltung ohne relevante Gefahr für die Stuhlkontinenz behandelt werden konnten.

Kurz zusammengefasst

Ein Teil der Analabszesse resultiert in einer Analfistel. Das Risiko ist von der Abszesslokalisation abhängig. Am häufigsten entwickeln sich Fisteln nach ischioanalen und supralevatorischen Abszessen. Aus diesen Gründen sollte keine zu intensive Fistelsuche im Rahmen der Erstoperation erfolgen.

Maßnahmen vor, während und nach einer Operation

Eine spezielle Darmvorbereitung ist nicht erforderlich und in den meisten Fällen auch schmerzbedingt nicht möglich.

Die 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 Reinigung der Analregion den Anspruch auf Keimfreiheit 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. Eine endgültige Bewertung von Lösungen zur Wundspülung ist 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.

Ungeachtet dessen gilt, dass zum Spülen steril zu versorgender Wunden einschließlich infizierter, planmäßig jedoch primär heilender Wunden nur sterile Lösungen oder sterilgefiltertes Wasser (über endständige Sterilfilter am Wasserauslass) verwendet werden sollen.

Wissenschaftliche Studien konnten keinen Vorteil für eine Antibiotikatherapie nach einer Abszessoperation nachweisen. In diesem Zusammenhang ist auf die weltweit zunehmende Resistenzentwicklung durch den unkritischen Einsatz von Antibiotika zu verweisen. Ähnliches gilt für den Einsatz von sog. Lokalantibiotika, die neben der Resistenzentwicklung auch die Gefahr der lokalen Gewebsschädigung in sich bergen.

Eine Tamponade wird nur intraoperativ zur Blutstillung eingelegt. Dagegen sollte auf eine wiederholte postoperative Wundtamponade soll verzichtet werden.

Kurz zusammengefasst

Ein spezielles Management nach Eröffnung eines Analabszesses ist nicht erforderlich. Es ist jedoch Sorge zu tragen, dass sich die äußere Drainageöffnung nicht vorzeitig verschließt. Eine Antibiotikatherapie ist nur bei ausgeprägter flächiger Entzündung und bei Risikopatienten (Diabetes mellitus, Immunsuppression) sinnvoll. Die Wunde soll regelmäßig gespült werden (Ausduschen mit Leitungswasser). Die Anwendung von lokalen Antiseptika birgt die Gefahr der Gewebsschädigung.

Komplikationen

Komplikationen nach Analabszesseingriffen unterscheiden sich grundsätzlich nicht von anderen Analeingriffen. In unmittelbarem Verlauf nach der Operation sind dabei die lokale Nachblutung, die in einigen Fällen operativ behandelt werden muss, und der Harnverhalt zu erwähnen. Letzterer stellt keine spezifische Komplikation dar und tritt häufiger nach Hämorrhoidenoperationen auf.

Inkontinenzerscheinungen sind durch die Analabszessoperation bei sachgerechter Durchführung nicht zu erwarten. Mögliche Ursachen einer Kontinenzstörung stellen die verringerte Dehnbarkeit des Enddarms durch Narbenbildung bei ausgedehnter Entzündung und die zu großzügige Durchtrennung von Schließmuskelanteilen im Rahmen der Abszessdrainage unter dem Ziel „Fistelsuche“ dar. Des Weiteren wird

auf den entsprechenden Passus der Leitlinien „Kryptoglanduläre Analfisteln“ verwiesen.

Kurz zusammengefasst

Komplikationen nach Analabszess-Operationen unterscheiden sich nicht von denen 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.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Evidenzbasierte Behandlung des Analabszesses

1. Analabszesse sind relativ häufig. Sie treten bevorzugt bei jüngeren männlichen Erwachsenen auf.
2. Den Ursprung des Abszesses bilden die beim Menschen nur als Reste angelegte Duftdrüsen (sog. Proktodealdrüsen) im Raum zwischen innerem und äußeren Schließmuskel (Intersphinktärraum). Es wird unterschieden zwischen subanodermalen, intersphinkteren, ischioanalen und supralevatorischen Abszessen.
3. Befragung und Untersuchung des Patienten/der Patientin sind vor einer Operation ausreichend. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, MRT) sollten bei wiederholt auftretenden Abszessen oder komplizierten (z.B. supralevatorischen) Abszessen erwogen werden. Der Vorteil der Magnetresonanztomographie besteht in der schmerzfreien Befunderhebung.
4. Der Zeitpunkt der Operation wird vor allem durch das Ausmaß des Abszesses und die Schmerzen des/der Betroffenen bestimmt, wobei der akute Abszess immer eine Notfallindikation darstellt.
5. Die Therapie des Analabszesses sollte immer operativ sein. Die Schnittführung (durch den Afterkanal oder durch die Haut daneben) richtet sich nach der Abszesslokalisation. Ziel der Operation ist eine großzügige Drainage des Infektionsherds unter Schonung der Schließmuskelstrukturen.
6. Eine Fistelsuche während der Abszessoperation sollte, wenn überhaupt, sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden.
7. Das Risiko einer erneuten Abszessbildung oder einer Fistelbildung ist insgesamt gering, die Ursache kann in einer unzureichenden Eröffnung des Abszesses bestehen.

8. Eine direkte Fistelspaltung soll nur bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Behandlung in einem Zweiteingriff durchgeführt werden.
9. Der Analbereich sollte nach der Operation regelmäßig gespült werden (Aussuschen mit Leitungswasser). Die Anwendung von lokalen desinfizierenden Flüssigkeiten birgt die Gefahr der Gewebsschädigung. Eine Therapie mit Antibiotika ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Methodik

Leitlinien beschreiben, wie eine bestimmte Erkrankung festgestellt und behandelt werden sollte, sie sind also eine Richtschnur für Diagnose und Therapie. In rechtlicher Sicht sind Leitlinien jedoch für eine bestimmte Behandlung nicht verbindlich, das heißt, begründete Abweichungen stellen keine falsche Behandlung dar! Sie legen offen, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand einen besonderen Nutzen bewiesen haben, und setzen die wissenschaftlichen Forschungserkenntnisse (so genannte „Evidenzen“) in praktische Handlungsempfehlungen um.

Um eine Leitlinie zu entwickeln beruft eine medizinische Fachgesellschaft, in diesem Fall die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Experten auf dem jeweiligen Gebiet zu einer so genannten Konsensuskonferenz. In dieser werden wissenschaftliche Veröffentlichungen nach der Qualität ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft bewertet und unter Berücksichtigung von in der Praxis gewonnenen Erfahrungen diskutiert. Daraus werden dann Empfehlungen für die tägliche Praxis abgeleitet.

Im Fall der Analabszesse liegen nicht bei allen Fragestellungen wissenschaftlich fundierte Literaturergebnisse vor, obwohl die Behandlung verschiedener Ärzte in vielen Veröffentlichungen beschrieben wurde. Leider erfüllen diese Arbeiten nicht immer hohe wissenschaftliche Standards, da häufig subjektive persönliche Ergebnisse aus verschiedenen Kliniken oder von einzelnen Chirurgen vorgestellt werden. Es liegen nur wenige so genannte randomisierte Studien vor, die Ergebnisse verschiedener Behandlungsmethoden mit unabhängiger Auswertung vergleichen. Da somit die vorhandene Literatur nicht aussagekräftig genug ist um bestimmte Feststellungen klar zu untermauern, wurden hier Empfehlungen gegeben, die auf der langjährigen Erfahrung der Mitglieder der Konsensuskonferenz in der täglichen ärztlichen Praxis beruhen.

Für die Erkrankung an einem Analabszess bei Patienten, die nicht an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung leiden, besteht keine Interessensvertretung von betroffenen Patienten. Deshalb richtet sich diese Leitlinie direkt an alle betroffenen oder interessierten Patienten. Auf Fachbegriffe wurde möglichst weitgehend verzichtet; wichtige medizinische Vokabeln aus der Leitlinie finden Sie im Anhang in einem Glossar erläutert.

Mitglieder der Konsensusgruppe:

**für die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP)
die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK),
den Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD),
den Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)**

**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 Koloproktologie, Freiburg**

für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Dr. B. H. Lenhard, Praxis für Enddarkerkrankungen, 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

Korrespondenzanschriften der federführenden Autoren:

Dr. A. Ommer

End- und Dickdarm-Zentrum Essen

Rüttenscheider Strasse 66

D-45130 Essen

Tel.: 0201/797977

E-mail: darmpraxis-essen@online.de

Prof.Dr.A.Herold

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim

Bismarckplatz 1

D-68165 Mannheim

Tel.: 0621 / 12 34 75-0

E-Mail: mail@enddarm-zentrum.de

Adressen deutscher koloproktologischer Fachgesellschaften (z.T. mit Listen von spezialisierten Ärzten in Ihrer Nähe)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP)

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstrasse 58/59

D-10117 Berlin

Tel.: 030 2345 8656-20

Fax: 030 2345 8656-25

Homepage: www.dgav.de

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

Maienstr. 3

79102 Freiburg i. Br.

Tel.: 0761 70 438 - 113

Fax.: 0761 70 438 - 113

Mail: info@koloproktologie.org

Homepage: www.koloproktologie.org

Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands e.V. (BCD)

Maienstraße 3

79102 Freiburg i. Br.

Tel.: 0761 70 438 - 113

Fax.: 0761 70 438 - 114

Email: info@coloproktologen.de

Homepage: www.coloproktologen.de

Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e. V. (VKRR)

Nürnberggerstr. 10

46117 Oberhausen

Tel.: 0208 8991 5701

Fax.: 0208 8991 5719

Homepage: www.vkrr.de

Weitere an der Erstellung der Leitlinie beteiligte Deutsche Fachgesellschaften

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Tel. 01805-246253 (kostenpflichtig)

Fax: 030-24625329

Homepage: www.derma.de

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Hausvogteiplatz 12

10117 Berlin

Tel: 030 514 88 33 40

E-Mail: info@dggg.de

Homepage: www.dggg.de

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)

Uerdinger Str. 64

40474 Düsseldorf

Tel.: 0211 516096-0

Fax: 0211 516096-60

Mail: info@dgu.de

Homepage: www.urologenportal.de

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)

Olivaer Platz 7

10707 Berlin

Tel: 030 31 98 31 5000

Fax: 030 31 98 31 5009

E-Mail: info@dgvs.de

Homepage: www.dgvs.de

Glossar mit ausgewählten Fachwörtern

Das folgende Glossar enthält wichtige medizinische Fachbegriffe die im vorangegangenen Text der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Analfisteln zu finden sind.

Abszess: abgekapselte Eiteransammlung in einer neu gebildeten Gewebeshöhle, die beispielsweise durch eine schwere Entzündung entstanden ist

Analkanal: unterster Anteil des Enddarms, Übergang zwischen Darmschleimhaut und äußerer Haut

Anamnese: spezielle Krankengeschichte eines Patienten, umfasst sowohl Vorbehandlung als auch spezielle Beschwerden

ano-: den Anus (Darmausgang, After) betreffend

anorektal: After und Mastdarm betreffend

ano-vaginal: zwischen After und Scheide (Vagina)

Antibiotikum (Mehrzahl: Antibiotika): Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die ursprünglich aus natürlichen Stoffwechselprodukten von Bakterien und Pilzen gewonnen, später dann auch künstlich hergestellt wurden und (andere) Mikroorganismen abtöten oder am Wachstum hindern

Anus: Darmausgang, After

Äußerer Schließmuskel: Teil des Darmverschlussapparats, kann willkürlich angespannt werden und verstärkt die Stuhlkontinenz

Bakterium: mikroskopisch kleiner, meist einzelliger Organismus. Bakterien kommen in sehr großer Zahl vor allem im Dickdarm (Kolon) vor. Neben Bakterien, die zur gesunden Darmflora gehören, gibt es krankmachende (pathogene) Bakterien.

bildgebende Verfahren: Sammelbezeichnung für die technischen Möglichkeiten, Aufnahmen aus dem Körperinneren zu liefern z.B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Röntgen, Sonographie

CED: Abkürzung für chronisch entzündliche Darmerkrankung(en), besonders Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Chirurgie: medizinische Fachrichtung hauptsächlich der operativen Behandlungsmethoden (Facharzt: Chirurg, Adjektiv: chirurgisch). Für die Behandlung des Morbus Crohn ist die Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt für Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig.

chronisch: über viele Jahre / lebenslang begleitend

chronisch-entzündliche Darmerkrankung: Überbegriff über verschiedene Formen von Darmentzündungen meistens mit längere dauerndem Krankheitsverlauf. Die bekanntesten sind der M.Crohn und die Colitis ulcerosa.

Colitis ulcerosa: chronisch verlaufende Darmentzündung, die den gesamten Dick- und Enddarm befallen kann, in der Regel auf die Schleimhaut begrenzt. Eine Fistelentstehung ist selten.

Computertomographie (CT): die rechnerbasierte Auswertung einer Vielzahl aus verschiedenen Richtungen aufgenommener Röntgenaufnahmen, gehört zu den bildgebenden Verfahren

CT: Abk. für Computertomographie

Diagnostik: Sammelbegriff für alle Maßnahmen, die zum Erkennen einer Krankheit durchgeführt werden

Drainage: Methode zum Abfluss von Wundsekreten oder Eiter, z.B. nach einer Operation oder aus einem Abszess

Endoskopie: Untersuchung innerer Organe, klassischerweise mithilfe bestimmter Instrumente, die aus einem biegsamen Schlauch mit Lichtquelle bestehen, in dem auch kleine Werkzeuge wie Zangen oder Bürsten untergebracht sein können. Dadurch kann der Arzt bei der Untersuchung zugleich eingreifen und z.B. Gewebeproben entnehmen, Polypen abtragen, Blutungen stillen oder Engstellen weiten, vgl. auch Koloskopie (Darmspiegelung).

Endosonographie: Kombination von Endoskopie und Ultraschall Diagnostik zur Untersuchung innerer Organe (z.B. Rektum)

enterale Ernährung: Ernährungstherapie, bei der die Aufnahme der Nahrungsmittelbestandteile über den Darm erfolgt. Die Spezialnahrung kann beispielsweise als Trinknahrung oder Sondennahrung verabreicht werden, vgl. auch parenterale Ernährung

Evidenzbasierte Medizin (EbM, evidence-based Medicine): Der Begriff wird vom engl. „evidence“ abgeleitet, das mit Nachweis oder Beweis übersetzt werden kann. Die EbM zielt darauf, Entscheidungen über die Art der Behandlung von Patienten auf der Grundlage nachgewiesener medizinischer Wirksamkeit zu fällen. Hierzu werden Ergebnisse aus medizinischen Veröffentlichungen nach der Qualität der jeweils durchgeführten medizinischen Studie bewertet; dies geschieht auch auf Konsensuskonferenzen zur Entwicklung von Leitlinien. Eine besonders hohe Evidenz ist gegeben, wenn mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit ähnlichen Ergebnissen vorliegen.

extraintestinal: außerhalb des Verdauungstrakts

Fallserie: Eine Fallserie beschreibt eine größere Anzahl ähnlich gelagerter Fälle. Sie enthält einfache statistische Analysen, allerdings keine Vergleichsgruppe. Damit liefern solche Veröffentlichungen medizinische Evidenz auf niedrigem Niveau, vgl. evidenzbasierte Medizin

Fistel: hier: vom Enddarm ausgehende röhrenförmige Gangbildung, kann blind enden, stellt oft aber eine Verbindung zwischen dem Enddarm oder der Hautoberfläche her

fistulierend: Fisteln bildend

Fistulographie: Fisteldarstellung, Darstellung von entzündlich entstandenen Körperhöhlen mithilfe von Kontrastmittel und Röntgenuntersuchung oder Computertomographie

Gastroenterologie: medizinische Fachrichtung für Erkrankungen des Verdauungstrakts (Facharzt: Gastroenterologe, Adjektiv: gastroenterologisch). Für die Behandlung des Morbus Crohn ist die Zusammenarbeit zwischen dem Fach-

arzt für Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig

Infektion: Eindringen und Vermehrung von Krankheitserregern innerhalb des Körpers

Inkontinenz: (teilweises) Unvermögen, den Stuhl oder Harn im Körper zurückzuhalten. Meist geht dieses Problem mit einer direkten Schädigung oder Zerstörung der Schließmuskel einher oder mit einer Nervenstörung.

Innerer Schließmuskel: Teil des Darmverschlussapparats, kann nicht willkürlich angespannt werden und hält den Stuhl zurück

Intersphinktärraum: Raum zwischen den beiden Afterschließmuskeln, Ausgangspunkt von Entzündungen, hier liegen die Proktodealdrüsen

kolo-: zum Dickdarm gehörig, den Dickdarm betreffend

Kolon: Dickdarm

Koloskopie: Spiegelung des Dickdarms, vgl. auch Endoskopie

Konsensuskonferenz: hier: ein von mindestens einer medizinischen Fachgesellschaft einberufenes Treffen, auf dem medizinische Experten ggf. verschiedener Fachrichtungen und Patientenvertreter teilnehmen, um Einigkeit über Empfehlungen für eine Leitlinie zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung zu erzielen. Hierzu wird auch die relevante Fachliteratur ausgewertet und mit Blick auf die Aussagekraft ihrer Forschungsergebnisse bewertet, vgl. evidenzbasierte Medizin.

Kontinenz: hier Stuhlkontinenz: Fähigkeit, festen und flüssigen Stuhl sowie Luft jederzeit zu kontrollieren

Krypten: Vertiefungen und Einsenkungen des Deckgewebes des Enddarms

Kryptoglandulär: Ursprungsort von Infektionen am Darmausgang (Krypte: Vertiefung, Glandulär: Drüse)

Leitlinie: hier: Sammlung von Empfehlungen zur Feststellung und Behandlung einer bestimmten Krankheit, die auf evidenzbasierter Medizin aufbauen und meist auf einer Konsensuskonferenz von Experten formuliert und abgestimmt wurden.

Linea dentata: „gezahnte Linie“: Übergang zwischen Darmschleimhaut und äußerer Haut

Magnetresonanztomographie (MRT) / Kernspintomographie: bildgebendes Verfahren zur Darstellung von Schnittbildern des Körpers, das nicht mit Röntgenstrahlen arbeitet, sondern mit Magnetfeldern und Radiowellen

Morbus Crohn: chronisch verlaufende Darmentzündung, die den gesamten Dick- und Enddarm aber auch alle anderen Abschnitte des Verdauungstraktes befallen kann. Umfasst immer die gesamte Darmwand. Eine Fistelentstehung ist häufig.

Narkose / Allgemeinanästhesie: durch Medikamente herbeigeführte vorübergehende Ausschaltung des Bewusstseins und Herabsetzung oder Ausschaltung von Reflexen, um ohne Schmerzen für den Patienten eine Operation durchführen zu können

parenterale Ernährung: Ernährungstherapie, bei der eine Spezialnahrung unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts direkt in die Blutbahn gegeben wird, vgl. auch enterale Ernährung

perianal: in der Nähe / in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs

Proktodealdrüse: Drüsen im Zwischenraum zwischen den beiden Schließmuskeln, beim Menschen Relikte aus dem Tierreich (Duftdrüsen), ohne direkte Funktion

Proktologie: griechisch Proktos: Enddarm, Logos: Wissenschaft, beschäftigt sich mit Erkrankungen des Enddarms

Proktologe: spezialisierter Arzt, der sich mit den Erkrankungen des Enddarmes auskennt

randomisierte kontrollierte Studie (RCT): medizinisch-wissenschaftliche Untersuchung zur Wirksamkeit einer bestimmten Methode. Welcher Studienteilnehmer das Versuchsmedikament erhält (Versuchsgruppe) und welcher nicht (Kontrollgruppe) wird per Zufall (engl. „random“) entschieden. RCT haben in der evidenzbasierten Medizin einen hohen Stellenwert.

Rektum: Mastdarm

Resektion: operative Entfernung von erkrankten Teilen eines Organs oder Körperteils

Review: systematische Zusammenstellung aller vorhandener Literatur zu einem bestimmten Thema mit kritischer Auswertung

Röntgenuntersuchung: Untersuchung, bei der der Körper mit Röntgenstrahlen, benannt nach dem Physiker Wilhelm Conrad Röntgen, bestrahlt wird. Dabei absorbieren die unterschiedlich dichten Gewebe des menschlichen Körpers die Röntgenstrahlen unterschiedlich stark, so dass man durch Verschattung und Aufhellung eine Abbildung des Körperinneren erhält.

Schließmuskel: hier Muskeln, die den Enddarm verschließen. Man unterscheidet zwischen innerem Schließmuskel (kann nicht willkürlich angespannt werden, hält also immer seine Spannung und damit Stuhl und Luft zurück) und äußerem Schließmuskel (kann willkürlich angespannt werden und somit, für kürzere Zeit, den Darmverschluss verstärken)

Sekret: Flüssigkeitsabsonderung aus einer natürlichen oder unnatürlichen Körperöffnung, kann entweder klar und normal (z.B. Speichel) oder auch bei Entzündungen eitrig sein

Sondierung: ein dünnes Röhrchen wird in einen Gang eingeführt und damit der Verlauf und die Ausdehnung des Ganges festgelegt.

Sonographie: Ultraschalluntersuchung. Dabei werden Ultraschallwellen über einen Schallkopf in den Körper gelenkt und dort je nach Struktur und Konsistenz der zu untersuchenden Gewebe und Organe reflektiert. Das Echo wird registriert und in ein Bild vom Inneren des Körpers umgewandelt.

Stoma: künstlich geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Körperoberfläche, hier: künstliche angelegter Darmausgang (anus praeter)

Symptom: Krankheitszeichen, Krankheitsbeschwerde. Als Leitsymptome des Morbus Crohn gelten vor allem Bauchschmerzen und Durchfälle.

Therapie: Behandlung

Platz für persönliche Notizen

