

Wenn es beim Stuhlgang schmerzt: Analfissur praktisch

Martin Geyer^a, Daniel Bimmler^b

^a Gastroenterologie Wettingen

^b Praxis für Viszeralchirurgie, Zürich

Quintessenz

- Analfissuren sind häufig und vor allem durch eine schmerzhafte Defäkation mit Frischblutbeimengung gekennzeichnet – im Unterschied zur schmerzlosen Hämorrhoidalblutung. Die Schmerzen stehen in der (sub-)akuten Phase der Fissur im Vordergrund, während bei chronischen Fissuren eher über Juckreiz oder leichtes Brennen mit Blutspuren am Papier geklagt wird.
- Die Therapie umfasst Laxativa zwecks atraumatischer Stuhlpassage, Calcium-Antagonisten oder ein Nitrat in Salbenform zur Relaxation des Sphincter ani, bei ungenügendem Erfolg die intrasphinktere Applikation von Botulinumtoxin sowie eine adäquate Analgesie (lokal und systemisch).
- Bei schlechter Heilung und chronifizierter Fissur ist das Fissur-Debridement die Therapie der Wahl, bei persistierend spastischem Sphinkter mit gleichzeitiger Verabreichung von Botulinumtoxin intrasphinkter.

Die Analfissur ist eine der häufigsten analen Erkrankungen. Analfissuren kommen in allen Altersstufen vor. Männer und Frauen sind ähnlich häufig betroffen.

Entstehung

Beim Absetzen von harten oder voluminösen Stuhlgängen, aber auch bei Diarrhoe, kann es zum mehr oder weniger tiefen Einreissen der Haut im Analkanal kommen. Das Anoderm hat ähnlich wie die Lippen nur eine sehr dünne Hornschicht und ist entsprechend weniger belastungsfähig als andere Hautareale. Dadurch, dass die Wunde immer wieder durch den Stuhlaustritt aufgedehnt bzw. aufgerissen wird, ist die Heilung erschwert. Chronische Fissuren sind charakterisiert durch eine Wächter-Mariske aussen («sentinel tag»), eine hypertrophe Analpapille proximal im Analkanal, eventuell einen Analspasmus und teilweise eine Fibrose des inneren Sphinkters. Fissuren liegen zu 90% dorso-medial. Die Beobachtung, dass die hintere Kommissur anal schlechter perfundiert wird, führte zum Konzept, dass die schlechte Durchblutung zur Persistenz der Fissur beitrage. Nur gerade 6–16% der Fissuren liegen an der anterioren Zirkumferenz. Ventrale Fissuren sind häufiger bei Frauen; möglicherweise haben diese Fissuren eine andere Ursache als die klassischen dorso-medial gelegenen. Nicht selten sind sie Begleitphänomen einer Beckenbodenschwäche/-senkung. Analfissuren an anderen als den beschriebenen typischen Stellen sollten an andere Ursachen denken lassen (Analverkehr, sexueller Missbrauch, venerische Erkrankung, z.B. Lues). Inkomplett



Martin Geyer

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

abheilende Fissuren können zu Fisteln und diese zu Abszess-Komplikationen führen.

Anamnese und Befund

Die akute Fissur ist während der Defäkation extrem schmerzhaft, der krampfartige Schmerz kann über Stunden andauern. Bei chronischen Fissuren ist der Schmerz während der Defäkation etwas weniger intensiv oder gar fehlend, kann aber danach zunehmen. Die meisten Patienten gehen bei analen Blutabgängen von einem Hämorrhoidalleiden aus. Die entscheidende Frage, die bei der Erstuntersuchung gestellt werden sollte, ist: «Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang oder danach?» Schmerzlose Frischblutabgänge deuten auf Hämorrhoiden hin, bei Schmerzen ist eine Fissur zu vermuten.

Eine perianale Untersuchung und falls möglich eine vorsichtige Rektalpalpation sind nicht nur wichtig, sondern klären den Befund. Oft kann die Fissur bei gutem Spreizen der Nates dargestellt werden (Abb. 1 ). Die Palpation kann eine Strikturen, einen Spasmus, eine Empfindlichkeit, einen Tumorverdacht oder Blut am Fingerling ergeben.

Die Differentialdiagnose umfasst Hämorrhoiden (Abb. 2 ) , die oft stärker, zum Teil ins WC tropfend bluten, und anorektale Neoplasien (Abb. 3 ) , die oft der Palpation zugänglich sind (auch durch den Grundversorger!). Eine Proktoskopie im Verlauf (nach Abklingen der akuten Schmerzen) ist immer angezeigt. Ab dem 40. Lebensjahr ist eine vollständige endoskopische Abklärung des unteren Gastrointestinaltrakts unerlässlich. Bei der Erstuntersuchung sollte eine wichtige Differentialdiagnose ausgeschlossen werden, nämlich ein Perianalabszess (Abb. 4 ). Letzterer zeichnet sich in der Regel durch einen Dauerschmerz aus, der auch nachts anhält, und nicht vornehmlich durch einen Defäkationsschmerz wie die Fissur. Ist ein Abszess mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen, ist es statthaft, die laxative Therapie und die topische Behandlung der Fissur einzuleiten und damit den Sphinktertonus vorerst einmal zu senken. Die ausgedehntere Untersuchung mit Palpation und Proktoskopie wird um 1–2 Wochen verschoben, um den Patienten unnötige Untersuchungsschmerzen zu ersparen. Wir halten die Patienten jedoch an, sich bei zunehmenden oder permanent vorhandenen Schmerzen umgehend zu melden, damit ein allenfalls doch vorhandener, initial verpasster Abszess rechtzeitig erkannt wird.

Eine Blickdiagnose ist die äussere Hämorrhoidal-Thrombose (Abb. 5 ) , die mit analen Schmerzen und einem



Abbildung 1
Sichtbare Analfissur beim Spreizen der Nates.



Abbildung 2
Hämorrhoiden.

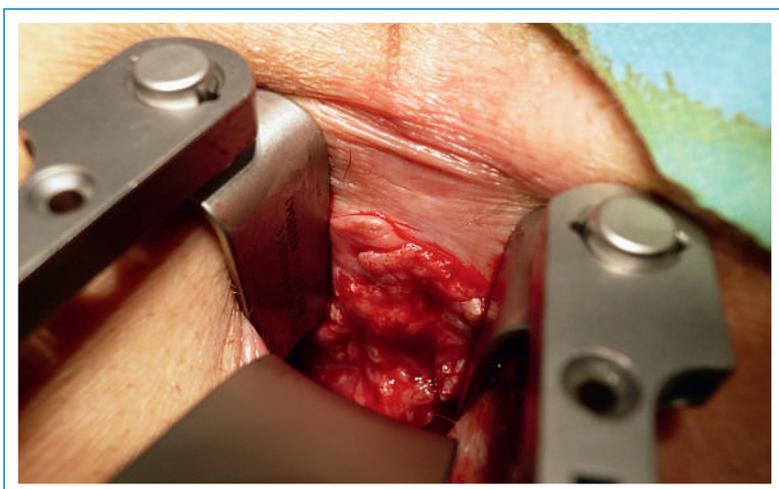


Abbildung 3
Anorektale Neoplasie.

druckempfindlichen, bläulich-lividen Knoten am After einhergeht. Sie geht aus von einer Thrombose der äusseren Hämorrhoidalgefässe (Plexus haemorrhoidalis externus) und kann durch starkes Pressen oder langes Sitzen auftreten, bei Frauen oft peripartal oder im Rahmen des Zyklus bzw. der damit verbundenen hormonellen Veränderungen, aber auch spontan ohne ersichtlichen Auslöser. Äussere Hämorrhoidal-Thrombosen sind viel häufiger als prolabierte innere Hämorrhoiden Grad III (reponibel) (Abb. 2) oder IV (irreponibel). Diese Diagnosen werden häufig miteinander verwechselt. Das klinische Bild ist jedoch eindeutig.

Therapie

Mit der konservativen Therapie werden drei Ziele verfolgt: die Relaxation des Sphinkter ani, das Erreichen und Erhalten einer atraumatischen Stuhlpassage sowie die Analgesie (systemisch und lokal). Vorauszuschicken ist jedoch, dass bei Fissuren eine hohe Placeboheilungsrate besteht (35%) [1]. In der letzten Cochrane-Publikation zum Thema Analfissur wurden insgesamt 77 Studien mit 5031 Patienten zusammengefasst, mit der erstaunlichen Zahl von 17 eingesetzten Medikamenten und Massnahmen (Nitroglycerin, Isosorbidmononitrat und -dinitrat, Diltiazem, Nifedipin, Hydrokortison, Lidocain, Ballaststoffe, Monoxidil, Indoramin, Gewürzöl, L-Arginin, Sildenafil, Botulinumtoxin, Placebo, Sitzbäder, anale Dilatation und Sphinkterotomie) [2]. Das Ziel dieses Artikels ist, die Wirksamkeit der verschiedenen Therapien kritisch zu beleuchten und einen Therapiepfad aufzuzeigen.

Traditionellerweise wird Nitroglycerin in Salbenform intraanal angewendet, um die Durchblutung zu steigern und den Sphinktertonus zu senken. Verwendet werden 0,2%- oder 0,4%-Konzentrationen, über acht Wochen regelmässig mehrmals pro Tag appliziert. Gemäss einer Metaanalyse von 75 Studien war die Heilungsrate unter Nitroglycerin mit 49% der Placebogruppe (36%) überlegen, allerdings mit einer 50%-igen Rezidivwahrscheinlichkeit [2]. Rectogesic® ist ein konfektioniertes Glycerol-Trinitrat (0,4%) in Tuben zu 30 g (zum stolzen Preis von 59.50 CHF) zur zweimal täglichen Anwendung eines Salbenstreifens à 2,5 cm. Das unangenehme an allen Nitraten ist jedoch, dass die meisten Patienten als Nebenwirkung Kopfschmerzen haben, so dass wir in der Schweiz weniger Nitroglycerin verwenden.

Wegen dieser lästigen Nebenwirkung wurde mit Calcium-Antagonisten experimentiert. Diltiazem zeigte in drei Studien, auch in einer mit Nitroglycerin-Versagern, eine gute Wirkung mit Heilungsraten von bis zu 75% ohne Nebenwirkungen [2]. Diltiazem wirkt auch bei topischer Anwendung (67–75% Heilungsrate): Eingesetzt wird ein 2%-Gel, dreimal täglich für acht Wochen (Kosten einer Tube à 30 g ca. 31 CHF) [3]. Die wirksamste Applikationsform der Calcium-Antagonisten ist das bei uns mittlerweile am meisten angewendete Nifedipin in Salbenform (z.B. 0,2% in Excipial®). In einer randomisiert-kontrollierten Studie schnitt Nifedipin-Salbe mit 89% Heilungsrate gegenüber Nitroglycerin mit 58% signifikant besser ab und zeigte kaum Nebenwirkungen (5 vs.



Abbildung 4
Perianalabszess.



Abbildung 5
Äussere Hämorrhoidal-Thrombose.

40%) [4]. Da keine Zulassung für eine konfektionierte Nifedipin-Salbe besteht, muss diese per Magistralrezeptur verschrieben und von der Apotheke bezogen werden (ca. 21 CHF für eine Tube mit 50 g).

Zur Analgesie hat sich insbesondere die wiederholte lokale Anwendung von Lidocain-Gel oder -Salbe nach Bedarf bewährt (z.B. Xylocain® Gel 2%). Kurz vor dem Stuhlgang appliziert, kann Lidocain vor allem in der sehr schmerzhaften Akutphase einer Analfissur den Defäkationsschmerz wirksam lindern und entsprechend die Angst vor dem nächsten Stuhlgang mindern. Dies wirkt sich positiv aus auf den Circulus vitiosus «Schmerz – Angst – Obstipation – erneutes Einreissen der Fissur». Die Analhygiene wird in der Abheilungszeit einer Fissur (meist 6–8 Wochen!) mit Vorteil mit Hilfe der Dusche durchgeführt. Allenfalls können bei gleichzeitig bestehendem Perianalekzem als Hautschutz noch Zinkpaste, Linala-Crème oder Vaseline äusserlich angewendet werden. Kommt es innert acht Wochen unter dieser Therapie zu keinem Ansprechen, sollte eine Behandlung mit Botulinumtoxin erwogen werden (z.B. Botox® von Allergan). Botulinumtoxin ist ein 150-kDa-Polypeptid, das den Ace-

tylcholin-Transport vom Nerv zur Muskelendplatte blockiert und so zu einer transienten chemischen Denervation führt. Ziel der Behandlung ist, den Sphinkterspasmus zu durchbrechen. Kein Botulinumtoxin-Produkt ist für die Anwendung bei Fissuren offiziell zugelassen, es wird off-label angewendet. Die Kosten für ein Arzneimittel der Spezialitätenliste ausserhalb der Limitatio werden nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach Konsultation des Vertrauensarztes übernommen (bei fehlenden therapeutischen Alternativen). Dies bedeutet, dass ein Gesuch um Kostengutsprache für die Botox-Behandlung einer Fissur immer erfolgen muss und den Nachweis erfordert, dass die konservative Therapie voll ausgeschöpft wurde (in der Regel fehlende Heilung innert acht Wochen).

Botox ist ein gefriergetrocknetes Pulver, das in NaCl 0,9% aufgelöst wird. Die Lösung ist bei 2–8 °C im Kühlschrank nach Herstellerangaben bis zu 24 Stunden stabil. In der Praxis wird die Substanz oft auch länger gelagert. Eine Studie aus dem Jahr 1996 wies die Erhaltung der Wirksamkeit von Botulinumtoxin bei gekühlter Aufbewahrung über einen Monat nach [5]. Da keines der Produkte Konservierungsmittel enthält, sollte die Lösung aber möglichst innerhalb von 48 Stunden verbraucht werden. Am besten wird das Botox in Insulinspritzen zu 1 ml aufgezo-gen. Da eine Ampulle Botox (z.B. der Firma Allergan) 100 IU enthält, für die Behandlung einer Analfissur jedoch normalerweise nur 20–40 IU verwendet werden, wird der Inhalt gelegentlich auf mehrere Portionen verteilt und der nicht gebrauchte Anteil zur späteren Verwendung eingefroren. Beim Einfrieren der gebrauchsfertigen Lösung kann die Wirkung gemäss eigenen Beobachtungen und auch persönlicher Mitteilung (manometrische Kontrollen) von Dr. Andreas Müller abnehmen. Als Ursache wird die Eiskristallbildung ins Feld geführt. Um die Schmerzen bei der Injektion gering zu halten, werden 27–32G-Nadeln verwendet. In der Literatur werden Injektionen sowohl in den inneren als auch den äusseren Sphinkter beschrieben. Für die Injektion in den inneren Sphinkter müssen 2–3 Finger in den After eingeführt werden, um die Lokalisation zu prüfen; dabei besteht ein gewisses Stichverletzungsrisiko. Da der innere Sphinkter pathophysiologisch involviert ist, mag die Injektion in den äusseren Sphinkter etwas weniger effektiv sein, sie ist jedoch technisch einfacher. Da sich das injizierte Botox über Diffusion bis zu 2 cm ausbreitet, wird der interne Sphinkter ebenfalls mitbehandelt. Meist erfolgt die Injektion zu beiden Seiten der Fissur. Wegen der schlechten Perfusion im Fissurbereich wurde bemerkt, dass die Injektion entlang der ventralen Kommissur den Sphinkter effizienter relaxiert [6].

Unter Botox beträgt die Heilungsrate kurzfristig (≤6 Monate) 60–90%. Ein Nichtansprechen ist mit <5% selten. Botox in Kombination mit einer topischen Salbenbehandlung (Nitroglycerin [7], Nifedipin [8]) scheint den Heilungsverlauf zu potenzieren mit geringerer Rückfallsrate (2%). Eine milde Kontinenzstörung für Winde wird berichtet (<6%), eine Abszessbildung ist äusserst selten.

Ballondilatation bei Fissur

Die Ballondilatation wird heute nicht selten angewendet und ist als ambulant in der Praxis durchführbare The-

rapie durchaus sinnvoll, solange das Ausmass der Dilatation gering gehalten wird. Die pneumatische Ballon-Dilatation führt zu einer Heilung der Fissur in 83–94% der Fälle mit signifikantem Abfall des Sphinktertonus ohne relevanten Sphinkterdefekt (endosonographisch überprüft) [9, 10]. Die Dilatation kann in Sedation mit einem Achalasie-Ballon (3,5 cm Durchmesser) bei einem Druck von 2 Atmosphären während zweimal zweier Minuten durchgeführt werden.

Sphinkterotomie und Fissurektomie

Keine konservative oder interventionelle Therapiemodalität kommt jedoch an die Wirksamkeit der chirurgischen lateralen Sphinkterotomie heran. Letztere setzt die Patienten allerdings einem gewissen Inkontinenzrisiko aus, wenn nicht unmittelbar, so zumindest im Spätverlauf bzw. im höheren Alter, während dies bei der konservativen oder interventionellen Therapie nicht der Fall ist. Entsprechend wird die laterale Sphinkterotomie nur noch in Ausnahmefällen angewendet. Das aktuelle Standard-Vorgehen bei Versagen der konservativen Therapie besteht in der Fissurektomie (einem Wund-Debridement mit Anfrischen der Wundränder) sowie der gleichzeitigen Entfernung der meist vorhandenen Mariske («Wächter-Mariske») und/oder einer benachbarten hypertrophen Analpapille, eventuell kombiniert mit einer partiellen, nur endoanal Wundrandadaptation. Die äussere Wunde wird im Sinne eines Drainage-Dreiecks immer offen belassen, nach kranial spitz zulaufend.

Eine Fissurektomie wird oft kombiniert mit einer Botox-Injektion intrasphinkter. Vorübergehend kann es zwar zu einer leichten Störung der Feinkontinenz kommen (insbesondere eingeschränkte Kontrolle über Windabgang), aber eine relevante Stuhlinkontinenz tritt praktisch nie auf. Die Begleiterscheinungen sind in der Regel komplett reversibel. Fissurektomie und Botulinumtoxin haben kombiniert eine Heilungsrate von 85% [11]. Bei einer chronischen Fissur ohne Sphinkterspasmus ist die Anwendung von Botox nicht zwingend und wahrscheinlich auch nicht sinnvoll.

Erfreulicherweise liegen die postoperativen Schmerzen nach Fissurektomie in den allermeisten Fällen im erträglichen Rahmen, wahrscheinlich weil die lokale Innervation in der vorangegangenen Fissurphase bereits bis zur Unempfindlichkeit geschädigt worden ist.

Prognose und Verlauf

Allen Behandlungsformen ist leider eine recht hohe Rückfallrate gemeinsam. So ist zum Beispiel aus der Studie von Ezri bekannt, dass nach Nifedipin-Salbenbehandlung 42% der Patienten innert durchschnittlich 183 Tagen ein Rezidiv erleiden [4]. Auch nach Botox ist der Langzeiterfolg (>12 Monate) mit einer kompletten Heilung von rund 50% enttäuschend [12]. Die Rezidivquote für Botox liegt bei mindestens 35%. In einer zweiarmigen Kontrollstudie, in der Nitroglycerin-Salbe 0,2% und Botox getestet wurden, hatten nach drei Jahren nur 40 vs. 33% der Patienten eine komplette Heilung [13]. Bei der Sphinkterotomie liegt die Rückfallrate

etwa bei 7% [14]. Darum ist es wichtig, dass der Patient das Krankheitsbild kennt und bei Zeichen eines Rezidivs möglichst frühzeitig selbst wieder mit der lokalen Therapie (z.B. Nifedipin-Salbe) und der Stuhlregulation beginnt. Viele unserer Fissurpatienten beziehen über die Jahre immer wieder Tuben von Nifedipin-Salbe zur Selbstbehandlung und dies mit gutem Erfolg.

Nicht wenige der Patienten, die rezidivierend Fissuren entwickeln, haben eine Dyssynergie der Beckenbodenmuskulatur (auch Anismus oder *dyssynergic defecation* genannt). Bei dieser Erkrankung, die in 40% keine klare Ursache hat, bei Frauen jedoch nicht selten mit einer Anamnese von sexuellem Missbrauch assoziiert ist (22–48%), besteht eine Koordinationsstörung der abdominalen, rektoanal und Beckenbodenmuskulatur, was die zwanglose Defäkation erschwert oder verunmöglichlicht. Diese fehlerhafte rektoanale Koordination besteht entweder in einer abnormen rektoanal Kontraktion oder inadäquaten Relaxation [15]. In der Manometrie zeigt sich in solchen Fällen beim Pressen der typische paradoxe Druckanstieg des Sphinkters. In der Praxis kann eine Dyssynergie auf einfache Weise mit dem Ballontest gesucht werden. Dazu wird ein Ballon mit einem Volumen von 50 ml ins Rektum eingeführt, gefolgt von der Aufforderung, diesen Ballon auf der Toilette auszustossen. Dies gelingt Gesunden meist binnen einer Minute. Bei Personen, denen das nicht gelingt, sollte eine Dyssynergie vermutet werden. Die koordinative Defäkationsstörung kann mit Biofeedback-Training behandelt werden. Als Biofeedback-Training wird ein neuromuskuläres, Instrumenten-monitorisiertes Lernen bzw. Umlernen bezeichnet, das gerade bei Vorgängen, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert werden, eine gute Wirksamkeit zeigt. Bei Patienten mit rezidivierenden Fissuren lohnt sich diese Abklärung und allenfalls Behandlung.

Schlussfolgerungen

Das äusserst schmerzhafteste Krankheitsbild der Analfissur garantiert bei erfolgreicher Behandlung dankbare Patienten. In der Regel wirkt schon die topische Salbenbehandlung mit einem Calcium-Antagonisten schmerzlindernd. Ein stufenweises Vorgehen ist ratsam. Ebenso sollten die Patienten von Anbeginn an auf die Häufigkeit eines Therapieversagens bzw. der Rezidive hingewiesen werden; so kann bei einem Rückfall eine rasche Selbstbehandlung erfolgen. Bei rezidivierenden Fällen sollte auf eine Dyssynergie abgeklärt und ein Biofeedback-Training versucht werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Martin Geyer
Gastroenterologie Wettingen
Rosengartenstrasse 2
CH-5430 Wettingen
[Geyer\[at\]gastroenterologie-wettingen.ch](mailto:Geyer[at]gastroenterologie-wettingen.ch)

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.