

lichen Krankenkassen angewendet werden kann und nicht völlig ungefährlich ist, wie die Beschreibung einer Fournier-Gangrän nach dieser Therapie belegt [5]. Sie ist in wenigen Situationen vorbehalten Reservebehandlung mit begrenzten Erfolgsaussichten. Die Fissurektomie nach Gabriel bleibt der Standard für Therapieversager der Salbenbehandlung [6].

Korrespondenzadresse

Dr. M. Schmidt-Lauber
Friedrich-Ruder-Str. 12, 26135 Oldenburg
schmidt-lauber@t-online.de

Literatur

1. Nelson RL (2006) Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD003431
2. Jost WH, Schimrigk K (1993) Use of botulinum toxin in anal fissure. *Dis Colon Rectum* 36:974
3. Brisinda G, Cadeddu F, Brandara F et al (2007) Randomized clinical trial comparing botulinum toxin injections with 0.2 per cent nitroglycerin ointment for chronic anal fissure. *Br J Surg* 94:162–167
4. Algaithy ZK (2008) Botulinum toxin versus surgical sphincterotomy in females with chronic anal fissure. *Saudi Med J* 29:1260–1263
5. Mallo-González N, López-Rodríguez R, Fentes DP et al (2008) Fournier's gangrene following botulinum toxin injection. *Scand J Urol Nephrol* 42:301–303
6. Lund JN, Nyström PO, Coremans G et al (2007) Evidenzbasierter Algorithmus zur Therapie von Anal-fissuren. *Coloproctology* 29:1–5

coloproctology 2010 · 32:192–193 · DOI 10.1007/s00053-010-0094-7
Online publiziert: 30. Mai 2010 · © Urban & Vogel 2010

R. Proßt

Proktologisches Institut Stuttgart, Stuttgart

Wer besitzt ein Risiko zur Entwicklung einer chronischen Analfistel oder rezidivierender analen Entzündung als Folge eines initialen perianalen Abszesses?

Für Sie gelesen:

Hamadani A, Haigh P, Liu I-L et al (2009) Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? *Dis Colon Rectum* 52:217–221

Fragestellung und Hintergrund. Diese Studie wurde zur Ermittlung der Faktoren durchgeführt, die nach einem initialen perianalen Abszess zur Ausbildung chronischer Analfisteln oder rezidivierender Entzündungen beitragen.

Patienten und Methodik. Es wurde eine retrospektive Studie bei Patienten mit einem erstmals aufgetretenen perianalen Abszess durchgeführt, die zwischen 1995 und 2007 im Kaiser Permanente Los Angeles, CA, USA, behandelt worden waren. Zur Bestimmung prognostischer Risikofaktoren für eine Rezidivkrankung wurden univariate und multivariable Analysen mit dem proportionalen Risikomodell nach Cox durchgeführt.

Ergebnisse. Einhundertachtundvierzig Patienten erfüllten die Einschlusskriterien (105 Männer, 43 Frauen; mittleres Alter 43,6 Jahre). Während eines mittleren Nachbeobachtungszeitraums von 38 Monaten lag die kumulative Inzidenz chronischer Analfisteln oder rezidivierender Entzündungen bei 36,5%. Univariate und multivariable Analysen zeigten ein um mehr als das Doppelte erhöhtes Rezidivrisiko bei Patienten <40 Jahre gegenüber jenen ≥40 Jahre

($p < 0,01$). Die univariate Analyse ergab auch, dass bei Nichtdiabetikern im Vergleich zu Diabetikern eine mehr als 2,69fache Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Rezidivs bestand ($p = 0,04$). Bezüglich des Rezidivrisikos fanden sich keine signifikanten Unterschiede bei Männern versus Frauen (Hazard-Ratio $HR = 0,78$; $p = 0,39$), Nichtrauchern versus Rauchern ($HR = 1,17$; $p = 0,58$), Patienten mit perioperativen Antibiotika versus Patienten ohne Antibiotika ($HR = 1,51$; $p = 0,19$) oder Patienten mit HIV-positivem versus HIV-negativem Status ($HR = 0,72$; $p = 0,44$).

Schlussfolgerung. Ein Alter <40 Jahre erhöhte das Risiko chronischer Analfisteln oder rezidivierender analer Entzündungen nach erstmaligem Auftreten eines perianalen Abszesses signifikant. Diabetikern können im Vergleich zu Nichtdiabetikern ein vermindertes Risiko aufweisen. Geschlecht, Rauchen, perioperative antibiotische Therapie und HIV-Status waren keine Risikofaktoren für die Ausbildung chronischer Analfisteln.

Kommentar

Perianalabszesse und kryptoglanduläre Analfisteln stellen unter ätiopathogenetischen Aspekten eine Krankheitsentität in unterschiedlichen Phasen dar: Hierbei sind Abszesse als Akutmanifestation und Fisteln als chronische Verlaufsformen zu betrachten, die in >90% der Fälle von einer un-

spezifischen Entzündung der Proktodealdrüsen ausgehen [1, 2]. Nach einer häufig klinisch inapparenten Infektion der Drüsen im Sinne eines Primärabszesses bilden sich Fisteln entlang anatomisch vorgegebener Spalträume aus. Ein sich im Fistelverlauf ausbildender Sekundärabszess stellt den eigentlichen Perianalabszess dar, der sich spontan nicht mehr zurückbilden kann [3].

Die Idee die Hamadani et al. aufzugreifen ist nicht neu: Bereits vor mehreren Dekaden konnte gezeigt werden, dass die alleinige Inzision und Drainage von Perianalabszessen in bis zu 66% der Fälle eine klinische Manifestation von Analfisteln zur Folge hat [4]. Die aktuelle Studie belegt immerhin eine Wahrscheinlichkeit von 36,5%, dass sich eine klinisch symptomatische Fistel oder eine anale Entzündung nach Abszessinzision und -drainage ausbildet. Leider werden die Lokalisationen der Abszesse und die Fistelverläufe nicht genau spezifiziert. Überraschend ist, dass Patienten mit sekundären Immundefiziten, wie HIV-Infektion oder Diabetes mellitus, oder solche unter Exposition exogener Noxen, wie Nikotin, kein erhöhtes Risiko aufweisen, im Verlauf nach Abszessinzision von Fisteln betroffen zu sein [5, 6]. Mehr noch, Nichtdiabetiker sollen sogar ein 2,69fach höheres Risiko einer Chronifizierung der analen Infektion besitzen. Eine mögliche Erklärung hierfür bleiben uns die Autoren jedoch schuldig.

Was ist der didaktische Nutzen der Studie? Die Studie bestätigt lediglich mit 71% die bekannte 2- bis 4fach höhere Inzidenz von Perianalabszessen beim Mann [4, 7, 8]. Irrelevant für das weitere klinische Vorgehen ist jedoch, welchen Geschlechts und Alters der betroffene Patient ist, ob er Diabetiker oder HIV-infiziert ist oder ob er raucht, wie es in der Studie untersucht wurde. Die hohe Zahl symptomatischer Fisteln und chronischer Entzündungen im Analbereich untermauert, dass eine alleinige Abszessinzision ohne umgehende Fistelsuche und -therapie nicht Standard sein sollte. Ein vermeidbares Warten auf die Fistelmanifestation ist riskant und somit obsolet, da sich bereits während der Abszessinzision bei mindestens einem Drittel der Patienten ein Fistelostium identifizieren lässt [8]. Dies erlaubt bei distalen Fisteln, die nur wenig oder keine Sphinktermasse umgreifen, eine simultane, definitive opera-

tive Therapie, die die Rezidivwahrscheinlichkeit um bis zu 83% zu senken vermag [9, 10]. Alle anderen Fisteln, deren Spaltung eine Gefahr für die Kontinenz darstellen würde, sollten mit Faden oder Gummi-loop markiert und einer Fistelverschluss-technik (z. B. Verschiebelappenplastik, Sphinkterrekonstruktion, Plug etc.) nach Wundkonsolidierung zugeführt werden. Die in der Studie identifizierten Risikofaktoren sind zwar wissenschaftlich interessant, sollten aber niemanden zur Missachtung dieses adäquaten Algorithmus zur Abszess- und Fistelbehandlung verleiten.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Proßt
Proktologisches Institut Stuttgart
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
ruediger@prosst.de

Literatur

1. Stelzner F (1980) Fisteln und Abszesse. Langenbecks Arch Chir 352:379–382

coloproctology 2010 · 32:193–194 · DOI 10.1007/s00053-010-0092-9
Online publiziert: 2. April 2010 · © Urban & Vogel 2010

F. Raulf

End- und Dickdarmzentrum Münster, Münster

Neuer Ansatz bei großem Hämorrhoidalprolaps

Die doppelte Staplerhämorrhoidopexie

Für Sie gelesen:

Naldini G, Martellucci J, Talento P et al (2009) New approach to large haemorrhoidal prolapse: double stapled haemorrhoidopexy. Int J Colorectal Dis 24:1383–1387

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser Studie war nachzuweisen, ob der Einsatz einer Variante der Staplerhämorrhoidopexie, die aus einer doppel-

2. Strittmatter B (2004) Analfisteln und Abszesse. Wien Med Wochenschr 154:65–68
3. Stelzner F (1959) Die anorektalen Fisteln. Springer, Berlin Heidelberg New York
4. Scoma JA, Salvati EP, Rubin RJ (1974) Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. Dis Colon Rectum 17:357–359
5. Johnston SL (2008) Clinical immunology review series: an approach to the patient with recurrent superficial abscesses. Clin Exp Immunol 152:397–405
6. Muñoz-Villasamil J, Sands L, Hellinger M (2001) Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients. Am Surg 67:484–486
7. McElwain JW, MacLean MD, Alexander RM et al (1975) Anorectal problems: experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1,000 cases. Dis Colon Rectum 18:646–649
8. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB (1984) Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum 27:593–597
9. Heitland W (2008) Fisteln und Fissuren. Chirurg 79:430–438
10. Quah HM, Tang CL, Eu KW et al (2006) Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. Int J Colorectal Dis 21:602–609

ten Staplerhämorrhoidopexie (DSH) besteht, es ermöglicht, bei großem Hämorrhoidalprolaps (unabhängig von der Graduierung) und bei Patienten ohne Entleerungsstörungen den Prozentsatz von Misserfolgen und Rezidiven zu reduzieren und einen objektiven intraoperativen Parameter zu standardisieren, der den internen Prolaps quantifiziert und dann als Orientierungshilfe zur Bestimmung der