

# Analfisteln: Machen Antibiotika einen Unterschied?

Nunoo-Mensah JW, Balasubramaniam S, Wasserberg N, et al. Fistula-in-ano: do antibiotics make a difference? *Int J Colorectal Dis* 2006;21:441–3.

**Fragestellung und Hintergrund:** Ziel dieser Studie war die Überprüfung der Hypothese, dass Antibiotika in Verbindung mit einer Drainage anorektaler Abszesse die Inzidenz von Fistelbildungen reduzieren. Der Einfluss von Alter und assoziierter Komorbidität auf die Fistelbildung wurde ebenfalls bewertet.

**Patienten und Methodik:** Patienten mit einer Diagnose von anorektalen Abszessen wurden aus der Datenbank einer einzigen kolorektalen Praxis ausgewählt. Durch Überprüfung von Patientenakten und Telefonkontakt wurden demographische Daten sowie Daten zu Komorbidität, Einsatz von Antibiotika und Fistelbildung gesammelt. Die statistische Analyse wurde mit dem Fisher-Exakttest sowie dem Wald- $\chi^2$ -Test durchgeführt.

**Ergebnisse:** 52 Patienten mit kompletten Datensätzen wurden analysiert. Die allgemeine

Fistelbildungsrate betrug 32%. 45% aller Patienten erhielten eine Gabe eines Breitbandantibiotikums zum Drainagezeitpunkt, und 48% der Patienten hatten eine assoziierte Komorbidität. Obwohl Tendenzen evident waren, gab es keine statistisch signifikanten Assoziationen zwischen Fistelbildung und Alter, Komorbidität und Antibiotika.

**Schlussfolgerung:** Obwohl statistisch nicht signifikant, ergab sich die Tendenz, dass Antibiotika und ein Alter > 45 Jahre vor einer Fistelbildung schützen können. In ähnlicher Weise legt das Datenmaterial nahe, dass die Präsenz von Komorbidität das Risiko von Fistelbildungen erhöhen kann. Wir fühlen uns durch dieses Ergebnis ermutigt und schlagen die Durchführung einer größeren randomisierten, prospektiven Studie vor.

## Kommentar

Die Autoren gehen von der Hypothese aus: „Wenn Fisteln das Resultat einer persistierenden Infektion im umgebenden Gewebe nach Drainage eines Abszesses sind, könnte die Beseitigung der verbliebenen Infektion durch Antibiotika womöglich die Häufigkeit des Auftretens einer Fistel reduzieren.“

In der Arbeit wird jedoch die Art der Infektion (z.B. durch einen entnommenen Wundabstrich) oder das Vorhandensein einer inneren Fistelöffnung nicht nachgewiesen. Die Ursachen für einen

periproktitischen Abszess lassen sich aber in der Regel durch einen „Abstrich“ unschwer nachweisen:

1. Infektion ohne Verbindung zum analen Kanal: Keimbesiedlung zumeist grampositive Keime wie z.B. Staphylo- oder Streptokokken, selten Tuberkulose, Aktinomykose (aber auch Abszesse bei immundefizitären Patienten).
2. Fistelnde Verbindung zum analen Kanal („kryptoglandulär“ und andere), in der Regel koliforme Keime oder Anaerobier [1, 2]. Bei fehlender Bakteriologie ist aber die Auswirkung einer Breitbandantibiotikagabe auf eine

Fistelentstehung nicht zu verwerten. Ein gut drainierter „kutaner“ Abszess wird auf Antibiotikagabe (aber auch ohne) besser „ansprechen“ (d.h. keine Fistelbildung) als ein durch eine fistelnde Verbindung zum „Intestinum“ verursachter. Hier bräuchte der (im Artikel fehlende) Nachweis einer „inneren“ Fistelöffnung Klarheit. In der vorliegenden Arbeit entwickelten 18 von 56 Patienten (32%) eine Fistel, wobei 25 von 56 (45%; wegen Begleiterkrankungen?) ein Breitbandantibiotikum erhielten, denn insgesamt 27 von 56 Patienten (48%) hatten Begleiterkrankungen. Die Zahl der entstandenen Fisteln entspricht jener in der Literatur nach Abszessdrainage ohne Antibiotikagabe und ohne gleichzeitige Freilegung einer „inneren“ Fistelöffnung [2, 3].

Die Therapie beider Abszessformen ist zunächst gleich: „Ubi pus, ibi evacua.“ Im zweiten Schritt (erstrebenswert in derselben Sitzung) erfolgt nach ausgiebiger Drainage bei nachgewiesener „innerer“ Fistelöffnung dann die Fistelfreilegung – wobei bei nicht nachzuweisender Verbindung zum analen Kanal der Patient auf die Möglichkeit einer Fistelentstehung hinzuweisen ist. Die Ergebnisse sind dann mit „Rezidivraten“

(Fistel!) von 21% [3] bzw. 6,5% nach 10 Jahren [4] und bis zu 4% nach 3,5 Jahren (ausschließlich bei „einzeitiger“ Abszess- und Fistelfreilegung) [5] deutlich besser. In meinen Augen sollte daher die Antibiotikagabe in Ausnahmefällen gezielt (nur nach Keimbestimmung) erfolgen oder aber auf „Risikopatienten“ beschränkt bleiben.

#### Literatur

1. Corman ML. Anorectal abscess. In: Corman ML, ed. Colon and rectal surgery, 5th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:279–93.
2. Corman ML. Anal fistula. In: Corman ML, ed. Colon and rectal surgery, 5th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 295–332.
3. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefield MA, et al. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischioanal abscess. *Am Surg* 1997;63:686–9.
4. Jongen JHPM, Eberstein A, Bock JU, et al. Kryptoglanduläre Analfistel: Rezidive und postoperative Kontinenz 10 Jahre post-Op. Poster ID:6834, 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Visceralchirurgie, München, zur Veröffentlichung eingereicht 2007.
5. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, et al. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrences. *Dig Surg* 2000;17:274–8.

*Dr. Jens-Uwe Bock, Kiel*