

Frühe Ergebnisse zum Einsatz eines Rotationslappens zur Behandlung chronischer Analfissuren

Singh M, Sharma A, Gardiner A, et al. Early results of a rotational flap to treat chronic anal fissures. *Colorectal Dis* 2005;20:339–42.

Fragestellung und Hintergrund: Die Behandlung von Analfissuren hat sich im vergangenen Jahrzehnt grundlegend geändert. Konservative Therapieansätze versagen nur bei wenigen Patienten mit Analfissuren. Die Sphinkterotomie und anale Dilatation verlieren wegen des Inkontinenzrisikos zunehmend an Bedeutung. Um dieses potenzielle Risiko zu minimieren, wurden Insellappen zur Therapie der Analfissur eingeführt; aber in 60–70% der Fälle kommt es zu Wundheilungsstörungen an den Entnahmestellen. Es wurde untersucht, ob die Defekt-Deckung mittels eines Rotationslappens dieses Problem beheben könnte.

Patienten und Methodik: 21 Patienten (14 Frauen, sieben Männer) mit chronischen Analfissuren wurden zur Defektdeckung mittels eines Rotationslappens der Perianalhaut behandelt. Das mittlere Alter betrug 43 (21–76) Jahre. Bei diesen Patienten hatte die „chemische Sphinkterotomie“ versagt: unter einer mindestens dreimonatigen topischen Applikation 0,2%iger GTN-Salbe zeigte sich keine Abheilungstendenz.

Ergebnisse: Der mittlere Krankenhausaufenthalt betrug zwei Tage. 17 Patienten waren

nach der Therapie beschwerdefrei. Nur ein Patient hatte weiterhin starke Schmerzen, während sich bei zwei Probanden eine Rezidivfissur entwickelte. Ein Patient hatte eine Fissur mit begleitender perianaler Fistel bei der Diagnosestellung und erlebt eine Lappennekrose wie auch eine Wundheilungsstörung an der Entnahmestelle. Ein anderer Patient, bei dem zuvor eine Hämorrhoidektomie und eine Verschiebelappenplastik durchgeführt wurden, entwickelte nach dem von uns durchgeführten Eingriff Probleme an der Entnahmestelle, die erfolgreich konservativ behandelt wurden. Ein weiterer Patient beklagte postoperativ anhaltende diskrete Schmerzen, für die keine Ursache gefunden werden konnte. Postoperative Kontinenzstörungen traten nicht auf.

Schlussfolgerung: Die Defektdeckung mittels eines Rotationslappens ist eine einfache, sichere und erfolgreiche Behandlungsmethode bei Analfissuren. Probleme an der Entnahmestelle werden bei diesem Verfahren minimiert. Es sollte eine Methode der Wahl sein, wenn eine Operation bei chronischen Analfissuren erforderlich wird, insbesondere bei Patienten mit einem erhöhten Risiko einer postoperativen Kontinenzstörung.

Kommentar

Singh et al. bewerten in ihrer Arbeit zur operativen Therapie der chronischen Analfissur mittels Rotationslappenplastik als Endpunkte ihrer Erhebung einerseits die Beschwerdefreiheit, andererseits die uneingeschränkte Kontinenzleistung der Patienten. Eine Aussage zur Restitutio ad integrum (d. h. Re-Epithelialisierung nach Analfissur ohne Substanzdefekt im Analkanal) wird nicht getroffen. Damit fehlt die Möglichkeit der Differenzierung zwi-

rerseits die uneingeschränkte Kontinenzleistung der Patienten. Eine Aussage zur Restitutio ad integrum (d. h. Re-Epithelialisierung nach Analfissur ohne Substanzdefekt im Analkanal) wird nicht getroffen. Damit fehlt die Möglichkeit der Differenzierung zwi-

schen einer persistierenden asymptomatischen und einer erfolgreich abgeheilten chronischen Analfissur nach chirurgischer Intervention.

Die dargestellte Operationsmethode zur Behandlung der chronischen Analfissur wird für eine Gruppe von Patienten empfohlen, die durch eine Sphinkterotomie (von anglo-amerikanischen Chirurgen favorisiert) einem erhöhten Risiko einer postoperativen Kontinenzstörung ausgesetzt sind. Im Gegensatz dazu vermeidet die Fissurektomie, wie sie von den meisten koloproktologisch aktiven Chirurgen nicht nur in Deutschland zur Behandlung der chronischen Analfissur durchgeführt wird, eine Traumatisierung des Muskels und damit das Risiko einer späteren Kontinenzstörung. Nach der Fissurektomie beginnt der Patient selbst mit einer konsequenten und programmierten Dehnungsbehandlung des Schließmuskels, um den erhöhten Muskeltonus zu reduzieren, und schafft damit die Grundlage zu einer vollständigen Wundheilung.

Betrachtet man die Ergebnisse der Publikation insgesamt kritisch, so beschreiben die Autoren, dass nach Abschluss der Erhebung noch immer vier von 21 Patienten (d. h. 19%!) persistierende Beschwerden angaben. Die mit Lappenplastiken assoziierte Problematik der Wundheilungsstörungen an den Entnahmestellen sowie die Rate von Lappennekrosen gleicht denen anderer, vergleichbarer Studien [3, 5].

Beim Studiendesign fällt auf, dass für die Patienten keine Manometrie-Werte zum Ruhe- bzw. Willkürtonus des Schließmuskels angegeben sind. Es fehlt damit ein Selektionskriterium für die „Ziel“-Gruppe von Patienten mit erhöhtem Inkontinenzrisiko, für die dieses Verfahren vorgeschlagen wird.

Der Nachbeobachtungszeitraum bzw. -modus ist in der Publikation weder definiert noch in der Beschreibung klar strukturiert. Außerdem fehlt eine Vergleichsgruppe von Patienten, die mittels eines anderen Verfahrens therapiert wurde und Grundlage einer randomisierten Studie wäre. Die vorliegende Anwendungsbeobachtung eines Zentrums erreicht keine – im EbM-Zeitalter zu fordernde – Evidenzstärke [6]. In der Literaturrecherche zu verschiedenen Techniken von Lappenplastiken findet sich kein Bericht über Vorteile einer solchen Methode gegenüber anderen operativen Verfahren [1, 2, 4]. Zuletzt noch ein praxisrelevanter Aspekt: Aktuell wird die operative Behandlung chronischer Analfissuren in Deutschland als ambulante Leistung vergütet. Ein operatives Verfahren, das bei gleichen Ergebnissen mit mehr Kosten (stationärer Aufenthalt von zwei Tagen) verbunden ist, ist daher nur Einzelfällen vorzubehalten, und die Fissurektomie bleibt der Gold-Standard.

Literatur

1. Leong AF, et al: Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995;38:69–71.
2. Metcalf AM. Anal fissure. *Surg Clin N Am* 2002;82:1291–7.
3. Nyam DC, et al: Island advancement flaps in the management of anal fissures. *Br J Surg* 1995;82:326–8.
4. Orsay J, et al: The American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2004;47:2003–7.
5. Thomas E. Die Schwenklappenplastik zur Behandlung des chronischen Analulkus. *Zentralbl Chir* 1989;114:859–63.
6. Nelson R. Operative procedures for fissure in ano. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, Art. Nr.: CD002199. pub2.

*Dr. Alex Furtwängler,
Freiburg im Breisgau*