

Subkutane Fissurotomie: Neues Verfahren bei chronischen Analfissuren

Ein Review von 109 Fällen

Pelta A, Davis K, Armstrong D. Subcutaneous fissurotomy: a novel procedure for chronic fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1662–7.

Fragestellung und Hintergrund: Es wird über ein konstantes Vorkommen eines schmalen subkutanen (-anodermalen) Ganges berichtet, der sich kaudal über die chronischen Analfissuren hinaus erstreckt. Untersucht wurde die Wirksamkeit des operativen „Entdeckelns“ dieses Ganges (subkutane Fissurotomie) ohne simultane Sphinkterotomie.

Patienten und Methodik: Mit einer schmalen, hakenförmigen Sonde wurde ein stets vorhandener, medianer subkutaner (-anodermaler) Gang identifiziert, der vom kaudalen Ende chronischer Analfissuren ausgeht. Diese Gänge liegen, wenn vorhanden, innerhalb der Vorpostenfalten und erstrecken sich bis zu 1 cm kaudal des Fissurrandes in der subkutanen Ebene. Eine subkutane (-anodermale) Ausdehnung dieses Ganges nach proximal bis an die Linea dentata reichend, wurde ebenfalls beobachtet. Die Spaltung dieses Ganges (subkutane Fissurotomie) resultierte in einer signifikanten Erweiterung des distalen Analkanals, was eine interne Sphinkterotomie überflüssig machte. Es wurde eine 32-monatige prospektive Evaluierung dieser neuen Methode durchgeführt. Die Einschlusskriterien umfassten Patienten mit chronischen Analfissuren, bei denen die konservative Therapie versagt

hatte, einschließlich der topischen Behandlung. In allen Fällen wurde dieser Gang identifiziert und in seiner ganzen Länge gespalten. Bei keinem Patienten wurde eine interne Sphinkterotomie durchgeführt. Nach der Operation wurden die Patienten instruiert, topisch 10%ige Metronidazol-Salbe dreimal täglich aufzutragen. Die Notwendigkeit einer Revision und/oder einer späteren internen Sphinkterotomie wurde dokumentiert.

Ergebnisse: Während des Studienzeitraums wurden insgesamt 109 Patienten untersucht. Das mediane Follow-up betrug 12 Monate. Während des Studienzeitraums war bei zwei Patienten (1,8%) ein Rezidiveingriff wegen persistierender Symptome nach 3 und 12 Monaten erforderlich. Bei keinem Patienten wurden Veränderungen der Kontinenzleistung festgestellt.

Schlussfolgerung: Das Offenlegen des subkutanen (-anodermalen) Ganges hat eine sehr hohe Erfolgsrate und eine niedrige Inzidenz von erforderlichen Rezidiveingriffen. Dieses Ergebnis eröffnet eine neue Debatte hinsichtlich der Ätiologie von Analfissuren und macht die routinemäßige interne Sphinkterotomie unnötig.

Kommentar

Die „subkutane Fissurotomie“ wird in der vorliegenden Publikation als neue Behandlungsmethode vorgestellt. In der gängigen deutschen Nomenklatur müsste man korrekterweise von einer subano-

dermalen Fissurotomie sprechen [1]. Die hohe Erfolgsrate (98,2%) lässt nach Ansicht der Autoren auf das Vorhandensein eines filiformen, subanodermalen Ganges schließen. Dieser Sinus konnte bei allen (!) Patienten mit einer dünnen Sonde nachgewiesen werden und wird als pathoge-

netischer Faktor bei der Entstehung der Analfissur betrachtet. Die Methode beinhaltet die Spaltung des Gewebes über der Sonde, die Exzision des kallösen Wundrandes samt Vorpostenfalte sowie – falls vorhanden – die Resektion der hypertrophen Analpapille. Abschließend wurde der Wundgrund zur Blutstillung mit dem Elektrokauter behandelt. Für angloamerikanische Verhältnisse bemerkenswert ist der Verweis, dass unter Anwendung dieses Verfahrens die laterale Sphinkterotomie nicht erforderlich ist [2]. Darüber hinaus wurde den Patienten die topische Applikation von 10%-Metranidazol-Creme zweimal täglich während der Abheilung, d.h. über 3–6 Wochen, empfohlen.

In der historischen Betrachtung handelt es sich um eine Fissurektomie nach Gabriel, die „gewebesparend“, d.h. nicht mit einer großen Drainagerinne nach extern, durchgeführt wird. Nach unseren Erfahrungen ist die Wundheilung im Analkanal bzw. am Analrand aufgrund der besonderen lokalen Verhältnisse problematisch und verzögert. Die Heilung nach Exzision der Perianalhaut (Drainage-Dreieck) vollzieht sich in der Regel rasch und unkompliziert. Kommt es am Analrand aber zu einer Retention von Sekreten und Faeces, ist die Wundheilung gestört, es resultieren häufig persistierende Re-Epithelialisierungsdefekte bzw. Rezidivfissuren, die meist eine weitere Intervention erfordern. In vielen, jedoch nicht in allen Fällen lässt sich eine (meist inkomplette) Fistel, die vom Fissurgrund ausgeht, nachweisen. Ohne Spaltung derselben erfolgt keine vollständige Heilung nach Fissurektomie.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um einen Erfahrungsbericht zu einer etablierten, aber modifizierten Behandlungsmethode. Der Vergleich

mit anderen Verfahren basiert auf Literaturangaben mit unterschiedlichen Zielsetzungen, Einschlusskriterien, Operationsmethoden etc. [3]. Der von den Autoren unscharf formulierte Therapiealgorithmus empfiehlt nach erfolglosen konservativen Therapieversuchen die „subkutane Fissurotomie“, wenn es sich um die primäre Manifestation einer posterioren chronischen Analfissur handelt. Bei zwei von insgesamt 109 Patienten traten Rezidive auf, die dann in beiden Fällen durch eine laterale Sphinkterotomie behandelt wurden. Die Beschwerdefreiheit wurde – in Analogie zur konservativen Therapie – von den Autoren als Endpunkt der dargelegten chirurgischen Behandlung definiert, die Restitutio-ad-integrum jedoch nicht kontrolliert [4].

Aus chirurgischer Sicht finden sich in dieser Arbeit keine neuen Aspekte zur chirurgischen Therapie der chronischen Analfissur [1]. Es handelt sich vielmehr um eine Modifikation der klassischen Fissurektomie nach Gabriel, wie sie im deutschsprachigen Raum als Standardverfahren etabliert ist. Positiv festzuhalten ist, dass die Autoren keine Notwendigkeit für die laterale Sphinkterotomie im Zusammenhang mit der „subkutanen Fissurotomie“ sehen.

Literatur

1. Raulf F, Kolbert G. Praxishandbuch Kolo-proktologie. Dr. Kade, Berlin, 2006.
2. Nelson R. A systematic review of medical therapy for anal fissure. DCR 2004;47:422–31.
3. Lund JN, Scholefield JH. Glyceril trinitrate is an effective treatment for anal fissure. Dis Colon Rectum 1997;40:468–70.
4. Tranqui P. Nonsurgical treatment of chronic anal fissure: nitroglycerin and dilatation versus nifedipin and botulinum toxin. Can J Surg 2006;49:41–5.

Dr. Alex Furtwängler, Freiburg i. Br.