
**Leitlinien der
Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie
Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**

| | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------|---|
| AWMF-Leitlinien-Register | Nr. 013/061 | Entwicklungsstufe: | 1 |
|--------------------------|-------------|--------------------|---|

Analfissur

ICD-10: K60

Definition

Es wird unterschieden zwischen der primären und sekundären Analfissur. Die primäre Analfissur differenziert zwischen der akuten - auch rezidivierenden - und der chronischen Fissur.

Die akute Analfissur ist ein schmerzhafter, frischer, strich- bis spindelförmiger Defekt mit glatten Wundrändern im hochsensiblen Anoderm. Sie ist lokalisiert zwischen Linea dentata und Analrand. In ca. 80% findet sie sich im Bereich der hinteren Kommissur; zweithäufigste Lokalisation ist die vordere Kommissur.

Die chronische Analfissur zeigt sich als ein längliches, manchmal schmierig belegtes Ulkus, auf dessen Grund u. U. die quer verlaufenden Fasern des M. sphincter ani internus sichtbar sind. Im Verlauf können sich sekundäre Veränderungen entwickeln: hypertrophe Analpapille (histolog. Fibrom) am proximalen Fissurrand in Höhe der Linea dentata, Vorpostenfalte (sekundäre Mariske, Wachposten) am distalen Fissurende, narbig aufgeworfene Ränder (kallös, unterminiert), freiliegende und evtl. fibrosierte Internusfasern.

Der Definition der chronischen Analfissur ist nicht einheitlich. Einige Autoren definieren sie nach dem zeitlichen Bestehen (länger als 6, 8 oder 12 Wochen), andere nach morphologischen Kriterien (Sekundärveränderungen).

Epidemiologie

Analfissuren kommen bei beiden Geschlechtern und in jedem Lebensalter vor mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 30.- und 40. Lebensjahr. Es finden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Ätiopathogenese

Die Entstehungsursache der Analfissur ist nicht geklärt; vermutlich liegt ein multifaktorielles Geschehen mit unterschiedlichen Pathogenesen vor. Diskutiert werden:

Mechanische Faktoren

Die übermäßige Dehnung des Anoderms, z.B. durch Passage eines harten oder sehr voluminösen Stuhls, scheint eine häufige Ursache zu sein. Begünstigt wird dies durch eine verminderte Elastizität des Analkanals oder eine vermehrte Vulnerabilität des Anoderms.

Infektiöse Faktoren

Eine Kryptitis mit konsekutivem Durchbruch zum Analkanal ("Eröffnung des Kryptendaches") kann ein Fissur-Ulkus zur Folge haben. Die Lokalisation der Krypten überwiegend dorsal erklärt die hintere Kommissur als Prädilektionsstelle.

Vaskuläre Faktoren

Eine spärliche arterielle Vaskularisation aufgrund der Rarifizierung der Äste der A. rect. inf. im Bereich der hinteren Kommissur bedingt dort eine Minderperfusion. Dieser Aspekt erklärt ebenfalls die hintere Kommissur als Prädilektionsstelle der Analfissur.

Neuromuskuläre Faktoren

Ein primärer Sphinkterhypertonus soll zur funktionellen Analstenose mit mangelnder/reduzierter Elastizität des Afters und den oben beschriebenen Folgen führen. Viele Autoren halten den Sphinkterhypertonus dagegen für ein sekundäres (reaktives) Phänomen der Fissur.

Symptome

Die Symptomatik der Fissur ist gekennzeichnet durch einen defäkationsabhängigen Schmerz und/oder eine Blutung. Häufig findet sich diese als Blutspur am Toilettenpapier. Der Schmerz kann stechend, brennend, dumpf oder drückend sein und sowohl während als auch nach der Defäkation auftreten und in die Umgebung ausstrahlen.

Komplikationen

Gelegentlich werden im Zusammenhang mit einer chronischen Analfissur auch eine Kryptitis, seltener Abszesse und/oder inkomplette/komplette Analfisteln gesehen. Eine weitere Komplikation ist die Analstenose infolge narbiger Veränderungen.

Verlauf und Prognose

Die akute Fissur kann spontan oder durch Therapie abheilen. Sie kann rezidivieren oder in eine chronische Analfissur übergehen. Bei der chronischen Fissur können sich auf Dauer Sekundärveränderungen entwickeln; ohne Therapie ist eine Abheilung in der Regel nicht zu erwarten.

Prävention

Eine physiologische Dehnung des Analkanals durch geformten, nicht zu harten Stuhl hat präventive und kurative Wirkung.

Sekundäre Analfissur

Sekundäre Fissuren sind Folge anderer Grunderkrankungen. Es sind dies z.B. anale Läsionen bei M. Crohn, Colitis ulcerosa, Lues I, Analkarzinom, Tbc, HIV-Infektion, Herpes-simplex-Infektion, Leukämie, Leishmaniose, Histoplasmosis, nach Chemotherapie, nach Trauma oder Medikamenteneinnahme: Ergotamin, Nicotin, Isotretinoin. Sie sind häufig indolent und auch an atypischer Stelle gelegen. Die Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung.

Diagnostik

Die Analfissur bzw. ihr distaler Rand kann in der Regel nach Spreizung der Nates, evtl. bei gleichzeitigem Pressen, mittels Inspektion und Palpation diagnostiziert werden. Spekulumeinstellung und Sondierung mit der Hakensonde sind zum Ausschluss einer Fistel hilfreich. Bei starken Schmerzen kann die Untersuchung in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Differentialdiagnostisch müssen neben den sekundären Analfissuren, die Kryptitis und der Analabszess bzw. die Fistel ausgeschlossen werden.

Therapie der akuten Fissur

Die Behandlung ist konservativ: Stuhlregulierung mittels Ballaststoffen und ausreichender Flüssigkeitszufuhr zur Erreichung eines geformten Stuhls und somit einer physiologischen Dehnung des Analkanals.

Die topische Applikation von Lokalanästhetika wie auch die von Nitraten oder Kalziumantagonisten kann den reaktiven Sphinkterhypertonus lösen und durch eine Steigerung der Durchblutung die Heilung fördern. Der unkritische Einsatz von Laxantien ist nicht sinnvoll.

Therapie der chronischen Fissur

Konservative Therapie:

Es stehen den Sphinktertonus senkende Medikamente zur Verfügung: als Topika Nitroglycerin (Glyceroltrinitrat), Isosorbiddinitrat, Nifedipin, Diltiazem und zur lokalen Injektion Botulinumtoxin. Da die chronische Fissur nicht einheitlich definiert ist (s.o.), ist ein Vergleich der Studienergebnisse sehr problematisch. In einem systematischen Review schreibt Nelson: "eine medikamentöse Therapie der chronischen Analfissur, der akuten Fissur und der Fissur bei Kindern kann mit einer Chance auf Abheilung durchgeführt werden. Die Verumtherapie ist nur geringfügig besser als Placebo und bei der chronischen Fissur weit weniger effektiv als eine Operation". Ein Cochrane-Review (2006) zeigt einen positiven Effekt für Nitrate bzgl. Schmerzreduktion in der frühtherapeutischen Phase.

Operative Therapie:

An operativen Verfahren stehen zur Verfügung:

1. Die Fissurektomie nach Gabriel

Bei diesem Verfahren wird das vernarbte Fissurgewebe flach exzidiert. Es werden nur die Fasern des M. sphincter ani internus entfernt, die fibrosiert sind. Auf eine Sphinkterotomie wird verzichtet. Hypertrophe Analpapillen und Marisken werden abgetragen, beteiligte Krypten und Fisteln im Fissurgrund gespalten. Ein ausreichend großes Drainagedreieck bis in die Perianalregion wird angelegt und die Wunde der Sekundärheilung überlassen. Die Rezidivquote scheint bei dieser Technik sehr niedrig zu sein: Wittmer et al. erreichten bei 97,1% der Patienten (n=216) eine rezidivfreie Ausheilung nach dem ersten postoperativen Jahr. Nur bei 2,4% kam es zu einer bleibenden Kontinenzschwäche. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Meier zu Eissen. Von seinen 470 operierten Patienten kam es nur bei 3,1% der Patienten zum Stuhlschmieren. In einer randomisierten kontrollierten Studie an insgesamt 60 Patienten verglichen Hancke und Schwamer die Ergebnisse nach standardisierter Analdilatation mit dem Parks'schen Spreizspekulum und Fissurektomie (Gruppe 1) mit denen einer Gruppe 2, die zusätzlich noch eine laterale offene Sphinkterotomie erhalten hatten. Drei Monate postoperativ waren keine signifikanten Unterschiede im Heilverlauf festzustellen. Patienten der Gruppe 1 hatten in 4% der Fälle eine Inkontinenz für Winde und in 7% Stuhlschmieren; in der Gruppe 2 waren es entsprechend 20% bzw. 13%. Die Autoren folgern daraus, dass auf eine Sphinkterotomie wegen des Risikos einer postoperativen Inkontinenz verzichtet werden sollte.

2. Die laterale offene (Parks) und die laterale geschlossene (Notaras) subkutane Sphinkterotomie:

Beide Verfahren basieren auf einer gemeinsamen Rationale: der Hypothese eines Sphinkterhypertonus als Pathogenese der Analfissur. Sie führen zur Senkung des Sphinktertonus ohne lokale Maßnahme an der Fissur. Beide Techniken sind im angloamerikanischen Raum weit verbreitet. Die offene und geschlossene Sphinkterotomie sind gleich effektiv (Nelson). Hasse et al. ermittelten in einem Kollektiv von 209 Patienten, die im Zeitraum von 1986 bis 1997 sphinkterotomiert (n. Parks) und nach 67-183 Monaten nachuntersucht worden waren, eine Heilungsrate von 94,7% und eine Inkontinenzquote von 21% (Stadium II/III n. Parks). So schreibt auch Nelson in einem systematischen Review, dass die Inkontinenzrate im Langzeitverlauf relativ hoch ist, wenngleich die postoperativen Ergebnisse gut sind. In Studien wurden folgende Inkontinenzraten festgestellt: für geformten Stuhl 1-11%, für flüssigen Stuhl 1-22% und für Flatus 1-35%. Daher wird die laterale Sphinkterotomie als operative Therapie der Analfissur in Deutschland sehr kritisch bewertet.

3. Die Operation nach Eisenhammer:

Bei dieser Technik erfolgt nach Exzision der Fissur eine komplette Sphinkterotomie im Wundgrund bis zur Linea dentata. Wegen der daraus resultierenden Schwächung des M. sphincter ani internus und wegen der Schlüsselochdeformität ist diese Operation nicht zu empfehlen.

4. Maximale anale Dilatation (MAD):

Dieses Verfahren gilt heute als obsolet, da die Dilatation nicht dosierbar ist. Folge ist eine hohe Inkontinenzrate aufgrund irreparabler Sphinkterzerreißen (Mac Donald et al.).

Literatur

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

1. Eisenhammer S: The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg. Gynecol. Obstet. 109 (1959) 583-590
2. Gabriel W: The principles and practice of rectal surgery. 5. Auflage, HK Lewis & Co. Ltd., London 1963, S. 247
3. Hancke E, Schwaner S: Chronische Analfissur - operative Behandlung mit Analdilatation, Exzision der Analfissur versus laterale Sphinkterotomie. Coloproctology 25 (2003)95-105
4. Hasse C, Brune M, Bachmann S et al.: Laterale, partielle Sphinkteromyotomie zur Therapie der chronischen Analfissur. Langzeitergebnisse einer epidemiologischen Kohortenstudie. Chirurg 75 (2004) 160-167
5. MacDonald A, Smith K, Mc Neill D et al.: Manual dilatation of the anus. Br. J. Surg. 79 (1992) 1381-1382
6. Meier zu Eissen J: Chronische Analfissur, Therapie. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Kongressband 2001, 654-656
7. Nelson R: Non surgical therapy for anal fissure. The Cochrane Library 2005, Issue 4
8. Nelson R: Operative procedures for fissure in ano. The Cochrane Library 2005, Issue 4
9. Notaras MJ: The treatment of anal fissure on lateral sphincterotomy - a technique and results. Br. J. Surg. 58 (1971) 96-100
10. Parks AG: The management of fissure in ano. Hosp. Med. 1 (1967) 737-739
11. Wittmer A, Wittmer A, Winkler R et al.: Ätiologie und Therapie der chronischen Analfissur. Coloproctology 25 (2003) 16-22

Verfahren zur Konsensbildung

Diese Leitlinie wurde von Experten im Rahmen einer Konsensuskonferenz erarbeitet, die am 07.07.2007 in Freiburg und am 14.09.2007 in Bochum auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie und des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands stattfand. Sie wurde später von beiden Vorständen verabschiedet.

Autoren:

F. Raulf, J. Meier zu Eissen, A. Furtwängler, A. Herold, H. Mlitz, G. Osterholzer, G. Pommer, B. Strittmatter, V. Wienert.

Erstellungsdatum:

07/2008

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

07/2012

Zurück zum [Index Leitlinien der Koloproktologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben** - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 07/2008

© Dt. Ges. f. Koloproktologie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 04.02.2009; 13:07:22

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.