

Leitsymptom der Analfissur

Stechender Schmerz beim Stuhlgang?

Berichten Patienten über hellrote Blutspuren auf dem Toilettenpapier, kann die Frage nach Schmerzen bei der Defäkation diagnostisch richtungsweisend sein. Sie sprechen eher für eine Analfissur als für ein Hämorrhoidalleiden.

Der Verdacht auf eine Analfissur lässt sich meist rasch anhand der klinischen Untersuchung bestätigen. Inspektorisch zeigt sich ein Längsriss zwischen Linea dentata und Linea anocutanea, typischerweise bei 6 Uhr Steinschnittlage, wie PD Dr. Alois Fürst, Direktor der Klinik für Chirurgie am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg, erklärt. Unter Umständen ist der Riss aber auch erst in der Proktoskopie oder beim Pressenlassen des Patienten erkennbar. Bei der digitalen Untersuchung fällt der erhöhte Sphinktertonus auf.

Auslösende Grunderkrankungen ausschließen

Differenzialdiagnostisch gilt es, vor allem primäre von sekundären Analfissuren abzugrenzen, wie Oliver Schwandner von der Abteilung für Proktologie und Oliver Pech von der Abteilung für Gastroenterologie des Krankenhauses Barmherzige Brüder in Regensburg erläutern. Sekundäre Fissuren sind häufig atypisch lokalisiert oder finden sich an mehreren Stellen gleichzeitig, so Schwandner und Pech. Sie können Folge einer anderen Grunderkrankung wie Morbus Crohn, Lues, HIV- oder Herpes-simplex-Infektion sein, treten aber auch unter Immunsuppression oder nach Verletzungen im Analbereich auf. Manchmal handelt es sich um eine „Nebenwirkung“ bestimmter Medikamente (z.B. Ergotamin, Nicorandil, Isotretinoin). Bei sekundären Analfissuren raten Schwandner und Pech dringend zu einer am Befund ausgerichteten weiterführenden Diagnostik.

Die Therapie der primären Analfissur richtet sich nach der Dauer der Symptomatik. Während bei chronischen Fissuren (Symptomatik länger als sechs bis acht Wochen) neben konservativen auch



Piotr Marcinski / iStock / Thinkstock (Symbolbild mit Fotomodel)

Hellrote Blutspuren auf dem Toilettenpapier können auf eine Analfissur hinweisen.

operative Verfahren indiziert sein können, wird die akute Analfissur ausschließlich konservativ behandelt.

Zwei Säulen der konservativen Therapie

Um die Analfissuren zur Abheilung zu bringen, ist eine konsequente Stuhlregulation erforderlich. Eine ballaststoffreiche Ernährung und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sollten dazu ausreichen. Gleichzeitig wird versucht, den Sphinktertonus medikamentös zu senken. Besonders gut eignen sich dafür lokal angewandte Kalziumantagonisten wie Nifedipin- und Diltiazem-Salben. Die Präparate sind zwei- bis dreimal täglich dünn aufzutragen. Wenn nötig, können zur Schmerzlinderung Lokalanästhetikahaltige Salben eingesetzt werden. Nitroglycerinderivate hingegen werden aufgrund ihres Nebenwirkungspotenzials

zunehmend seltener zur Tonusreduktion eingesetzt, wie Fürst erklärt. Insbesondere die unter der Anwendung auftretenden Kopfschmerzen veranlassen viele Patienten, das Präparat frühzeitig wieder abzusetzen.

Alternativ lässt sich der Sphinktertonus auch mit Botulinumtoxin senken. Mit dem Ziel einer direkten und reversiblen Parese wird das Neurotoxin lokal in die Sphinktermuskulatur injiziert. Meist dauert es einige Tage bis sich der Effekt bemerkbar macht, so Fürst, hält dann aber für ein bis drei Monate an. Bei manchen Patienten kommt es allerdings infolge der Lähmung der Sphinktermuskulatur zu einer temporären Inkontinenz, insbesondere für flüssigen Stuhl.

Die meisten Analfissuren heilen unter konservativer Therapie aus

Die Chancen stehen gut, dass unter konservativer Therapie die meisten Analfissuren ausheilen, wie Fürst betont. Berichten Patienten nach sechs bis acht Wochen konsequenter Behandlung immer noch über Beschwerden, kann über eine Fissurektomie nachgedacht werden. Wichtig bei dem Eingriff ist, so Fürst, dass der gesamte Fissurenkomplex entfernt und gleichzeitig die Sphinktermuskulatur geschont wird. Auf eine manuelle Dilatation unter Narkose sowie auf alle Sphinkterektomieverfahren ist aufgrund des Inkontinenzrisikos unbedingt zu verzichten, auch wenn diese Verfahren im angloamerikanischen Raum immer noch populär sind, wie Schwandner und Pech einräumen.

Dr. Dagmar Kraus

Schwandner O, Pech O. Rektale Blutungen: leicht zu beherrschen oder doch eine Herausforderung in der Proktologie? *Chirurg* 2019; <https://doi.org/10.1007/s00104-019-0944-y>

Fürst A, Drukarczyk O. Proktologische Erkrankungen beim Hausarzt. Ihre Schlüsselrolle in der Praxis. *CME* 2019; 5: 9–17

Kolbert G, Stoll M. Leitliniengerechte Therapie der Analfissur. *Coloproctology* 2016; 38: 339–348