

Analfistel

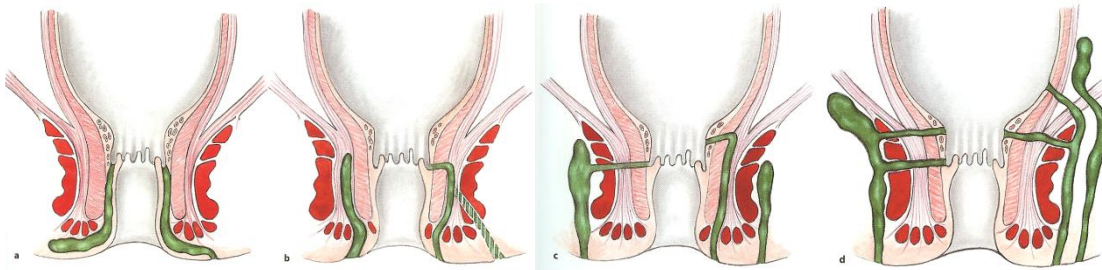
Einleitung:

Eine **Fistel** ist ein krankhafter Gang, der ein Hohlorgan (zum Beispiel den Darm) mit einem anderem Hohlorgan oder mit einer Körperoberfläche verbindet. **Analfisteln** sind derartige Gänge, welche sich zwischen Mastdarm und Haut am After hinziehen. Diese Fistelgänge gehen von kleinen **Drüsen** am After aus, welche sich durch Entzündung oder Eiteransammlungen verlängern und schliesslich zu einem langen Gang werden.

Erkrankung:

Der Gang kann sich ganz unterschiedliche Wege zur Hautoberfläche suchen. Der Verlauf der Fistel kann den Schliessmuskel entweder innen umgehen ([submuköse Fistel](#)), teilweise durchbrechen ([intersphinktere Fistel](#)) oder ganz durchbrechen ([transsphinktere Fistel](#)). Es gibt auch Fisteln, die sich kopfwärts ausdehnen und die Beckenbodenmuskulatur durchstossen ([supralevatorische](#) und [extrasphinktere Fisteln](#)). Letztere sind glücklicherweise selten.

Fisteleinteilung: a) submucös, b) intersphinkter, c) transsphinkter, d) extrasphinkter und supralevatorisch

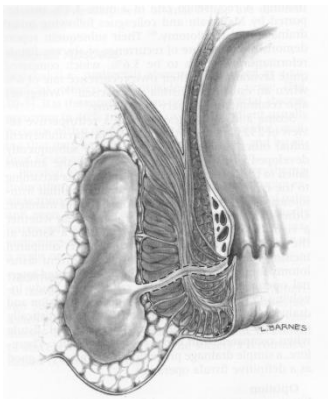


Obwohl das Fistelleiden kein lebensbedrohliches Leiden ist, stellt ihre Behandlung, vor allem bei komplizierten Fisteln, ein grösseres Problem in der Analchirurgie dar. Ihre [Rezidivhäufigkeit](#), besonders nach inadäquater Therapie, verursachen nicht selten irreparable Schäden am Kontinenzorgan.

Fisteln können verstopfen oder eine Entzündung ([Infektion](#)) verursachen. Durch die Infektion kommt es zur Eiterherden ([Abszessbildung](#)). Der Abszess kann sich spontan durch die Fistel entleeren und später von neuem auftreten.

Perianalabszess:

Der Perianalabszess verschwindet in der Regel erst dann vollständig, wenn die ganze Fistel entfernt worden ist. Bei längerem Bestehen von trans- oder intersphinkteren Fisteln kann durch die Vernarbung der [Schliessmuskel](#) in Mitleidenschaft gezogen werden. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit Analfisteln sind schon vor der Operation von einer direkten Schädigung des Schliessmuskels durch den krankhaften Fistelgang betroffen.



Perianalabszess: mit transsphinkterer Fistel

Die Diagnose wird mithilfe einer sorgfältigen [proktologischen Untersuchung](#) des Enddarmes gestellt. Zusätzlich sollte eine [Ultraschalluntersuchung](#) des Enddarmes vorgenommen werden. Dabei kann der Verlauf der Fistel im Bereich der Schliessmuskeln gut sichtbar gemacht werden. Bei komplizierten Fisteln oder erfolglos operierten Fisteln wird eine

[Magnetresonanzuntersuchung](#) nötig, damit vor der Operation alle Gänge und deren Verlauf bekannt sind. Falls klinisch schon Hinweise für eine Störung der Stuhlkontinenz vorhanden sind, nehmen wir vor jedem weiteren Eingriff eine [Schliessmuskeldruckmessung](#) (anale Manometrie) vor.

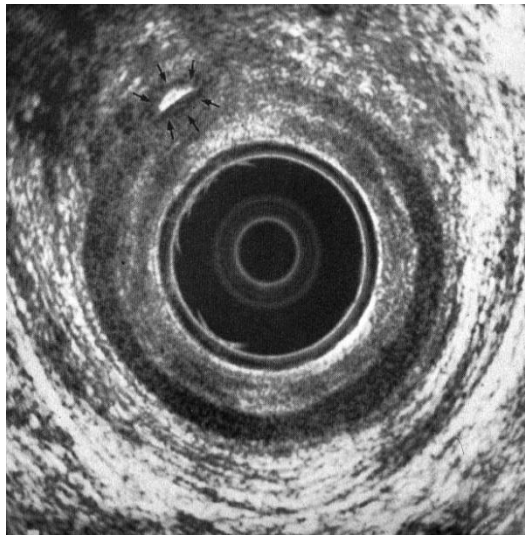
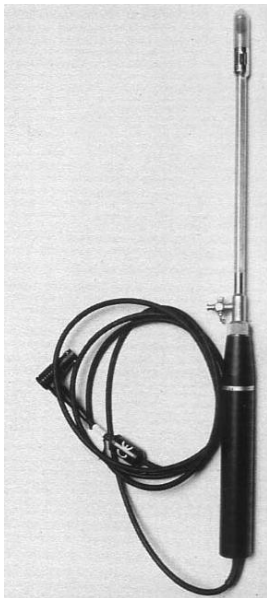
Diagnostik:

Für die **einfache Fistel** reicht eine **proktologische Untersuchung** mit **endoanalem Ultraschall**. Bei **komplexen Fisteln** oder **Fistelrezidiven** kann zusätzlich eine **Magnetresonanzt-Untersuchung** empfohlen werden. Bei Verdacht eines chronischen Darmleidens ist eine **Kolonoskopie** obligat.

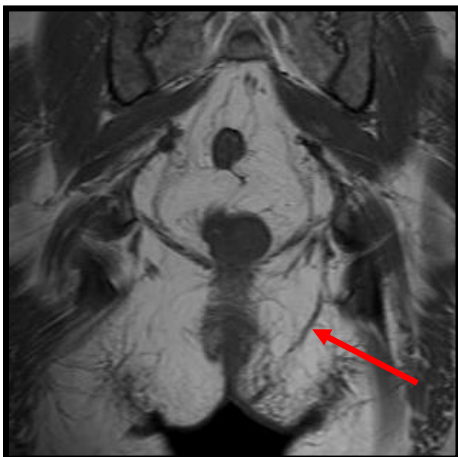
- Proktologische Untersuchung
- Endoanaler Ultraschall
- Magnetresonanzt-Untersuchung
- Dickdarmspiegelung (**Kolonoskopie**)

Endosonographie

1. Probe/2. Bild (mit Pfeilen markierte Fistel zwischen innerem und äusserem Schliessmuskel)



Magnetresonanzt-Untersuchung
Fistelgang mit rotem Pfeil markiert



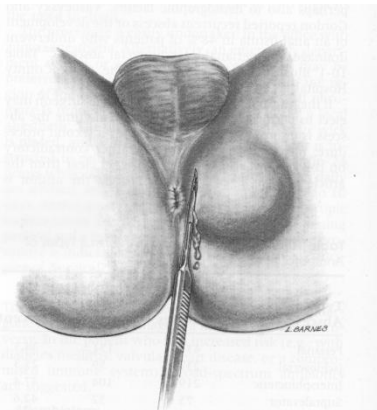
Therapie:

Die chirurgische Therapie hängt primär vom **Fistelverlauf** und sekundär von Begleiterkrankungen ab. Einfache **submuköse Fisteln** können gespalten, komplexere Fisteln sphinkterschonend entfernt (**reseziert**) und innere, im Enddarm liegende Fistelöffnung mit einem **Schleimhautlappen** verschlossen werden. Bei Hinweisen auf eine chronische Infektion wird in einem Schritt eine Drainage (**Seton-Einlage**) durchgeführt. Liegt ein **Abszess** vor, muss dieser vorgängig behandelt werden. Sehr vorsichtig ist das chirurgische Verfahren beim Patienten mit Morbus Crohn zu wählen, da hier doch häufig Rezidive auftreten und wiederholte Operationen im Bereiche des Schliessmuskelapparates die Gefahr einer dauernden Schädigung in sich birgt.

Abszessinziehung/-exzision

Findet sich ein schmerzhafter, druckdolenter Eiterherd (**Abszess**) im Bereiche einer Analfistel, muss zunächst dieser in einer Narkose eröffnet werden. Dabei wird die Haut unmittelbar über der Schwellung spindelförmig ausgeschnitten, so dass der Eiter abfließen kann. Anschliessend wird die Wunde ambulant täglich mehrmals gespült und gesäubert. In der Regel heilt ein derartiger Abszess nach 4 bis 5 Wochen ab und es bleibt eine chronische nässende **Fistel** übrig, welche dann in einer zweiten Operation behandelt werden muss.

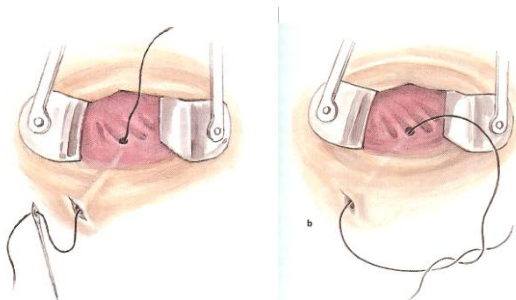
Abszessinziehung/-exzision



Infizierte Perianalfistel

Finden sich Hinweise für rezidivierende Entzündungen im Bereich einer Analfistel ist gegebenenfalls die Einlage einer Fadendrainage (**Seton**) zur Beruhigung der Entzündung (Konditionierung) der Fistel empfehlenswert. Dabei wird in einer kurzen Narkose die Fistel sondiert und mit einem Faden (Kautschuk) drainiert. Diese Fadenschleife wird aussen geknotet und fixiert. Anfangs ist ebenfalls ein regelmässiges Ausduschen des Analbereichs nötig.

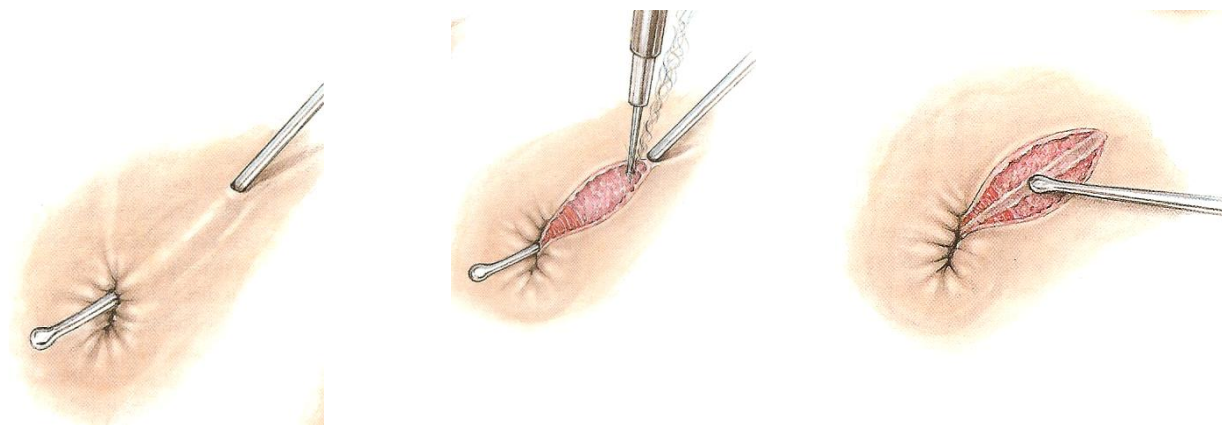
Fadendrainage (Seton): Durchziehen eines Fadens zur Drainage der entzündeten Fistel



Fistelspaltung (Fistulotomie)

Eine **submuköse** Fistel kann zum Darm hin längs aufgeschnitten werden (d.h. gespalten werden). Dabei wird der Fistelgang erst vollständig gespalten und anschliessend vollständig herausgeschnitten (**exzidiert**) und die Wunde offen belassen. Es heilt sekundär in den nächsten 3 bis 4 Wochen vollständig ab. Täglich wird die Wundregion 2 bis 3 mal ausgeduscht. Auch bei intersphinteren und transsphinkteren Fisteln ist dies eine Möglichkeit, falls dabei nur ein kleiner Teil des Schliessmuskels durchtrennt wird.

Fistelspaltung (Fistulotomie): Sondieren der Fistel und vollständige Spaltung, anschliessen Auskratzen oder Ausschneiden des Ganges.

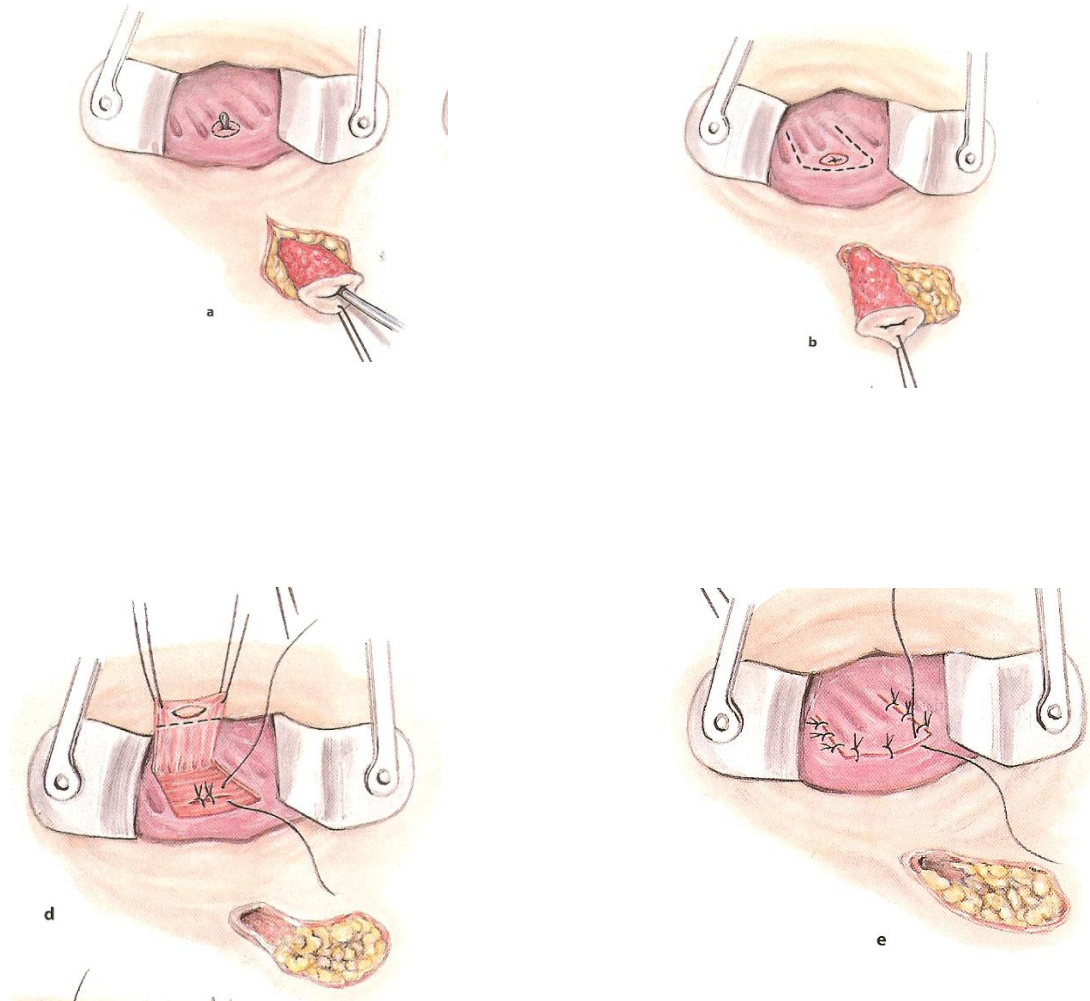


Schleimhautverschiebelappen (Advancement Mukosaflap)

Inter- und transsphinktere Fisteln werden aus der Umgebung herausgeschnitten bis an die Stelle, wo sie den Schliessmuskel durchstossen. Der Gang im Muskel wird ausgekratzt und der Muskel vernäht. Die Öffnung im Darm wird vom Darm her mit einer Naht verschlossen und durch einen Schleimhautlappen (**Advancement Mukosaflap**) gesichert.

Dieses Verfahren erfordert eine vollständige Darmreinigung vor der Operation und wird in der Regel während eines 3 bis 5-tägigen Krankenhausaufenthaltes durchgeführt. Die Operation erfolgt in rückenmarksnaher Anästhesie. Um ein Anheilen des Schleimhautverschiebelappens zu ermöglichen, muss jeder Stuhlgang in den ersten 3 Tagen nach der Operation vermieden werden. Deshalb erhalten die Patienten und Patientinnen während dieser Zeit nur flüssige Kost. Bei komplexen Fistelverläufen oder rezidivierenden Fistelleiden kann auch einmal die Anlage eines künstlichen Darmausganges (**Stoma**) zur Ruhigstellung des Enddarmes (**Rectum**) nötig werden, damit die Fistel nach Fixation des Verschiebelappens abheilen kann. Dieser künstliche Darmausgang wird in der Regel nach 4 bis 6 Wochen wieder rückverlegt.

Schleimhautverschiebelappen (Advancement Mukosaflap): a) Ausschneiden der äusseren Fistelöffnung und des Fistelganges, b) Ausschneiden der inneren Fistelöffnung und Bilden eines Schleimhautverschiebelappens, c) Verschluss der Schliessmuskellücke, d) Deckung des Defektes mit dem Verschiebelappen und Naht des Lappens



Nachbehandlung:

Einfache Fisteloperationen, wie die Einlage einer Drainage (Seton) oder die Spaltung einer subkutanen Fistel, werden in der Regel, während eines **kurzstationären** Aufenthaltes behandelt. Eine vollständige Darmreinigung ist nicht nötig, eine präoperative Entleerung des Enddarmes durch einen kleinen Einlauf ist hingegen empfehlenswert. Anschliessend wird die Wunde durch **fünfmal tägliches Ausduschen** sauber gehalten.

Komplexen Fisteloperationen, wie jene mit Schleimhautverschiebelappen, erfordern eine **vollständige Darmreinigung** vor der Operation und werden in der Regel während eines **3 bis 5-tägigen Krankenhausaufenthaltes** durchgeführt. Die Operation erfolgt in rückenmarksnaher Anästhesie. Um ein Anheilen des Schleimhautverschiebelappens zu ermöglichen, muss jeder Stuhlgang in den ersten 3 Tagen nach der Operation vermieden werden. Deshalb erhalten die Patienten und Patientinnen während dieser Zeit nur flüssige Kost. Anschliessend wird die Wunde durch **fünfmal tägliches Ausduschen** sauber gehalten.

Ergebnisse:

Nach einem [Abszess](#) am After, der chirurgisch versorgt wird, tritt eine vollständige Heilung bei etwa 50% der operierten Patienten ein. Bei den anderen 50% bleibt häufig eine Fistel zurück, die je nach Verlauf chirurgisch versorgt werden muss. Die beste Heilungsrate wird nach der [Fistelspaltung](#) bei [submukösen Fisteln](#) erzielt (ca. 90%). Komplexere Fisteln und Fistelsysteme heilen nach einer ersten Operation in etwa 70 bis 80% der Fälle vollständig ab. Leider treten bei etwa 20% der Patienten Rezidive auf, die eine Zweit- oder gar Drittoperation nach sich ziehen. Noch schlechter sind die Resultate bei [Morbus-Crohn-Patienten](#). Hier ist eine sorgfältiges Abwägen der verschiedenen Operationstechniken. Wir empfehlen hier drainierende Massnahmen ([Setoneinlage](#)) oder [kombinierte Verfahren](#) wie Verschiebelappen mit intravenöser systemischer medikamentöser Therapie (z.B. Infliximab).

Kontakt

Spezialist: Dr. med. Lukas Marti
European Board of Coloproctology
Leiter Koloproktologie
Oberarzt mit besonderer Funktion
Schwerpunkt Viszeralchirurgie