

Konservative Therapie von Analfissuren

Hauptziel: Sphinkter entkrampfen

Heiner Krammer, Alexander Herold,
Dieter Bussen

Analfissuren sind ein relativ häufiges Leiden, das oft durch die starken Schmerzen die Lebensqualität der Patienten empfindlich beeinträchtigen kann. Konservative Therapiestrategien sollten darauf ausgerichtet sein, den Hypertonus des Analsphinkters zu verringern, und auf diese Weise die Blutversorgung zu verbessern. Heute gilt die Therapie mit nitrathaltigen Salben als „State of the Art“ der konservativen Therapie der Analfissur, mit der man bei bis zu zwei Drittel der Patienten eine Abheilung erreichen kann.

Bei der Analfissur handelt es sich um einen länglichen, ulkusartigen Defekt im Anoderm des distalen Analkanals, der durch Schmerzen bei der Defäkation und durch anale Blutungen charakterisiert wird. Die Fissuren befinden sich in 80 % der Fälle dorsal, in 15 % in der ventralen Mittellinie des Analkanals.

Für Betroffene ist die Erkrankung häufig mit einem großen Leidensdruck assoziiert, da die Schmerzen oft sehr stark sind. Zusätzlich besteht oft ein quälender Juckreiz. Der starke, stechende Verkrampfungsschmerz tritt besonders nach dem Stuhlgang auf und kann in manchen Fällen bis zu mehreren Stunden – sogar bis zu 24 Stunden – nach der Defäkation anhalten. In der Praxis geht es primär darum, die betroffenen Patienten so schnell wie möglich von ihren

Schmerzen zu befreien, und sekundär um eine langfristige Heilung der Fissur.

Blutungen treten intermittierend auf. Sie imponieren oft als hellroter Fleck auf dem Toilettenpapier oder als Fleck im Stuhl.

Analfissuren sind im jungen und mittleren Lebensalter relativ häufig. Eine Verbesserung der Lebensqualität bei

Analfissuren sind im jungen und mittleren Lebensalter relativ häufig.

erfolgreicher Therapie ist sowohl für die topische Behandlung [1], als auch für die operative Therapie in Studien dokumentiert [2].

Die Fissuren werden nach Krankheitsdauer als akut oder chronisch bezeichnet. Dauern Symptome länger als sechs Wochen, so spricht man von einer chronischen Analfissur. Einer anderen Einteilung zufolge liegt eine chronische Fissur vor, wenn sekundäre Veränderungen, z. B. eine Vorpostenfalte oder narbige Läsionen, vorhanden sind.

Wie entsteht eine Analfissur?

Aus heutiger Sicht ist die Analfissur multifaktoriell bedingt. So kann die Passage zu harten Stuhls die Ursache für das Einreißen des Anoderms sein. Doch viele Patienten haben zu Beginn der Beschwerden keine Obstipation [3]. Anatomische Studien zeigten auch, dass das Einreißen von einer Ischämie verursacht wird, wobei der genaue Wirkmechanismus nicht geklärt ist [4, 5]. Auffällig ist ein primärer oder



Photo: Science

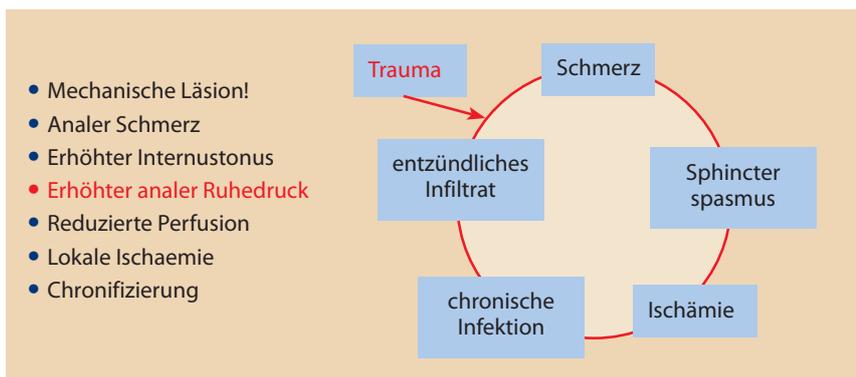


Abb. 1: Pathophysiologie der chronischen Fissur

sekundärer Spasmus des Analsphinkters, dessen Abschwächung das primäre Ziel der konservativen Therapie ist. Untersuchungen zeigten, dass der wichtigste inhibitorische Neurotransmitter des Sphinkter ani internus Stickstoffmonoxid (NO) ist [6, 7]. Bei Patienten mit Analfissur kann ein NO-Synthetase-Mangel vorliegen, der für eine Hypertonie des inneren Sphinkters

Primäres Ziel der konservativen Therapie ist es, den Spasmus des Analsphinkters abzuschwächen.

sorgt. Der erhöhte Sphinktertonus hat zur Folge, dass der Blutfluss abnimmt und das Anoderm minderdurchblutet wird. Dies begünstigt die Bildung von Analfissuren und behindert auch Heilungsprozesse in dieser Region. [8]. Abb. 1 zeigt, wie eine mechanische Läsion über Schmerz und Ischämie letztlich zu einer Chronifizierung des Krankheitsprozesses führen kann.

Folgen der chronischen Analfissur sind sekundäre Veränderungen im Analbereich wie freiliegende Muskelfasern oder die Entstehung der Vorpostenfalte, einer Hautfalte am äußeren Ende des Analkanals, die sich bei länger bestehenden Analfissuren bildet. Durch eine proximale Entzündung kann es zudem zur Ausbildung einer hypertrophen Analpapille kommen.

Für bessere Stuhlkonsistenz sorgen

Grundsätzlich unterscheidet man bei der Therapie zwischen konservativen und operativen Verfahren, wobei auf letztere

hier nicht eingegangen wird. Zusätzlich sind begleitende Maßnahmen sinnvoll. Es sollte zu einer ballaststoffreichen Ernährung geraten werden, da sich dadurch das Stuhlvolumen vermehrt und die Stuhlkonsistenz verbessert. Dies ist jedoch nur möglich, wenn zusätzlich zur Ballaststoffaufnahme eine ausreichende Menge an Flüssigkeit zugeführt wird. Eine ballaststoffreiche Ernährungsweise mit der Aufnahme von 30 g Ballaststoffen pro Tag wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlen [9]. Nur wenn dies unzureichend ist, kann bei unverändert hartem Stuhl die Defäkation zumindest gelegentlich durch Laxanzien erleichtert werden.

Analdilatation birgt Gefahren

Die früher häufig praktizierte forcierte Analdilatation ist aufgrund der Inkontinenzgefahr heute obsolet. In der Vergangenheit wurde noch die protrahierte Dilatation mit Analdehnern in Verbindung mit cinchocain- oder lidocainhaltigen Salben durchgeführt. Die Dehnung erfolgte meist zweimal täglich für drei bis fünf Minuten, wobei ca. zehnmal zwischen An- und Entspannen gewechselt wurde. Allerdings gibt es zu diesem Verfahren nur eine ältere Beobachtungsstudie, die bei Patienten mit akuter, unkomplizierter Analfissur durchgeführt wurde. Hier heilte bei 77 % der 224 Patienten die Analfissur in acht Wochen aus. Publikationen bei Patienten mit chronischer Analfissur fehlen.

Glyceroltrinitrat bei Analfissuren

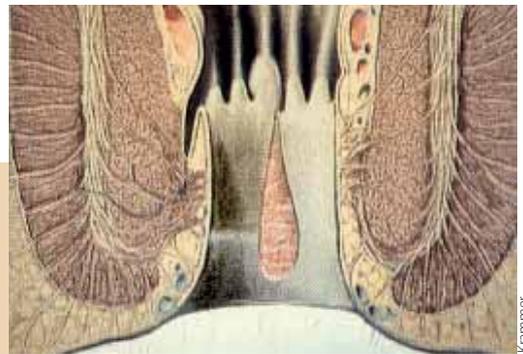
Bei der konservativen Therapie der Analfissur werden meistens Salben eingesetzt. Als Mittel der Wahl gelten Salben mit den

Wirkstoffen Glycerol-Tri-Nitrat (GTN) oder Iso-Sorbid-Di-Nitrat (ISDN) [10].

GTN wird transanodermal rasch resorbiert und wirkt als Stickstoffmonoxid (NO)-Donor. GTN relaxiert den internen analen Sphinkter und sorgt so für eine bessere Durchblutung des Anoderms. Dadurch können auch bereits entstandene Läsionen leichter wieder abheilen. In einer Studie zeigte sich, dass der anale Ruhedruck 15 bis 90 Minuten nach Applikation einer GTN-haltigen Salbe signifikant gesenkt wird [11]. Die Therapie mit GTN-haltigen Salben ist unter wissenschaftlichen Aspekten gut dokumentiert: In fünf Studien, die über vier bis acht Wochen mit GTN-haltigen Salben durchgeführt wurden, zeigten sich Heilungsraten zwischen 46 und 84 % [12, 13, 14, 15, 16]. Die Salben müssen zweimal täglich perianal über eine Behandlungsdauer von mehreren Wochen eingesetzt werden.

Bezüglich der Schmerzlinderung zeigte sich in zwei Dosisfindungsstudien, dass 0,4%ige GTN-Salben die stärkste Wirkung aufweisen [3]. Eine 0,4%ige GTN-Salbe ist als zugelassenes Fertigarzneimittel erhältlich [17]. In einer plazebokontrollierten Doppelblindstudie [18] ließ sich damit bei der Hälfte der Patienten bereits am 6. Behandlungstag eine Schmerzreduktion um 50 % erzielen, bei Therapie mit Plazebo war dies erst nach 18 Tagen der Fall.

Die Salben dürfen nicht gemeinsam mit anderen NO-Spendern oder Sildenafil eingesetzt werden. Vorübergehende Kopfschmerzen sind eine bekannte Begleiterscheinung bei der Therapie mit GTNhaltigen Salben, die bei bis zu 25 % der behandelten Patienten auftreten [3]. Sie können bei Bedarf mit einem leichten Analgetikum wie Paracetamol über zwei bis drei Tage beseitigt werden. Bei der Applikation der Salbe ist darauf zu achten, dass sie nur extern angewendet wird, um die Gefahr von Kopfschmerzen zu reduzieren. Die hypotensive Wirkung der Creme kann durch Alkohol und andere Vasodilatoren oder Antihypertensiva verstärkt werden, hierüber sollten Patienten aufgeklärt sein. ▶



Klammer

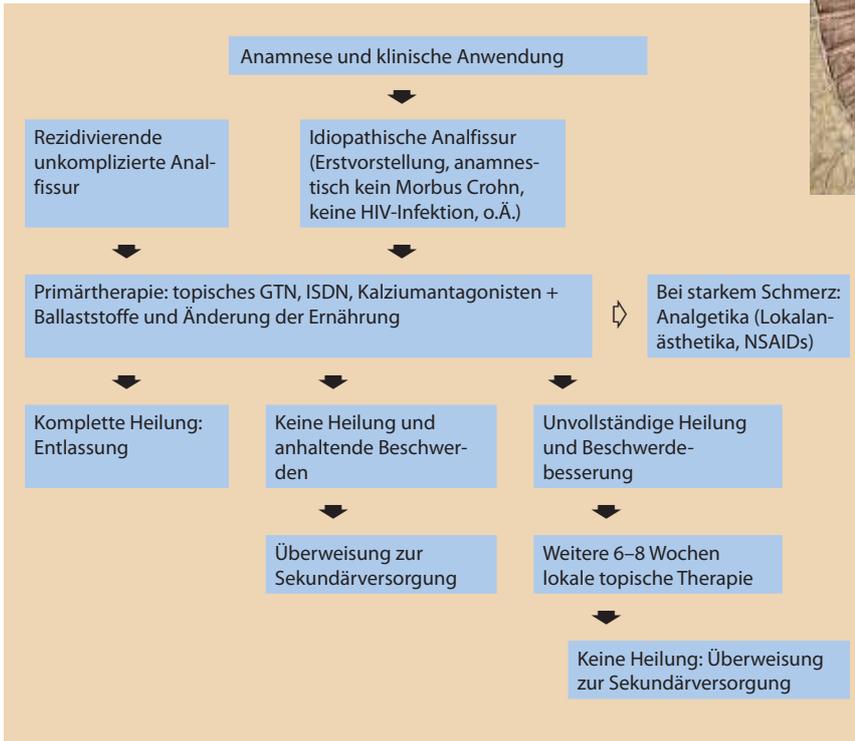


Abb. 2: Therapiealgorithmus zur Behandlung von Analfissuren bei Erstvorstellung (Primärversorgung)

Zur Behandlung der Analfissur werden auch Rezeptur-Salben eingesetzt, welche die Kalziumantagonisten Diltiazem oder Nifedipin enthalten. Das Wirkprinzip dieser Salben besteht ebenfalls in einer Senkung des analen Ruhedrucks, allerdings über einen anderen Mechanismus. Die Substanzen hemmen den Einstrom von Kalzium in die glatte Muskelzelle und verhindern so deren Kontraktion.

Es gibt bislang lediglich wenige, kleine, meist offene und unkontrollierte Studien, in der die Wirkung von Kalziumantagonisten untersucht wurden [19, 20]. In einer Untersuchung an 20 Patienten heilten bei Behandlung mit Kalziumantagonisten 50 % der Fissuren aus, bei Therapie mit einer 0,2 %igen GTN-haltigen Salbe dagegen 60 % [20]. Eine placebo-kontrollierte Doppelblindstudie existiert bislang weder für Nifedipin noch für Diltiazem.

Früher wurden zur Behandlung der Analfissur Salbenzubereitungen mit Hydrokortison oder einem Lokalanästhetikum eingesetzt, für die allerdings keine Wirkung auf die Heilung belegt ist und die daher nicht mehr verwendet werden sollten.

Botulinumtoxin

Der Einsatz von Botulinumtoxin bei der Analfissur beruht auf der Vorstellung, dass durch eine Lähmung von Sphinkteranteilen und damit durch Beseitigung des erhöhten Sphinktertonus das Gewebe wieder besser durchblutet werden kann. In der Regel werden 2,5 bis 5 IE Botox® oder 10 bis 20 E. Dysport® mit

einer Insulinspritze mit dünner Nadel in den internen Sphinkter injiziert. Botulinumtoxin hat keine Zulassung für die Analfissur. Zur Therapie mit Botulinumtoxin wurden bereits mehrere Studien durchgeführt, allerdings einige mit sehr kleinen Patientenzahlen. In der bislang größten Einzelstudie wurden 100 Patienten eingeschlossen [21] und mit 5 IE Botulinumtoxin behandelt. Hier konnte eine Heilung bei 82 % der Patienten erreicht werden. Allerdings kam es bei 8 % zu einem Rezidiv, die Studiendauer betrug nur acht Wochen.

Glyzerol-Trinitrat (GTN)-haltige Salben dürfen nicht gemeinsam mit anderen NO-Spendern oder Sildenafil eingesetzt werden.

Vergleichsstudien mit nitrathaltigen Salben kamen zu widersprüchlichen Resultaten: Während eine Studie hier eine klare Überlegenheit der Injektionstherapie sah [22], erbrachte eine kürzlich publizierte Studie, dass nach zweiwöchiger Therapie mit den Nitraten

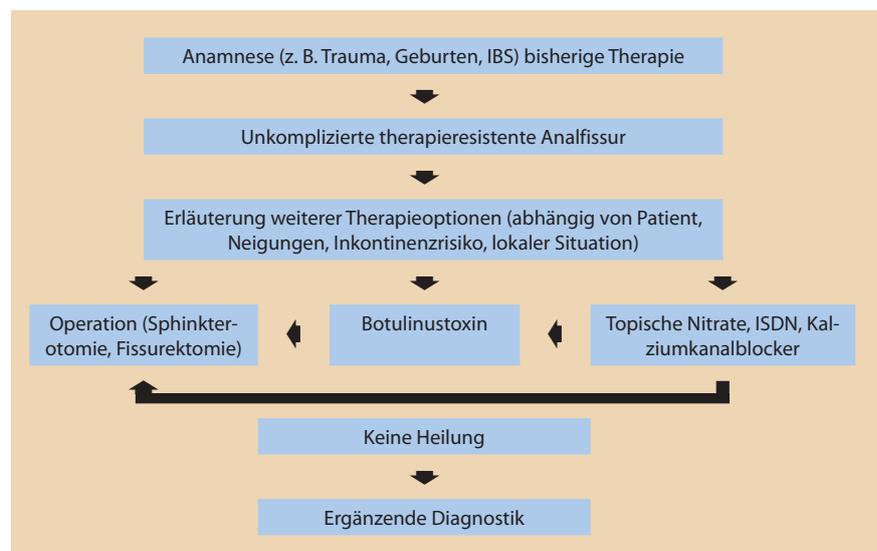


Abb. 3: Therapiealgorithmus zur Therapie von behandlungsresistenten Analfissuren (Sekundärversorgung)

52 %, bei den Botulinumtoxininjektionen dagegen nur 24 % der Fissuren zur Ausheilung kommen [23].

Enttäuschend sind vor allem die langfristigen Ergebnisse der Injektionen. Nach drei Jahren kommt es bei 55 % der mit Botulinumtoxin behandelten Fissuren zu einem erneuten Ausbruch [24]. Insgesamt ist die hohe Rezidivrate allerdings ein Manko, das allen konservativen Therapiemaßnahmen zu eigen ist. Diesbezüglich ist die operative Korrektur allen konservativen Maßnahmen überlegen. Dies muss jedoch in Relation zu den Risiken einer Operation (z. B. Inkontinenzrisiko) und dem deutlich höheren wirtschaftlichen Aufwand gesehen werden.

Therapieleitlinien

Seit dem Jahr 2006 gibt es eine europäische Therapierichtlinie zur Behand-

lung der Analfissur [10], in der sowohl Behandlungsalgorithmen für die Erstversorgung einer Analfissur, als auch für die Sekundärtherapie entwickelt wurden (Abb. 2 und 3).

Ist die Diagnose Analfissur (nach Ausschluss anderer Ursachen) gestellt, so wird bei der Erstvorstellung dazu geraten, die Therapie mit topischen Salben zunächst über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen durchzuführen. Zeitgleich sollte dem Patient eine ballaststoffreiche Ernährung empfohlen werden. Nach sechswöchiger Therapie und fortbestehenden Symptomen sollte der Patient der Sekundärtherapie zugeführt werden. Hat der Patient keine Beschwerden mehr, aber die Fissur ist noch nicht komplett abgeheilt, kann die topische Therapie noch auf weitere sechs bis acht Wochen ausgedehnt werden. Dieser relativ lange Zeitraum ist häufig

erforderlich, damit der Defekt effizient heilen kann.

In der Sekundärtherapie sollte man mit dem Patient besprechen, ob weitere Behandlungsversuche mit topischen Therapieoptionen angewandt werden sollen, oder auf invasivere Möglichkeiten wie Botulinumtoxin oder einen chirurgischen Eingriff zurückgegriffen wird. ■

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de

*Prof. Dr. med.
Heiner Kramer
Praxis für
Gastroenterologie und Ernährungsmedizin
End- und Dickdarmzentrum Mannheim
68165 Mannheim*