



Zur Problematik und Therapie von Analfisteln

Ein Krankheitsbild mit günstigen Therapiechancen

von Dr. med. Shafik Barsom

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 13/1990, Seite 7 - 9

Die Analfisteln stellen abnorme Kommunikationen des untersten Rektumabschnittes mit der äußeren Haut dar. Es gibt seltene, meist auf Mißbildungen beruhende Analfisteln, die den unteren Abschnitt des Darmes entweder auch mit der äußeren Haut oder mit Nachbarorganen (Blase, Urethra, Vagina) verbinden. Von diesen letzteren soll im folgenden nicht die Rede sein. Im voraus ist anzumerken, daß zu einer durchaus erfolgreichen Therapie der Analfisteln, auf die in diesem Beitrag später noch eingegangen wird, das SANUM-Präparat MUCOKEHL sich als wertvolle Therapiekomponente erwiesen hat. Es wird hierbei als Suppositorium verabreicht.

Die „typischen“ Analfisteln beruhen meist auf Durchbrüchen entzündlicher Prozesse von der Rektal- bzw. Analschleimhaut nach außen. Die häufigste Ursache der Analfisteln ist der periproktitische Abszeß. Die Abszeßhöhle verkleinert sich, ohne sich aber völlig zu schließen, so daß ein röhrenförmiger Gang von der Schleimhaut zur äußeren Haut übrig bleibt. Es sei übrigens auf die nicht ganz zu erklärende Tatsache hingewiesen, daß spontan perforierte periproktitische Abszesse viel häufiger Fisteln im Gefolge haben als operativ eröffnete.

Ursachen werden verschiedenartig gesehen

Viel erörtert ist die Frage, weshalb periproktitische Abszesse so häufig nicht vollkommen, sondern mit Fistelbildung ausheilen. Sehr verschiedene Umstände wurden als Ursache

angegeben. Meist wird die dauernde Infektion vom Darmlumen her beschuldigt. Die Berechtigung dieser Annahme kann nicht ohne weiteres zugegeben werden; denn andere Dickdarmfisteln, z.B. solche nach Appendizitiden oder nach Resten von Rektumkarzinomen, bei denen bekanntlich eine Nahtdehiszenz nicht immer zu vermeiden ist, schließen sich in den meisten Fällen spontan, obwohl auch sie einer dauernden Infektion durch den Kot ausgesetzt sind. Als seltene Ursache von Analfisteln sind beschrieben: Osteomyelitis des Schambeines und Perforation vereiterter Dermoidzysten der Fossa ischiorectalis. Die Erkenntnis, daß die Analfistel häufig bei Menschen vorkommt, die an einer Tuberkulose leiden, ist alt (Hippokrates). Die Bedeutung der Tuberkulose für die Genese der Fistel ist auch heute noch nicht eindeutig geklärt. Fraglos ist, daß viele Analfisteln tuberkulöser Natur sind. Nur über den prozentualen Zusammenhang gehen die Ansichten noch sehr auseinander.

Zur Anatomie der Analfisteln

Anatomisch unterscheidet man bei den Analfisteln allgemein drei verschiedene Arten:

1. Komplette Fisteln, d.h. solche, deren eine Öffnung in der äußeren Haut, deren andere in der Rektalschleimhaut liegt.
2. Inkomplette äußere Fisteln, die nur eine Öffnung in der äußeren Haut haben, ohne daß man eine Öffnung im Darmlumen findet.

3. Inkomplette innere Fisteln, d.h. solche, die schmal, divertikelähnlich vom Mastdarm in der Richtung zur äußeren Haut hin verlaufen, ohne aber die Oberfläche zu erreichen.

Die Entstehung der kompletten äußeren Fisteln nach den vom Darm ausgehenden und nach außen durchgebrochenen bzw. eröffneten periproktitischen Abszessen ist ohne weiteres verständlich, ebenso die Entstehung der inkompletten inneren Fisteln. Es muß angenommen werden, daß bei der Entstehung dieser Fisteln der verursachende periproktitische Abszeß ins Darmlumen durchgebrochen ist. Genetisch schwer zu erklären ist dagegen die inkomplette äußere Fistel. Es wird deswegen auch von manchen Autoren angenommen, daß es echte inkomplette äußere Fisteln nicht gibt, daß stets eine feine Verbindung mit der Schleimhaut vorhanden ist, deren Nachweis aber nicht immer gelingt. *Peiser* nimmt an, daß nur diejenigen periproktitischen Abszesse die mit der Mucosa bzw. Submucosa in Verbindung stehen (von ihm als Darmwandabszeß bezeichnet), zur Fistelbildung führen, während die andere, von ihm Darmrandabszeß genannte Erkrankung keine Fisteln zur Folge haben soll.

Wichtiger Aspekt für das therapeutische Vorgehen

Außerordentlich wichtig für die einzuschlagende Therapie ist die Lage der Fisteln zum Schließmuskelapparat. Man unterscheidet hierbei grundsätzlich intrasphinktere und extra-



sphinktere Fisteln. Mit den intrasphinkteren sind die Fisteln gemeint, deren beide Öffnungen, vom Rektum aus gesehen, innerhalb des Schließmuskelsringes liegen. Ihrer Lage nach entsprechen sie also vollkommen den oberflächlichen periproktitischen Abszessen, aus denen sie auch meist hervorgehen. Mit extrasphinkteren Fisteln sind die gemeint, die wiederum vom Rektum aus gesehen - außerhalb der Schließmuskeln verlaufen.

Bei diesen Fisteln unterscheidet man wiederum die ischiorektalen und die pelvirektalen Fisteln. Auch ihre Lage entspricht den gleichnamigen periproktitischen Abszessen. Demnach verlaufen die ischiorektalen Fisteln von der äußeren Haut durch das Fettgewebe der Fossa isciorectalis zur Darmwand hin, wo sie meist in der Pars sphincterica münden. Die pelvirektalen Fisteln verlaufen weiter senkrecht nach oben durch die ischiorektale Grube, durchbrechen das Diaphragma pelvis (Levator ani) und münden in den höher gelegenen Teil des Mastdarmes.

Außer den einfachen Fisteln gibt es auch solche, deren Gänge sich teilen und die demnach zum Darm oder zur äußeren Haut hin oder nach beiden Enden hin mehrfache Mündungen aufweisen. Man bezeichnet derartige Fisteln auch als komplizierte Fisteln. Besonders nach gonorrhöischen Proktiden sieht man nicht selten rings um den Anus herum zahlreiche Fistelmündungen, die untereinander wiederum kommunizieren und so manchmal wie ein Labyrinth das ganz periproktitische Gewebe durchsetzen.

Verschiedene Symptome der Analfisteln

Die Symptome der Analfisteln sind nach Art der Fisteln verschieden. Die intrasphinkteren Fisteln bestehen oft nahezu symptomlos. In anderen Fällen merkt der Träger nur stets eine gewisse Feuchtigkeit am After. Die

äußeren inkompletten Fisteln pflegen ebenfalls oft nur dadurch Beschwerden zu machen, daß sie den Kranken durch dauernde Sekretion belästigen. Als Folge der Sekretion können manchmal perianale Ekzeme und der lästige Pruritus ani auftreten. Im Gefolge dieser Zustände wiederum kommt es zu sekundären Veränderungen der Haut mit Furunkulose und fibröser Veränderung der Kutis.

Wesentlich unangenehmer als die übrigen Gruppen kann für den Träger die komplette extrasphinktere Fistel werden, indem durch diese abnorme Kommunikation des Rektums nach außen unwillkürlicher Gasabgang erfolgen und bei etwas weiterem Lumen der Fistelöffnung auch dünnflüssiger Kot austreten kann. Da auch um die innere Fistelöffnung herum stets eine Irritation der Schleimhaut vorhanden ist, klagen die Patienten nicht selten über ein Druckgefühl im After und über Tenesmen.

Ganz unbestimmte Beschwerden macht die inkomplette innere Fistel. Manchmal bemerken die Patienten nur Beimengungen von geringen Eiter- oder Blutspuren zum Stuhl oder auch eine dauernde geringe Sekretion aus dem Anus. Aber gerade in diesen Fistelgängen, die blindsackartig vom Darmlumen ausgehen, kommt es häufig zu Retentionen, die dann mit erneuter Anschwellung des die Fistel umgebenden Gewebes einhergehen. Das kann die Symptome eines periproktitischen Abszesses machen und führt auch manchmal zu neuen Abszessen.

Zur Diagnostik der verschiedenen Analfisteln

Die Diagnose derjenigen Analfisteln ist leicht, bei denen die äußere Öffnung deutlich erkennbar ist. Die Öffnung liegt bei den intrasphinkteren Fisteln meist in der unmittelbaren Umgebung des Anus, während sie bei den ischio- und pelvirektalen Fis-

teln etwas weiter entfernt, ja sogar auf der Höhe einer Gesäßbacke münden kann. Hier auf der äußeren Haut ist ihre Erkennung immer einfach. Die in den Analfalten liegenden äußeren Öffnungen der Fisteln sind jedoch leichter zu übersehen, zumal die Mündung oft nur punktförmig ist. Daher ist zu ihrer Auffindung genaueste Entfaltung des Anus notwendig. Manchmal gelingt es bei Druck mit dem in das Rektum eingeführten Finger einen Tropfen Sekret zu entleeren und sich dadurch die äußere Mündung zu Gesicht zu bringen.

Um den Verlauf und die Länge der Fistel festzustellen, führt man eine Sonde in den Gang ein. Diese Manipulation geschieht am besten so, daß man den Patienten auf die Seite legt, an der sich die Fistelmündung befindet. Man führt dann, falls es sich z.B. um eine linksseitige Fistel handelt, mit der linken Hand eine Sonde in die äußere Fistelöffnung ein und gleichzeitig den Zeigefinger der rechten Hand in den Anus. Bei vorsichtigem Vorschieben der Sonde fühlt man bald das Ende der Sonde im Rektum erscheinen oder - falls eine entsprechend große innere Öffnung nicht vorhanden ist - unter der Schleimhaut. Da der eingeführte Finger deutlich den Tonus des Schließmuskels fühlt, läßt es sich leicht feststellen, ob die Fistel innerhalb oder außerhalb der Sphinkteren verläuft.

Es sei übrigens erwähnt, daß es auch seltene Fisteln gibt, die durch einen Schließmuskel hindurch verlaufen. Wenn es nicht gelingt, die innere Fistelöffnung zu finden, kann man durch die äußere Öffnung einen Farbstoff injizieren, z.B. Methylenblaulösung, und dann im Rektoskop beobachten, ob und wo die Flüssigkeit in den Darm eindringt. Bei schwierigen, verzweigten Fisteln kann das Röntgenverfahren zu Hilfe genommen werden, wobei man in die Fistel ein Kontrastmittel einspritzt. Wo die Sondierung mit Metallsonden nicht gelingt, führt manch-



mal noch die Untersuchung mit weichen Sonden zum Ziel; recht brauchbar für diesen Zweck sind Einmal-Ureterenkatheter.

Große Schwierigkeiten kann die Diagnose der inkompletten inneren Fisteln machen. Da, wie erwähnt, auch ihr klinisches Bild sehr unbestimmt ist, lassen sie sich mit Sicherheit nicht allzu oft feststellen. Wenn man bei entsprechenden Klagen der Kranken mit Hilfe der Digitaluntersuchung im unteren Teil des Rektums eine kleine Induration der Schleimhaut fühlt und sich im Rektoskop den verdächtigen Punkt einstellt, kann es manchmal gelingen, die Öffnung an einem Sekrettropfen zu erkennen oder - was sehr schwierig sein kann - eine gebogene Sonde einzuführen.

Man unterlasse niemals, einen Kranken mit Analfistel genau auf Tuberkulose zu untersuchen, wenn die Entstehung aus dem akuten periproktitischen Abszeß nicht als sicher anzusehen ist. Die Diagnose der tuberkulösen Genese ist einfach, wenn es gelingt, im Ausstrichpräparat aus dem Fistelsekret Tuberkelbazillen nachzuweisen. Der negative Befund spricht jedoch durchaus nicht gegen das Bestehen einer Tuberkulose; denn sehr oft erweist die histologische Untersuchung der exzidierten Fisteln eindeutig ihren tuberkulösen Charakter, auch wenn eine Reihe sorgfältiger bakteriologischer Sekretuntersuchungen negativ verlief. Durch einfache Inspektion die tuber-

kulöse Fistel von der nichttuberkulösen Fistel zu unterscheiden, ist nur in sehr charakteristischen Fällen möglich.

Gute Therapiechancen bei Analfisteln

In meiner urologischen Praxis habe ich 37 Fälle von Analfisteln seit 1976 behandelt. Ich wende zur Therapie in erster Linie die Ozoninfiltration mit einem Ozon-Sauerstoff-Gemisch an. Der Gasdruck bei der Behandlung beträgt 0,4 bar bei einer Konzentration von 0,7 g/ml. Für eine Therapiedauer von 2 bis 3 Wochen wird die Infiltration an jedem zweiten Tag durchgeführt. Der Besserungseintritt wird schon nach ca. einer Woche beobachtet. Infiltriert werden ca. 20 cc mit Hilfe einer 12er Kanüle in die Fistel sowie in deren Umgebung. Durch diese Methode wurden viele Fisteln zur Heilung gebracht, auch rezidive.

Seit einiger Zeit wird eine wirkungsvolle Stützung des Therapieerfolges mit dem SANUM-Präparat MUCOKEHL erreicht, das den Patienten als Suppositorium gegeben wird, und zwar für die Dauer von 14 Tagen einmal des Abends. Die Patienten empfinden dadurch eine wesentliche Erleichterung, besonders wenn sie an inneren Hämorrhoiden als Begleiterkrankungen zu den Analfisteln leiden. Dieser günstige Effekt von MUCOKEHL geht sicherlich auf die bekannte Wirkung dieses Präparates zurück, die Blutviskosität herab-

zusetzen und damit schädliche Stauzustände abzubauen. Mit dieser Bedeutung hat sich MUCOKEHL ja auch schon allgemein als Mittel der Wahl gegen Hämorrhoiden erwiesen, auch im Zusammenhang mit Stauungen im Pfortadersystem.

Im Hinblick auf die schon erwähnte tuberkulöse Prädisposition bei manchen Patienten mit einer Analfistel, sollten im gegebenen Falle auch noch weitere SANUM-Mittel herangezogen werden. Maskierte Krankheitszustände der paratuberkulösen Art sind mit diesen Mitteln bekanntlich mit besonderem Erfolg therapeutisch anzugehen. Hierzu steht bei einer Prädisposition der genannten Art im Vordergrund das NIGERSAN, das für eine wirkungsvolle Behandlung dieser Disposition u.a. auch als Suppositorium verabreicht werden kann. Zur Stützung der bewährten Therapiewirkung dieser Mittel empfehlen sich weitere SANUM-Präparate, allem voran das NOTAKEHL, welches besonders bei entzündlichen Vorgängen indiziert ist. Verschiedentlich berichtet wurde auch schon über den erfolgreichen Einsatz von UTILIN „S“ bei Analfisteln der entsprechenden Genese. Bei Patienten mit Analfisteln ist nicht selten der Mineralstoffhaushalt zusätzlich zu sanieren. Mit all dem lassen sich Analfisteln auch ihren tiefer liegenden Ursachen nach durchaus günstig beeinflussen und zur Ausheilung bringen.