

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine Entzündung im Afterbereich kann akut oder chronisch verlaufen. Bei akutem Verlauf bildet sich im oder neben dem After ein Analabszess (Eiteransammlung), bei dem chronischen (schleichenden) Verlauf eine Analfistel. Die Analfistel stellt einen Gang (ähnlich einem dünnen Strohhalm) dar, der sich mit der Zeit aufgrund der Entzündung gebildet hat. Sehr oft ist eine Kombination beider Entzündungsvorgänge - also ein Abszess mit einer Fistel - vorhanden.

Oft betreffen diese Entzündungen den Schließmuskel selbst, was die Behandlung so anspruchsvoll macht. Behandelt man einen Abszess oder eine Fistel nicht (oder nicht ausreichend), dann führt die ständig vorhandene Entzündung mit der Zeit zu einer fortschreitenden Zerstörung des Schließmuskels, was am Ende die Stuhlhaltefähigkeit beeinträchtigen wird.

Sowohl der Abszess als auch die Fistel lassen sich nur durch eine Operation behandeln, es gibt keine Medikamente gegen dieses Leiden; auch Antibiotika können die Erkrankung nicht heilen, sondern kaschieren lediglich die Ausprägung; spätestens nach Absetzen der Antibiotika nehmen die Probleme wieder zu bzw. schreitet die Entzündung fort.

Das Ziel einer Abszess- bzw. Fistel-Operation besteht darin, die Entzündung zu entfernen, dabei aber die Schließmuskelfunktion (und damit die Stuhlhaltefähigkeit) zu erhalten. Es ist also keinesfalls besser, aus Angst vor einer möglichen OP-bedingten Schließmuskelverletzung die Entzündung einfach unbehandelt zu lassen! Denn dadurch dehnt sich diese aus und zerstört mit der Zeit den Schließmuskel. Genau dies zu verhindern ist Sinn und Zweck der Operation.

Im Falle eines akuten Abszesses ist unverzügliches Handeln geboten (also eine Notfall-Operation), da es neben der fortschreitenden Entzündung am Schließmuskel zu einer Fistelbildung und zu einem Übergriff der Entzündung auf den gesamten Körper kommen kann (Sepsis, „Blutvergiftung“).

Bei einer chronischen Entzündung bzw. Fistel ist die Operation meist nicht dringlich bzw. zeitlich planbar (einige Wochen). Allerdings kann sich aus einer chronischen Entzündung/Fistel prinzipiell jederzeit die akute Form (der Abszess) entwickeln, so dass man nicht allzu lange warten sollte.

In der Regel ist die Therapie bei einer Analfistel bzw. einem Abszess zweizeitig, also 2 Operationen. Im ersten Schritt muss das dem Schließmuskel benachbarte Entzündungsgewebe komplett entfernt werden - unter Schonung des Schließmuskels (da dieser ja bereits mehr oder weniger durch die Entzündung beeinträchtigt worden ist). Die Größe der Wunde richtet sich dabei nach dem Ausmaß der Entzündung und kann erst bei der Operation exakt festgelegt werden. Allerdings ist die Größe der Wunde weder für den Heilungsverlauf noch für evt. Schmerzen nach der Operation ausschlaggebend; entscheidend ist, dass die Entzündung komplett entfernt wird und somit eine weitere Schließmuskelschädigung verhindert wird!

Liegt eine („**einfache**“) Analfistel vor, so kann diese im günstigen Fall (wenn kein oder nur sehr wenig Schließmuskel beteiligt ist) in der gleichen OP entfernt werden, was mit sehr guten Heilungschancen (> 95 %) und einer extrem geringen Rate an Schließmuskelbeeinträchtigungen verbunden ist (und eine weitere Operation i. d. R. nicht benötigt wird). Eine möglicherweise vorliegende Schädigung des Schließmuskels ist dabei durch die Entzündung selbst ausgelöst und nicht durch eine von Spezialisten durchgeführte Operation!

Liegt eine („**komplizierte**“) Analfistel vor, welche größere Teile des Schließmuskels erfasst, so besteht theoretisch die Gefahr, „zuviel“ Schließmuskel zu verletzen, was wir selbstverständlich keinesfalls riskieren! In einem solchen Fall wird in den verbleibenden Entzündungsgang, der durch den Schließmuskel verläuft, eine dünne Gummifaden-Drainage eingelegt. Diese Drainage stört nicht wesentlich und ist wichtig, weil dadurch zum einen eine erneute akute Entzündung verhindert werden kann und zum anderen die bereits um den Schließmuskel vorhandene Entzündung abklingen kann, was mind. 3 Monate Zeit in Anspruch nimmt. Eine dann notwendige, zweite Operation hat das Ziel, den Fistelgang komplett und dauerhaft zu verschließen bzw. zu sanieren. Wichtig ist hierbei, dass es sich um eine planbare Operation handelt und Sie i. d. R. auch längere Zeit (Monate, Jahre) diese OP (aus beruflichen oder privaten Gründen) hinauszögern können; so lange der Gummifaden verbleibt, kommt es ja normalerweise zu keiner weiteren Entzündung bzw. Fistelausdehnung.

Ob bei Ihnen eine „einfache“ Fistel oder „komplizierte“ Fistel vorliegt, kann oft erst nach der ersten Operation definitiv festgestellt werden. Welche operativen Möglichkeiten bestehen, bei einer komplizierten Fistel eine endgültige Ausheilung zu erreichen, erfahren Sie auf der folgenden Seite. Natürlich können hier nicht sämtliche Details bzw. möglichen Sonderfälle umfassend besprochen werden und Ausnahmen (im positiven wie im negativen Sinne) gibt es in der Medizin immer. Weitere Details bzw. eventuelle Abweichungen werden natürlich mit Ihnen besprochen.

Vorgehen bei „komplizierten“ Analfisteln:

Die Erfolgs-Raten bei dem Verschluss komplizierter Analfisteln liegen mit den etablierten Verfahren bei ca. 75 %; d. h., die Operation führt bei einem von vier Patienten nicht zum gewünschten endgültigen Fistelverschluss bzw. nicht dem erhofften Erfolg. Dies liegt an der Tatsache, dass Muskel-Nähte relativ schlecht heilen. Hauptgründe dafür sind, dass der Muskel selbst nicht so stabil ist, wie man annehmen möchte; zudem liegt im Schließmuskelpbereich immer eine relativ hohe Gewebespannung vor, was das Auseinanderweichen der zusammengenähten Muskelstümpfe begünstigt. Sollte tatsächlich einige Tage bzw. Wochen nach einer solchen Operation eine Nahtdehizens (Auseinanderweichen der Muskelstümpfe) bzw. ein Naht-Ausriss auftreten, kann entweder bei kleiner Lücke die fortschreitende Wundheilung diese Lücke ohne weiteres Zutun schließen oder es muss ggf. ein erneuter Nahtverschluss nochmals versucht werden. Welche Option sinnvoll ist, muss der Operateur entscheiden. Heilt die Naht endgültig nicht, so ist nach einer „Erholungszeit“ des Gewebes meist ein erneuter Eingriff erforderlich. Es stehen mehrere Operations-Varianten zur Behandlung komplizierter Fisteln zur Verfügung. Hier finden Sie Erläuterungen zu den einzelnen Verfahren:

Plastischer Fistelverschluss mit Verschiebe-Lappen (Flap):

Hier wird der Fistelgang von außen bis an den Schließmuskel komplett ausgeschnitten und die Fistelreste entfernt. Dann erfolgt von innen das Ablösen eines Schleimhaut-Läppchens (eine Art Türflügel). Danach wird von außen das Loch (ehemalige Fistelöffnung) im Schließmuskel mit Nähten verschlossen, von innen wird am Ende das Läppchen vor die ehemalige Öffnung platziert und mittels Nähten fixiert. Hierbei wird kein Schließmuskel durchtrennt, die Heilungs-Chance liegt bei ca. 75 %.

Primäre Sphinkter-Rekonstruktion:

Der Fistelgang wird von außen bis an den Schließmuskel ausgeschält, dann wird der Schließmuskel von außen bis an den inneren Fisteldurchtritt durchtrennt. Sämtliches Fistelgewebe wird entfernt. Danach wird der durchtrennte Schließmuskelanteil mit Nähten in seiner ursprünglichen Form wieder hergestellt und abschließend von innen die Schleimhaut über dem genähten Muskel verschlossen. Eine Stuhlhalteschwäche kann durch dieses Verfahren wegen einer Raffung der Muskulatur sogar verbessert werden. Bei einer ausbleibenden Heilung bzw. Auseinanderweichen der Naht besteht aber das potentielle Risiko einer Stuhlhalteschwäche (weniger als 5%). Die Heilungs-Chance liegt bei ca. 85-90 %. Je weniger Muskel repariert werden muss, desto so besser die Heilungsergebnisse.

Fistel-Plug:

Diese Methode wird mit einem sich auflösenden Gewebematerial ausgeführt, das als Kegel geformt ist, der in den gesäuberten Fistelgang eingezogen und im Analkanal mit Nähten befestigt. Vorteilhaft ist, dass der Schließmuskel nicht angegriffen wird. Es sich um ein relativ neues Verfahren, die bisherigen Heilungs-Chancen liegen laut aktueller Studien bei ca. 50 %.

Fistel-Clip (OTSC):

Bei dieser neuen Methode wird die äußere Fistelöffnung nur etwas erweitert, der Fistelgang mit einer Spezialbürste gesäubert und dann von innen mittels eines Metallclips (Speziallegierung) verschlossen. Vorteile des Verfahrens sind die sehr kleine äußere Wunde verbunden mit einer geringen Schmerzintensität und die sehr gute Schonung des Schließmuskels. Da das Verfahren recht neu ist, stehen hier noch keine definitiven Erfolgsraten zur Verfügung.

Welche Variante bei Ihnen in Frage kommt, kann definitiv erst bei der Operation entschieden werden, da die Wahl des Verfahrens von vielen Faktoren abhängig gemacht werden muss. Sie selbst können sich das Verfahren deshalb auch nicht „aussuchen“. Darüber kann nur der Operateur entscheiden, der natürlich das größtmöglichen Erfolg versprechende Verfahren anwenden wird.

Wichtig für die Zeit nach der Operation ist, dass Sie sich mind. 4 Wochen (!) schonen (und somit sind Sie i. d. R. auch so lange krankgeschrieben). Das bedeutet Verzicht auf Sport und den Beckenboden belastende Tätigkeiten (Heben schwerer Lasten u. ä.). Natürlich müssen Sie nicht den ganzen Tag im Bett liegen, normale Tätigkeiten wie Essen kochen, gelegentlich sitzen, kurze Einkäufe usw. sind erlaubt.

Neben einer adäquaten Schmerzmedikation ist die Wundpflege sehr wichtig, wie auf unserem separaten Flyer erläutert. Ebenso ist es wichtig, dass der Stuhlgang gut geformt ist; nicht steinhart, aber auch nicht breiig-dünn. Oft ist die Einnahme von Flohsamenschalen (z. B. Mucofalk, Metamucil, Fluxlon o. a.) sinnvoll, am besten morgens und abends ein Eßlöffel in Wasser aufgelöst.