Kommentar von B. Strittmatter zu P.J. Gupta et al.**Closed Lateral Internal Sphincterotomy Versus Anal Sphincterolysis for Chronic Anal Fissure. A Prospective, Randomized, Controlled Trial**

in: coloproctology 2008;30:242–8 (Nr. 4) (DOI 10.1007/s00053-008-8023-8)

Die Analfissur ist eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Proktologie. Dennoch gibt es bei der Definition von akuter und chronischer Fissur, der Ätiopathogenese und auch im therapeutischen Vorgehen divergierende Auffassungen und Leitlinien. So wird die Fissur in der angloamerikanischen Literatur nach der Zeitdauer und in der deutschsprachigen über das Vorhandensein von Sekundärveränderungen definiert. Gerade die Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Fissur ist wichtig, da der Therapieansatz ein völlig anderer ist. Nach wie vor ist die Pathogenese der Fissur nicht gesichert; insbesondere stellt sich die Frage, ob der Sphinkterspasmus primär vorhanden oder sekundär reflektorisch durch den Schmerz bedingt ist.

Bei der Behandlung der Fissur gibt es in den letzten Jahren neue Entwicklungen mit Medikamenten, die ihren therapeutischen Ansatz in der Beseitigung des Sphinkterspasmus haben [1].

Im kommentierten Beitrag wird eine neue Methode zur operativen Fissurbehandlung beschrieben. In einer prospektiven Studie wird die klassische laterale Sphinkterotomie mit einer durch Fingerfragmentation der Muskulatur herbeigeführten Sphinkterolyse verglichen. Es werden 43 und 42 Patienten mit den jeweiligen Operationsverfahren prospektiv untersucht. Bei den Kriterien postoperativer Schmerz und Komplikationsrate sowie Fissurheilung ergeben sich bei beiden Methoden keine signifikanten Unterschiede, wobei in beiden Gruppen die Fissur nur in 95% der Fälle zur Abheilung kommt. Was mit den restlichen Patienten, bei denen die Fissur nicht abgeheilt ist, geschieht, wird nicht erwähnt.

Der Sphinkterruhetonus war in beiden Patientenkollektiven nach der Operation deutlich reduziert. Die Nachbeobachtungszeit dauert nur 54 Wochen, über die Kontinenzleistung werden zu diesem Zeitpunkt keine Angaben gemacht.

Aber gerade hier liegt die Problematik bei allen sphinkterdurchtrennenden Maßnahmen zur Behandlung der Analfissur.

Nach Sphinkterotomie kommt es nach einem Zeitraum von 5–10 Jahren bei bis zu 30% der Patienten zu Inkontinenzerscheinungen I.–II. Grades [2]. Gerade deshalb wurden in den letzten Jahren die Sphinkterotomie verlassen und die chronische Fissur mit alleiniger Fissurektomie behandelt. Bei der akuten Fissur ohne Sekundärveränderungen sind muskelrelaxierende Externa oder die Injektion von Botox® die Therapie der Wahl.

Insgesamt stellen die Autoren die Sphinkterolyse als Alternative zur Sphinkterotomie vor. Dies kann aber wegen der nicht zu kontrollierenden Muskelzerstörung und der zu erwartenden irreversiblen Sphinkterschädigung nicht empfohlen werden. Die geringen Fallzahlen und die kurzen Nachbeobachtungszeiten lassen auch keine abschließende Bewertung zu.

Literatur

1. Nelson R. A systematic review of medical therapy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2004;47:4422–31.
2. Hasse C, Brune M, Bachmann S, et al. Laterale, partielle Sphinkteromyotomie zur Therapie der chronischen Analfissur. *Chirurg* 2004;75:160–7.

Korrespondenzanschrift

Dr. Bernhard Strittmatter
Praxis für Koloproktologie
Wirthstraße 11A
79110 Freiburg
Telefon (+49/761) 2088200, Fax -289946
E-Mail: info@proktologie-heute.de

coloproctology 2008;30:249

DOI 10.1007/s00053-008-8025-6