

Unterschiedliche Erkrankungsbilder mit unterschiedlichen Schweregraden

Enddarmprobleme bei Morbus Crohn

Dr. med Frank Kolbus

Funktionell stellt der Enddarm mit seinen Anteilen des Kontinenzorgans den Abschluss des Verdauungstraktes nach außen dar. Er hat eine Länge von durchschnittlich 4–5 cm. Erkrankungen in diesem Bereich beeinflussen nicht selten die Stuhlhaltefähigkeit und haben damit eine erhebliche Relevanz für die Lebensqualität der Betroffenen. Bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist dieser Teil des Verdauungstraktes häufig betroffen.

30 Prozent erleiden als Erstmanifestation einen Befall des Enddarms. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung weisen 46 Prozent der Betroffenen eine anale Fistelung auf. Im Krankheitsverlauf von 10 Jahren muss knapp ein Drittel mit einer Erkrankung in diesem Bereich rechnen. Nach 20 Jahren steigt der Anteil auf 52 Prozent. Mit 83 Prozent ist der anale Crohn die häufigste Lokalisation für einen chirurgischen Eingriff (Intervention). Nach Operationen ist aufgrund der Chronizität des Grundleidens mit einem Wiederauf-

treten der Beschwerden mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Intervention bei mindestens 30–40 Prozent der Patienten zu rechnen. Andererseits können die Folgen chirurgischen Handelns durch Narbenbildung im Bereich des Analkanals oder durch direkte Schädigung der Schließmuskulatur ungünstigen Einfluss auf die Stuhlhaltefähigkeit nehmen. Hinzu kommt, dass knapp ein Viertel aller Patienten ohne aktive CED und ohne anale Beteiligung oder Voroperationen über fäkale (Stuhl-) Inkontinenzen klagt.

Marisken

Marisken heißen auch Vorpostenfalten und sind mit 37 Prozent die häufigste anale Manifestation des Morbus Crohn. Sie sind aber nicht spezifisch für diese Erkrankung. Vorpostenfalten bilden sich auch im Gefolge von Hämorrhoiden, Fissuren und bei Beckenbodensenkungen. Es sind Hautfalten am Übergang von Analkanal zur umgebenden Haut, die häufig mit Hämorrhoiden verwechselt werden. Bei einer deutlichen Größenzunahme führen sie zu einer Beeinträchtigung



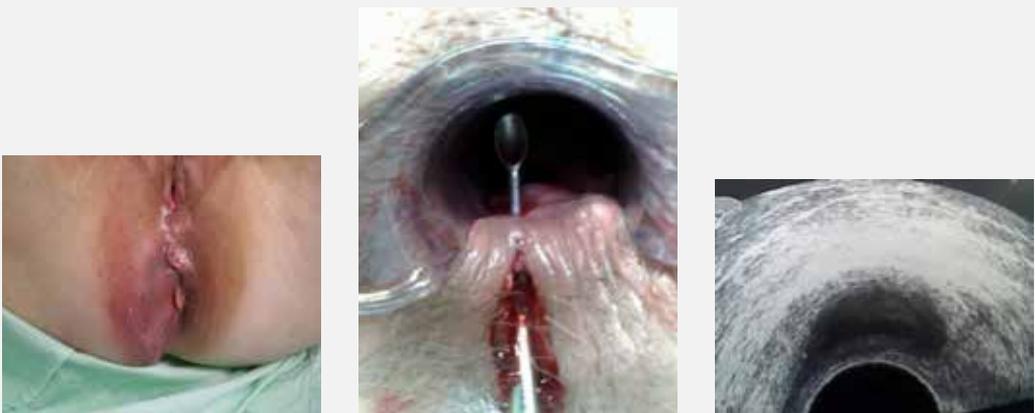
Abbildung 1 links: große Typ 2-Marisken bei CED und Psoriasis und dorsaler medianer Rhagade zum Steißbein hin; mittig: Typ 2 Mariske bei 0500 und 0700 Uhr; rechts: Typ I- Mariske (Elephantenohr).

der Hygiene und tragen zu entzündlichen Veränderungen der Analschleimhaut (Anoderm) bei. Ursächlich werden Lymphödeme der Haut diskutiert.

Marisken finden sich mit 75 Prozent häufiger bei Crohnpatienten als in Fällen mit Colitis ulcerosa (25 Prozent). Die sogenannten Elephantenohren (Abbildung 1 rechts)

unterscheiden sich durch eine eher rundliche Form, weichere Konsistenz und geringere Schmerzhaftigkeit vom zweiten Typ, bei dem entzündlich verdickte Hautfalten in Nachbarschaft zu Hämorrhoiden, Fissuren, Ulzerationen oder Entzündungen mit einer eher ödemartigen Beschaffenheit und Druckschmerzhaftigkeit auftreten. Ausge-

Abbildung 2 links: großer Analabszess mit Rötung und Schwellung; mittig: Abszedierung bei 0600 Uhr mit intersphinktäer Fistel; rechts: endorektaler Ultraschall mit Nachweis einer Abszedierung.



prägt ödematöse Mariskenschwellung weisen häufig auf einen intestinalen Befall hin. Wenn Marisken zu einer mechanischen Irritation der umgebenden Haut führen, an Größe zunehmen oder sich in unmittelbarer Nachbarschaft zu einer Fissur oder einem Ulcus befinden, stellen sie bei unzureichendem Erfolg einer lokalen Therapie eine Indikation zur chirurgischen Entfernung dar. Dabei werden die Marisken komplett entfernt und die Wunde wird in Regel offen gelassen und benötigt sechs bis acht Wochen bis zur vollständigen Abheilung. Bei Crohnpatienten kann die Wundheilungsdauer aber auch deutlich darüber hinausgehen.

Analabszess und Analfistel

Akutphase

Abszesse sind eitrige Entzündungen im Gewebe um den Analkanal. Ursächlich sind häufig bakterielle Entzündungen des Ausführungsgangs von Analdrüsen. Die Proktoealdrüsen wurden erstmals 1878 von Chiari beschrieben. Ihr Drüsenkörper liegt zwischen dem inneren und äußeren Schließmuskel. Ihre Ausführungsgänge münden transsphinktar in den analen Krypten in Höhe der Linea dentata am Übergang von mittleren zum oberen Analkanaldrittel. Beim Menschen sind sie nur rudimentär angelegt. Eitrige Entzündungen finden sich bei Crohnpatienten häufig auch ohne räumliche Beziehung zu den Proktoealdrüsen und außerhalb des Schließmuskels.

Die meisten Abszesse werden am Analrand durch Schwellung, Rötung und Schmerzen auffällig. Eine frühzeitige chirurgische Therapie ist angezeigt, um den zerstörerischen

Fortgang der Entzündung mit funktionellen Schäden im Bereich des Kontinenzorganes zu verhindern. Die Untersuchung sollte zeitnah in Narkose erfolgen. Intraoperativ kann die Anwendung von bildgebendem Ultraschall vom Analkanal aus Größe, Verlauf und Lagebeziehung des Prozesses zum Analkanal sicher klären und damit zur Planung der Operation beitragen. Die dreidimensionale (3-D) Betrachtung ermöglicht durch die räumliche Darstellung die Abbildung komplexer und verzweigter Entzündungsprozesse.

Ziele der Operation sind eine sichere Drainage (Ableitung der Wundflüssigkeiten) des Entzündungsgebietes durch hautsparende und gewebeschonende Schnitte (Inzisio-nen), die vorsichtige Suche nach Fisteln mittels Sondierung und Einspritzen von Farbstofflösungen sowie das Ausspülen des Wunddefektes mit antiseptischen Lösungen als Voraussetzung für einen schnellen Rückgang der entzündlichen Veränderungen postoperativ.

Dabei sollte die Indikation für das Einlegen von Fadendrainagen (Seton) in Fistelgänge großzügig gestellt werden. Es handelt sich um Gummizügel aus Silikon, deren Enden nach Einzug in den Fistelgang außen locker geknotet werden. Die Setons helfen das Entzündungsgebiet effektiv zu drainieren und beugen Rezidivabszessen vor. Nicht immer können bei Abszedierungen Fistelungen zum Analkanal gefunden werden. Postoperativ kann der Rückgang der lokalen Entzündung durch regelmäßiges Ausduschen und/ oder Sitzbäder, einem modernen Wundmanagement sowie durch Gabe von Antibiotika und pflegerischer Protektion der umgebenden Haut unterstützt werden. Die Tragedauer des

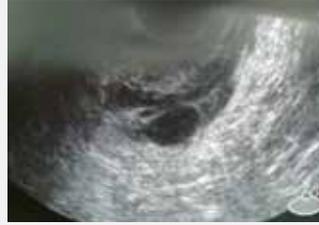


Abbildung 3

links: locker nach außen geknüpfter Seton (Faden-drainage) aus Silikon; rechts: endorektaler 3 D Ultraschall.

Setons hängt vom Verlauf der CED ab. Eine peri- und postoperative Gabe von Antibiotika ist in vielen Fällen sinnvoll.

Chronisches Stadium

Nach Beherrschung der Akutphase steht die Komplettierung der gastroenterologischen Diagnostik im Vordergrund. Analfall findet sich in 12 Prozent der Fälle gleichzeitig mit einem isolierten Dünndarmbefall und steigt, je weiter distal (hier: zum Rektum hin) die Läsionen im Intestinaltrakt liegen, auf 92 Prozent bei Lokalisation im Rektum.

In enger interdisziplinärer Absprache mit dem Gastroenterologen kann bei symptomatischen Fisteln der Versuch der definitiven Fistelheilung unternommen werden. Voraussetzung ist, dass das Rektum entzündungsfrei ist. Die Wahl des Operationsverfahrens ist individuell auf den Patienten bezogen und berücksichtigt u.a. die Länge und Größe der Fistel, ihre Lokalisation und die topografische Beziehung zum Schließmuskel, das Vorhandensein von Nebengängen, Voroperationen und bereits bestehende Einschränkungen der Schließmuskelfunktion.

Esexistiert eine Vielzahl von Klassifikationen zur **Typisierung von Analfisteln** mit dem Ziel einer Individualisierung der Therapiemaßnahmen.

Vereinfachend können entsprechend ihrer Komplexität Fisteln, die entweder ausschließlich unter der Analhaut (subanodermal) oder Schleimhaut (submukös) ohne Beteiligung des Schließmuskels verlaufen sowie kurzstreckige, einarmige (monokanalikuläre) Fisteln im unteren Drittel des Analkanals, die entweder nur den inneren Schließmuskel penetrieren (intersphinkitär) oder gar den inneren und äußeren Schließmuskel durchqueren (transsphinkitär) als einfache Fisteln klassifiziert werden. Alle übrigen Fisteln werden als komplex eingestuft. Dies gilt vor allem für Rezidivfisteln.

Einfache Fisteln können über ihren gesamten Verlauf gespalten und damit nach außen offen gelegt und einer offenen Wundbehandlung zugeführt werden. Rezidive nach Fistelspaltung treten bis zu acht Prozent bei Nachuntersuchungen nach bis zu 10 Jahren auf. Störungen der Kontinenzleistung werden bis zu 7 Prozent angegeben, nehmen aber mit dem Anteil der intraoperativ gespaltenen Schließmuskulatur zu. Komplexe Fisteln involvieren den Schließmuskel in einem Umfang, dass sie ohne postoperative Stuhlinkontinenz nicht gespalten werden können.

Bei den **plastischen Verfahren** wird die Fistel aus der Umgebung und dem Schließmuskel ausgeschält, der Schließmuskel vernäht

und der ehemalige Defekt mit Schleimhaut gedeckt. Voraussetzung für diese Operation ist eine lokale Entzündungsfreiheit des Operationsgebietes. Solche Operationen sollten immer durch den Einzug einer Fadendrainage vorbereitet werden, die dann u. U. bis zu mehreren Monaten getragen werden muss. Die Heilungsraten bei komplexen Crohnfisteln nach plastischem Fistelverschluss liegen zwischen 30 und 70 Prozent. Beeinträchtigungen der Kontinenzleistung treten postoperativ zwischen 5 und 20 Prozent auf.

Die Fistelspaltung auch komplexer Fisteln mit Durchtrennung und Wiederherstellung des Schließmuskels durch Naht ist eine Alternative zum plastischen Fistelverschluss. Für Patienten mit Crohnfisteln kann dieses Verfahren infolge mangelnder Erfahrung derzeit generell nicht empfohlen werden.

Neuere Verfahren zur Behandlung von Analfistel zeichnen sich durch eine geringe Invasivität aus und sind damit gewebeschonender. Ziel ist vor allem die geringe Beeinträchtigung der Kontinenzleistung postoperativ.

2006 wurde in Deutschland die Behandlung der Analfistel mittels Fistel-Plug eingeführt. Dabei handelt es sich um ein Fistelstäbchen, das nach Reinigung des Fistelganges in die Fistel eingezogen wird. Eine Fixierung am inneren Schließmuskel soll das Herausrutschen des Plugs aus dem Gang verhindern. Der Fistelplug stellt eine Art Platzhalter in der Fistel dar, der einerseits die Fistel weiter drainiert, andererseits den Organismus dazu anregt, eigenes Gewebe in den Plug einzuwachsen zu lassen und ihn damit aufzulösen. Dies geschieht über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten. Es entstehen postoperativ keine großen Wunddefekte. Geringe Schmerzen und eine fehlende Beeinträchtigung der Kontinenzleistung sind weitere Vorteile der Methode. Bei Crohn-Fisteln liegen die Abheilungsraten derzeit etwas enttäuschend durchschnittlich bei 30 Prozent. Dennoch kann bei besonders komplexen Fisteln der Plug eine Alternative darstellen. Eine neue Variante der Plug-Technik stellt die Permacoll-Paste dar. Diese Paste besteht aus Kollagen und wird mittels Spritze in den gereinigten

Abbildung 4

links: Einzug eines Fistelplug in eine transsphinktäre Analfistel; rechts: Langzeitfadendrainage bei komplexer Analfistel bei CED.



Fistelgang eingespritzt. Hohlräume und stark bogig verlaufende Fisteln können einfach mit dem Biomaterial aufgefüllt werden. Die pastöse Masse härtet dann binnen eines Tages aus und dient dann ebenfalls als Grundgerüst für das einwachsende körpereigene Gewebe. Die Handhabung ist noch einfacher als beim Fistelstäbchen. Es existieren aber keine Erfahrungen für Crohnpatienten, sodass eine Empfehlung zur Anwendung derzeit nicht gegeben werden kann. Gleiches gilt für den Fistelclip (OTSC), das Liftverfahren und die Stammzellinjektion.

Der **Zeitpunkt der Operation** sollte mit dem Gastroenterologen abgestimmt werden. Die Einleitung einer systemischen antientzündlichen medikamentösen Crohntherapie kann die Erfolgsaussichten einer Operation steigern. So sind sowohl für Immunsuppressiva als auch für TNF-Hemmer unter kontrollierten Bedingungen klinische Remissionen von Analfisteln beschrieben worden. Dies scheint nicht verwunderlich, da bereits Anfang der 1980er

Jahre die Rate der spontanen Abheilung insbesondere bei einfachen Crohnfisteln im Verlauf von 10 Jahren auf 38 Prozent beziffert wurde. So kann in Einzelfällen eine im abszedierenden Akutstadium mit Seton versorgte einfache Analfistel nach Einleitung einer medikamentösen Therapie und nach Rückgang der entzündlichen Veränderungen durch Entfernung des Setons ohne Operation vollständig ausheilen. Bei einem solchen Vorgehen müssen die Patienten die Möglichkeit haben, sich bei Eintreten von Rezidivabszessen zeitnah erneut vorstellen zu können. Diese für den Patienten sehr schöne Therapieoption bleibt aber Einzelfällen vorbehalten.

In nicht wenigen Fällen ist eine chirurgische Sanierung aufgrund der Komplexität des Fistelsystems, der entzündlichen Aktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankung, des ausgeprägten Befalls im Rektum oder auch infolge Voroperation nicht möglich. In diesen Fällen werden die Silikon drainagen auf Dauer in den Fisteln belassen (Langzeitseton). Entzündliche Veränderungen werden durch



Abbildung 5

links: Analfissur im Bereich der hinteren Zirkumferenz;
rechts: ausgeprägte Ulzeration und Infiltration perianal bei CED.

die permanente Sekretableitung, häufig auch in Kombination mit einer medikamentösen Therapie, vermindert. Die Silikondrainagen werden gut toleriert und helfen, die Lebensqualität der Patienten durch Symptomreduktion zu verbessern.

Anal fissuren

Anal fissuren gehören mit 19 bis 30 Prozent zu den häufigsten analen Crohnmanifestationen. Im akuten Zustand zeigt sich die Anal fissur als längsgerichteter Schleimhautdefekt im unteren Analkanal bis zum Analrand. Es handelt sich um sekundäre Fissuren, da sie als Folge entzündlicher Schleimhautschädigungen auftreten. Sie sind häufiger atypisch lokalisiert und können an mehreren Stellen gleichzeitig auftreten. Primäre Anal fissuren finden sich häufig mittig im Bereich der hinteren Zirkumferenz (innerer Umfang des Darms) bei ansonsten unauffälligem Analkanal. Im chronischen Stadium sind die Wundränder der Fissuren unterminiert und es finden sich vorgelagerte Marissen.

Crohnfissuren fallen durch Defäkationsschmerz und Blutung auf. Der größte Anteil heilt spontan ab. Weniger als 20 Prozent bleiben bestehen.

Bei gleichzeitig bestehender Verkrampfung des Schließmuskels werden Crohnfissuren der gleichen Behandlung unterzogen wie primäre Fissuren. Durch die Applikation von Externa (Salbe, Creme und Co.) mit muskelentspannender Wirkung wie Nitroglycerin oder Diltiazem als Wirkstoff wird der Schließmuskeltonus gesenkt und die Durchblutung

gesteigert. Ziel ist die Abheilung des Defektes. Besteht gleichzeitig eine Analkanalenge, kann zusätzlich eine Analdehnungsbehandlung durch den Patienten vorsichtig durchgeführt werden. Persistierende oder stark schmerzhafte Analfissuren sollten zum Ausschluss eines Abszesses oder einer Fistel einer Untersuchung in Narkose u.a. auch mit endorektalem Ultraschall zugeführt werden. Eine sparsame Exzision unter Mitnahme von Narbengewebe kann durchaus zur raschen Symptomlinderung und Ausheilung führen. Auf keinen Fall sollte eine Spaltung des inneren Schließmuskels zur Reduktion des Schließmuskeltonus erfolgen.

Ulzerationen

Ulzerationen im Analkanal treten in sechs Prozent der Fälle auf. Sie sind häufig verbunden mit einer ausgeprägten Schleimhautentzündung oberhalb des Analkanals (Proktitis). Sie unterscheiden sich von der Fissur durch größere Schleimhautdefekte mit erheblicher Zerstörung des Gewebes. Die Patienten leiden unter starken analen Schmerzen. Die Prognose ist ungünstig, da tiefe Ulzerationen das Auftreten von komplexen Fisteln mit Abszedierungen und Gewebeverhärtungen (Induration) mit nachfolgenden Analkanalengen begünstigt. Nach Ausschluss eines Karzinoms steht die antientzündliche medikamentöse Therapie im Vordergrund. Eine lokale Unterspritzung mit Corticoiden kann zur Symptomlinderung beitragen. In schweren Fällen kann ein den Analbereich durch frühere Ableitung des Stuhls entlastendes „Deviationsstoma“ zur Besserung beitragen.

Analstenose

Engen im Analkanal auf dem Hintergrund eines Morbus Crohn treten in neun Prozent der Fälle auf und korrelieren mit dem Ausmaß der Schleimhautentzündungen oberhalb des Anus. 40 Prozent der Patienten weisen eine zusätzliche Engstellung im übrigen Verdauungstrakt auf. Blutige Durchfälle und Defäkationsschmerzen bestimmen das Krankheitsbild. Je nach Ausmaß der Einengung besteht die Therapie in einer Eigendehnungsbehandlung durch den Patienten mittels Analdehner in Kombination mit der lokalen Applikation von entzündungshemmenden Schäumen und Einläufen zusätzlich zur systemischen Therapie. In vielen Fällen sind die Engen langstreckig und mittels Analdehner nicht zu erreichen. Operative Bougierung und Aufdehnung in Narkose sind dann das Mittel der Wahl. Kurzstreckige Engen können auch vom Darmlumen aus vorsichtig eingeschnitten (inzidiert) werden. Postoperativ muss der Patient die Dehnungsbehandlung fortführen. In schweren Fällen mit fast komplettem Verschluss des Lumen (Darmhohlraums) und mit rezidivierendem Verlauf bleibt als Alternative die Anlage eines Deviationsstomas.

Zusammenfassung

Der Morbus Crohn des Analkanals umfasst unterschiedliche Erkrankungsbilder mit unterschiedlichen Schweregraden. Es ist wichtig, diese lokalen Manifestationen als Teil einer systemischen Erkrankung, hier des Morbus Crohn, zu erkennen. Die dar-



Dr. med Frank Kolbus
Oberarzt der Abteilung Viszeralchirurgie im Diakonissenkrankenhaus Leipzig und Ambulantes Enddarmzentrum in der Mediplus Praxis Klinik Leipzig
E-Mail: Frank.Kolbus@ediacon.de

gestellten Manifestationen treten häufig auch in Kombination auf. Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung ist die enge Zusammenarbeit mit dem Gastroenterologen in der Komplettierung der Diagnostik und mit Einleitung einer systemischen anti-entzündlichen Therapie. Da die chirurgische Behandlung des Morbus Crohn immer nur die Beseitigung von Komplikationen zielt, sollte sie mit dem Fokus auf eine Verbesserung der Lebensqualität individuell auf den Patienten zugeschnitten sein. Für annähernd 60 Prozent der Patienten mit analem Morbus Crohn kann dieses Ziel interdisziplinär erreicht werden. ©