



## Definition

Als typische Analfistel bezeichnet man eine Fistel, die im Rahmen entzündlicher Erkrankungen des Analbereiches (Analkanal und After) entsteht. Am häufigsten entwickeln sich Fisteln nach Verletzungen (Fissuren) der Schleimhaut im Analbereich oder nach Entzündungen der Schleimhautdrüsen im Analkanal (Proktodealdrüsen). Dabei ist der Analabszess das akute, die Analfistel das chronische Stadium der Entzündung der Proktodealdrüsen.

## Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Man unterscheidet die Fisteln nach ihrem Verlauf in Bezug zur Muskulatur des Beckenbodens (vgl. folgende Abb.).

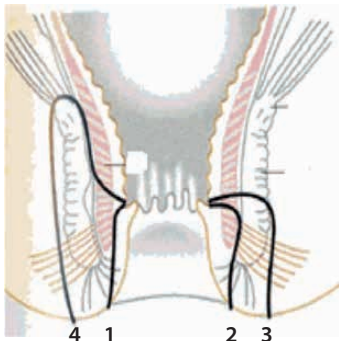


Abb: Verlauf von Analfisteln

- 1: Subkutane Analfistel
- 2: Intersphinktere Analfistel
- 3: Transsphinktere Analfistel
- 4: Suprasphinktere Analfistel

## Analfistel

<K 60.3>

**Subkutane Analfistel** (5-10%); „unter der Haut“:

Der Fistelgang (Nr. 1) nimmt seinen Ursprung an einer entzündeten Schleimhautvertiefung (sog. Krypte im Übergangsbereich von Mastdarm zu Analkanal) und verläuft direkt unterhalb der Analkanalhaut zu seiner äußeren Öffnung, ohne dabei den Schließmuskel (Sphinkter) zu durchbohren. In dieser Gruppe ist die Unterscheidung zu den submukösen Fisteln wichtig, die unter der Schleimhaut bis in den Mastdarm aufsteigen. Die submuköse Analfistel gehört zu den nicht typischen Fisteln und ist häufig bei der chronisch entzündlichen Dickdarmerkrankung Morbus Crohn<sup>1</sup>.

**Intersphinktere Analfistel** (50%); „zwischen dem Schließmuskel“: Diese Fistel ist mit 50% die häufigste Analfistel (Nr. 2). Sie durchbohrt den inneren Schließmuskel und verläuft zwischen dem inneren und äußeren Muskel zu ihrer äußeren Öffnung ohne den äußeren Schließmuskel zu durchziehen.

**Transsphinktere Analfistel** (30-40%); „durch den Schließmuskel“: Diese Fistel (Nr. 3) durchbohrt sowohl den inneren als auch den äußeren Schließmuskel, bevor sie zu ihrer äußeren Öffnung zieht. Je nach Durchtrittsstelle unterscheidet man die hohe (Durchtrittsstelle in der oberen Hälfte des äußeren Schließmuskels) und die tiefe (Durchtrittsstelle in der unteren Hälfte des äußeren Schließmuskels) transsphinktere Analfistel.

<sup>1</sup> Vgl. den Beitrag „Dickdarmentzündung bei Kindern“ in diesem Lexikon.

**Suprasphinktere Analfistel** (5%); „oberhalb des Schließmuskels“: Diese Fistel (Nr. 4) zieht entweder vor oder nach dem Durchtritt durch den inneren Schließmuskel in Richtung Mastdarm und durchbohrt einen Anteil der Beckenbodenmuskulatur, bevor sie in Richtung der äußeren Öffnung verläuft.

**Atypische Analfisteln** (ca. 5%); „nicht typisch“: Fisteln, die nicht vom Übergangsbereich Mastdarm/Analkanal (sog. Linea dentata) her ihren Ursprung haben, werden als atypisch bezeichnet. Sie kommen besonders häufig vor bei Morbus Crohn, bei bösartigen Tumoren (Karzinomen), nach Bestrahlung oder im Rahmen von Geschlechtskrankheiten. Sie werden nach ihrem Verlauf in extrasphinktere („außerhalb des Schließmuskels“; innere Fistelöffnung im Mastdarm oder im Sigma-Dickdarm) und rektoorganische Fisteln („Verbindung zu benachbartem Organ“; innere Öffnung in der Scheide oder Blase, seltener in der Harnröhre, Prostata oder im Harnleiter) unterteilt. Zum Beschwerdebild gehören bei den kompletten Fisteln (äußere und innere Fistelöffnung sichtbar) neben einer nach außen sichtbaren Fistelmündung die Ausscheidung von Drüsensekret (Nässen) mit Juckreiz im Afterbereich. Bei den inkompletten ist allerdings nur eine Öffnung innen oder außen sichtbar. Selten kann es zu Blutabsonderungen über die Fistel kommen. Durch das ständige Nässen kommt es häufig zu chronischen Ekzemen (Juckflechte). Bei großen Fisteln ist ein Kotabgang über die äußere Öffnung möglich. Bei Verschluss einer Öffnung kann es zu Druckgefühlen und Schmerzen bis zu dem Beschwerdevollbild eines Abszesses (gefangene Eiteransammlung) mit Fieber kommen.

## Diagnostik

Die Diagnose lässt sich meist schon durch einfache Betrachtung (äußere Öffnung) und Ertastung mit dem Finger (innere Öffnung) stellen. Häufig findet sich bei der Mastdarmspiegelung (Prokto- und Rektoskopie) im Bereich der inneren Öffnung eine druckschmerzhafte Stelle. Mit einer Sonde kann der Fistelgang zumindest teilweise untersucht und so der Fisteltyp (Verlauf der Fistel) bestimmt werden. Bei komplizierten Fistelverläufen sollte zur Klärung des Fistelverlaufs eine Ultraschalluntersuchung des Mastdarmes und des Analknals durchgeführt werden. Darüber hinaus steht die Magnetresonanztomographie zur Verfügung.

## Therapie

Beim Vorliegen eines Abszesses (gefangene Eiteransammlung) besteht eine dringende Notwendigkeit zu operieren. Die zum Teil sehr starken Schmerzen und die Gefahr einer Gewebsschädigung erfordern eine notfallmässige Entlastung. Bei den meisten Fisteln besteht eine solche dringende Operationsnotwendigkeit nicht, solange die Fisteln nicht ausufern und den Afterschließmuskel und damit die Stuhlkontrolle nicht gefährden. Allerdings sollte aufgrund der verminderten Lebensqualität, der Gefahr von wiederholten Abszessen und um überhaupt Heilung zu erzielen auch bei Fisteln eine Operation grosszügig empfohlen werden. Das Prinzip der Operation besteht in der Eröffnung oder in der Entfernung des Fistelganges abhängig vom jeweiligen Fisteltyp.

Autor: Dr. med. Pascal Jeanmonod

Klinik für Allgemeine Chirurgie,  
Visceral-, Gefäß- und Kinderchirurgie

Direktor:

Prof. Dr. Matthias Glanemann

Ambulanz:

Tel.: 06841 / 16-22619

