

Langzeitfadendrainage bei komplexen Analfisteln eines Morbus Crohn

Thornton M, Solomon MJ. Long-term indwelling seton for complex anal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2005;48:459–63.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel dieser Studie war die Aufarbeitung der Ergebnisse von Langzeitfadendrainagen oder Depezzar-Kathetern bei der Behandlung eines perianalen Morbus Crohn.

Patienten und Methodik: Es wurde eine retrospektive Aufarbeitung der Daten aus einer prospektiven erhobenen Datenbank mit endorektalen Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Bei allen Patienten erfolgte eine intraoperative endorektale Ultraschalldiagnostik, um den Verlauf der Fisteln zu identifizieren und die Dicke der Analkanalwand auszumessen. Die Fisteln wurden nach der Parks-Klassifikation eingeteilt. Anschließend wurde bei allen Patienten eine Fadendrainage oder ein Depezzar-Katheter unter Ultraschallkontrolle platziert. Alle Patienten wurden vom Hauptautor (Solomon) klinisch und mittels endorektalem Ultraschall nachbeobachtet. Als Verlaufskriterien wurden die lokale Kontrolle der Symptome, die Anzahl der bis zur Beschwerdefreiheit benötigten Operationen, Zeichen einer analen Inkontinenz und die Reduktion der Analkanalwanddicke erfasst.

Ergebnisse: Die Daten von 28 Patienten mit 43 komplexen perianalen Crohn-Fisteln wur-

den ausgewertet. Die mittlere Follow-up-Zeit betrug 13 (2–81) Monate. 21% der Patienten entwickelten rezidivierende oder neue perianale Symptome mit der Fadendrainage in situ. 11% der Patienten benötigten erneute chirurgische Eingriffe. Die mittlere Analkanalwanddicke zum Zeitpunkt der Diagnose betrug 18,5 mm und wurde auf einen Medianwert von 14 mm nach Anlage der Fadendrainage und erzielter lokaler Symptomkontrolle reduziert ($p < 0,02$). Kein Patient berichtete über eine Verschlechterung der analen Kontinenzleistung nach Anlage einer Fadendrainage. In einer Multivarianzanalyse waren das Alter des Patienten ($p < 0,005$), die Reduktion der Analkanalwanddicke nach der Fadendrainagenanlage ($p < 0,04$) sowie die Dauer des Follow-up ($p < 0,03$) wichtige Indikatoren der Langzeitsymptomkontrolle.

Schlussfolgerung: Die Langzeitfadendrainage ist eine effektive Behandlungsoption für komplexe anale Crohn-Fisteln ohne negative Beeinflussung der analen Kontinenz. Klinische Symptome und Verlauf stehen in engem Zusammenhang mit der Analkanalwanddicke, gemessen mittels endorektaler Ultraschalluntersuchung.

Kommentar

Die Behandlung der komplexen perianalen Crohn-Fisteln gehört weiterhin zu den Herausforderungen in der Proktologie sowohl in Bezug auf konservative als auch auf operative Therapieverfahren. Wie auch die Grunderkrankung

derzeit nicht geheilt werden kann, so ist auch eine definitive Beseitigung der Analfistel und der damit verbundenen perianalen Symptome nicht immer möglich.

Unterschieden werden sollte zwischen zwei Therapiezielen:

- die definitive Beseitigung der Fistel, z.B. durch Spaltung bei oberflächlichem Verlauf oder durch plastische Rekonstruktionsverfahren;
- die symptomorientierte Behandlung, entweder medikamentös (z.B. Metronidazol, Azathioprin, Infliximab) oder durch drainierende Maßnahmen.

Ziel der symptomatischen Behandlung ist insbesondere die Verhinderung einer erneuten Abszedierung in Verbindung mit Schmerzen und die Verringerung der störenden Sekretion. Grundsätzlich ist bei diesen minimalinvasiven Verfahren, die mit einer maximalen Sphinkterschonung verbunden sind, immer auch eine spätere definitive Beseitigung der Fistel durch einen operativen Eingriff möglich.

Diese Feststellungen gelten neben den kryptoglandulären Analfisteln natürlich gerade auch für die Crohn-Fisteln, bei denen in weit höherem Maße komplexe Fisteln mit Einbeziehung größerer Anteile des Sphinkters vorliegen und eine Proktitis und/oder Analstenose oft die plastische Rekonstruktion unmöglich macht.

In der vorliegenden australischen Studie schildern die Autoren ihre Ergebnisse der Fadendrainage als Langzeittherapie bei 28 Crohn-Patienten (20 weiblich, acht männlich; medianes Alter 36 (17–72) Jahre).

Der Fistelverlauf und mögliche Abszesshöhlen wurden mittels endorektalem Ultraschall dargestellt. Die Platzierung des Fadens erfolgte in Allgemeinanästhesie ohne weitere drainierende Maßnahmen. Lediglich bei acht Patienten mit großen Abszesshöhlen wurde ein Depezzar-Katheter eingelegt. (Dieser Begriff bleibt unklar und ist an keiner Stelle erklärt.) Überwiegend

wurden hohe Analfisteln (transsphinkter n = 10/43, suprasphinkter n = 19/43, rektovaginal n = 4/43) behandelt. Wie fünf extrasphinktere Analfisteln mittels Fadendrainage behandelt worden sind, ist mir unklar. Möglicherweise handelte es sich hier um perianale Fisteln ohne Verbindung zum Analkanal? Als medikamentöse Therapie erhielten lediglich zwei Patienten Infliximab.

Im Verlauf wurde bei zwei Patienten eine Rektumexstirpation bzw. eine Stomaanlage erforderlich. Bei weiteren sechs Patienten mit hohen Analfisteln stellten sich im Nachbeobachtungszeitraum erneute Symptome ein, wobei in drei Fällen eine operative Intervention erforderlich war. Die Dicke der Analwand wurde als Maß für die Crohn-Aktivität im Rektum herangezogen.

Zusammenfassend zeigt diese Studie den hohen Stellenwert der Fadenbehandlung auch als Langzeittherapie bei komplexen Crohn-Fisteln. Wie bereits oben dargestellt, ist die Therapie der analen Crohn-Fisteln wesentlich aufwendiger als die der kryptoglandulären. Während oberflächliche kryptoglanduläre Fisteln in der Regel problemlos gespalten werden können, sollte dieses Verfahren bei Crohn-Fisteln zurückhaltender eingesetzt werden, zumal weitere anale Eingriffe oder Resektionen an Dün- oder Dickdarm mit Beeinflussung der Kontinenzleistung bei der nicht heilbaren Erkrankung wahrscheinlich sind. Andererseits verhindert häufig die Komplexität der Fisteln (suprasphinkterer, verzweigter Verlauf), z.T. in Verbindung mit einer Crohn-Proktitis und/oder einer Analstenosierung, einen plastischen Verschluss, auch wenn dieser in ausgewählten Fällen bei einer Persistenz- bzw. Rezidivrate von ca. 20% ohne nennenswerte Beeinflussung

sung der Kontinenzleistung durchgeführt werden kann [1].

Vor diesem Hintergrund spielen die konservativen Verfahren eine wichtige Rolle. Insbesondere durch die Einführung des Tumor-Nekrose-Faktor- α -Inhibitors Infliximab steht eine Substanz zur Verfügung, die, ggf. in Kombination mit einer Immunsuppression, die Fisteln „austrocknen“ kann, d.h. die lästige Sekretion zum Verschwinden bringt, in der Regel ohne dass ein definitiver Verschluss erzielt wird. Hauptproblem ist die Notwendigkeit der wiederholten Anwendung dieser teuren Substanz [4].

Insbesondere im Rahmen einer operativen Abszessdrainage stellt sich deshalb die Frage der simultanen Platzierung eines Fadens als Langzeitdrainage, der die Fistel markiert und einen neuen Sekretstau verhindert. Ebenso wie die vorliegende Studie konnten bereits frühere Arbeiten die Effektivität der Fadenanlage als Langzeittherapie darstellen [2, 3, 6]. Entscheidender Vorteil ist die Schonung des Sphinkters. Die Notwendigkeit weiterer operativer Maßnahmen war in den vorliegenden Studien gering. Aus diesem Grund sollte die Fadendrainage als elektive Maßnahme mit dem Patienten besprochen werden, auch wenn die Darstellung und Sondierung des Fistelverlaufs, eine essentielle Bedingung für die Fadenplatzierung, nicht immer einfach sein dürfte.

Die optimale Therapie der analen Crohn-Fisteln muss deshalb in enger Kooperation mit den gastroenterologischen Kollegen erfolgen. Ziel sollte

die Kombination der Fadendrainage mit einer optimalen medikamentösen Therapie sein [5, 7]. Die Bedeutung der Fadendrainage als minimalinvasive Behandlungsmethode bei komplexen analen Crohn-Fisteln konnte in der vorliegenden guten Publikation dargestellt werden.

Literatur

1. Athanasiadis S, Kohler A, Weyand G, Nafe M, Kuprian A, Oladeinde I. Endoanale und transperineale kontinenzschonende Verschlusstechniken bei der chirurgischen Behandlung der Crohn-Fisteln. Eine prospektive Langzeitstudie bei 186 Patienten. *Chirurg* 1996;67:59–71.
2. Buchanan GN, Owen HA, Torkington J, Luniss PJ, Nicholls RJ, Cohen CR. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula. *Br J Surg* 2004;91:476–80.
3. Faucheron JL, Saint-Marc O, Guibert L, Parc R. Long-term seton drainage for high anal fistulas in Crohn's disease – a sphincter-saving operation? *Dis Colon Rectum* 1996;39:208–11.
4. McNamara DA, Brophy S, Hyland JM. Perianal Crohn's disease and infliximab therapy. *Surgeon* 2004;2:258–63.
5. Regueiro M, Mardini H. Treatment of perianal fistulizing Crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exam under anesthesia with seton placement. *Inflamm Bowel Dis* 2003;9:98–103.
6. Takesue Y, Ohge H, Yokoyama T, Murakami Y, Imamura Y, Sueda T. Long-term results of seton drainage on complex anal fistulae in patients with Crohn's disease. *J Gastroenterol* 2002;37:912–5.
7. Topstad DR, Panaccione R, Heine JA, Johnson DR, MacLean AR, Buie WD. Combined seton placement, infliximab infusion, and maintenance immunosuppressives improve healing rate in fistulizing anorectal Crohn's disease: a single center experience. *Dis Colon Rectum* 2003;46:577–83.

Dr. Andreas Ommer, Essen