

Vergleich isolierter Drainage vs. primärer sphinkterdurchtrennender Eingriffe bei anorektalen Fisteln/Abszessen

Metaanalyse randomisierter klinischer Studien

Quah H, Tang C, Eu K et al. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess–fistula. *Colorectal Dis* 2006;21: 602–609.

Fragestellung: Diese Metaanalyse wurde durchgeführt, um die Vorteile einer isolierten Drainage im Vergleich zu einem primären sphinkterdurchtrennenden Eingriff (einschließlich Fistulotomie und Fistulektomie) bei anorektalen Fisteln/Abszessen zu bestimmen.

Hintergrund: Eine gleichzeitige gezielte Behandlung zugrundeliegender Fisteln infizierter analer Drüsen zum Zeitpunkt der Drainage anorektaler Abszesse ist kontrovers, da dies mit einer höheren Inzidenz von Stuhlinkontinenz, Therapieversagen und Rezidiven in Verbindung gebracht wird.

Patienten und Methodik: Datenbankrecherchen von Medline, Embase und dem Cochrane Central Register of Controlled Trials identifizierten alle randomisierten kontrollierten Studien unter Verwendung der Suchbegriffe: anorektaler Abszess, anale Sepsis, Drainage, Fistulotomie, Fistulektomie oder Operation

von 1966 bis 2004. Die analysierten Ergebnisvariablen waren Rezidiv, fäkale Kontinenz und Wundheilungszeiten.

Ergebnisse: Fünf Studien waren für die Metaanalyse geeignet, mit insgesamt 405 Patienten. Sphinkterdurchtrennende Eingriffe bei anorektalen Abszessen resultierten in einer 83%igen Reduktion der Rezidivrate (relatives Risiko [RR] 0,17, 95% Konfidenzintervall [CI] 0,09–0,32, $p < 0,001$). Allerdings gab es eine Tendenz zu einem höheren Stuhlinkontinenzrisiko sowie Luftinkontinenz und Stuhlschmierern bei den primären sphinkterdurchtrennenden Eingriffen (RR 2,46, 95% CI 0,75–8,06, $p = 0,140$).

Schlussfolgerung: Es gibt keinen schlüssigen Nachweis dafür, ob eine einfache Drainage oder ein sphinkterdurchtrennender Eingriff bei der Behandlung anorektaler Fistelabszesse besser ist.

Kommentar

Die Autoren haben eine Metaanalyse gemacht von Studien, in denen die Abszessdrainage allein der Abszessdrainage mit gleichzeitiger Fistelspaltung gegenübergestellt wurde. Gegner der gleichzeitigen Fistulotomie argumentieren, dass nicht alle Abszesspatienten eine Fistel

entwickeln. Spaltung einer Fistel würde unnötig Kontinenzschaden anrichten [1–3]. Die Problematik bei den Abszessen ist, dass man bei der Abszessdrainage nicht immer eine Fistelöffnung finden kann: das variiert von 10 bis 80% [4–14]. Die Rezidivraten (Abszess und Fistel) nach alleiniger Abszessdrainage variieren ebenfalls: von 2 bis 91% [2, 3, 5, 6, 8,

9, 11, 14–16] Die Metaanalyse stellt fest, dass es nach Abszessdrainage und gleichzeitiger Fistelsanierung weniger häufig zu Rezidiven kommt als nach alleiniger Abszessdrainage. Die Inkontinenzrate ist höher. Es wurde ausgerechnet, dass 1176 Patienten notwendig sind, um in einer prospektiven, randomisierten Studie statistisch aussagekräftige Ergebnisse bezüglich Rezidiv/Inkontinenz zu registrieren. In die Metaanalyse wurden 5 Studien mit 405 Patienten aufgenommen. Eine mikrobiologische Differenzierung [3, 10, 12, 17–19]. fand in keiner Studie statt. Nur in einer Studie wurde vor Randomisierung eine innere Fistelöffnung in beiden Gruppen nachgewiesen. Dass Patienten nach gleichzeitiger Fistulotomie eine schlechtere Kontinenzfunktion postoperativ aufweisen, ist verständlich. Es wird leider nicht beschrieben, wie die Kontinenzfunktion sich verhält bei Patienten, bei denen nur eine Drainage erfolgt und bei denen später doch eine Fistulotomie durchgeführt wurde. Jede Abszessbildung „verzehrt“ auch Sphinktergewebe: dies führt nicht zu einer verbesserten Kontinenzleistung. Wenn die Fistulotomie später durchgeführt wird, kann es zu einer schlechteren Kontinenzfunktion kommen als bei der einzeitigen Fistulotomie. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die alleinige Drainage eines Abszesses eine sichere Methode ist, insbesondere in den Händen des Unerfahrenen, aber dass es mehr Rezidive gibt. Dieser Schlussfolgerung [16] kann der Kommentator sich anschließen. Nach Abszessdrainage sollte der Patient aber darüber aufgeklärt werden, dass es durchaus zu einer Fistel kommen könnte, die dann in einer zweiten Operation saniert werden muss.

Literatur

1. Schouten WR, Vroonhoven TJMV. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. *Dis Colon Rectum* 1991;34:60–3.
2. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscess or fistula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum* 1984;27:126–30.
3. Hämäläinen KJ, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1357–1362.
4. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum* 1979;22:566–8.
5. Waggener HU. Immediate fistulotomy in treatment of perianal abscess. *Surg Clin North Am* 1969;49:1227–33.
6. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscess and fistula: a study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum* 1984;27:593–7.
7. Lindell TD, Fletcher WS, Krippaehne WW. Anorectal suppurative disease. *Am J Surg* 1973;125: 189–94.
8. Kovalcik PJ, Peniston RL, Cross GH. Anorectal abscess. *Surg. Gynecol Obstet* 1979;149: 884–6.
9. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, Izbicki JR. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrences. *Dig Surg* 2000;17:274–8.
10. Henrichsen S, Christiansen J. Incidence of fistula-in-ano complicating anorectal sepsis: a prospective study. *Br J Surg* 1986;73:371–2.
11. Giebel GD, Pfeifer T, Krämer M. Die einzeitige Freilegung der Fistel bei der chirurgischen Behandlung des periproktitischen Abszesses. *Zentrbl Chir* 1991;116:775–80.
12. Buchan R, Grace RH. Anorectal suppuration: the results of treatment and the factors influencing the recurrence rate. *Brit J Surg* 1973;60:537–40.
13. Chrabot CM, Prasad ML, Abcarian H. Recurrent anorectal abscess. *Dis Colon Rectum* 1983;26:105–8.
14. Athanasiadis S, Fischbach N, Heumüller L, Marla B. Abszessexcision und primäre Fistulektomie als Initialtherapie des periproktitischen Abszesses. Eine prospektive Analyse bei 122 Patienten. *Chirurg* 1990;61:53–8.
15. Abcarian H. Acute suppurations of the anorectum. *Surg Ann* 1976;8:305.
16. Scoma JA, Salvati EP, Rubin RJ. Incidence of fistulas subsequent to anal abscess. *Dis Colon Rectum* 1974;17:357–9.
17. Grace RH, Harper IA, Thompson LG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistulo-in-ano. *Br J Surg* 1982;69:401–3.
18. Lunniss PJ, Phillips RKS. Surgical assessment of acute anorectal sepsis is a better predictor of fistula than microbiological analysis. *Br J Surg* 1994;81:368–9.
19. Whitehead SM, Leach RD, Eykyn SJ, Phillips I. The aetiology of perirectal sepsis. *Br J Surg* 1982;69:166–168.

Dr. med. Johannes Jongen, Kiel