

Einfache klinische Untersuchung sagt Komplexität der perianalen Fistel voraus

Becker A, Koltun L, Sayfan J. Simple clinical examination predicts complexity of perianal fistula. *Colorectal Dis* 2006;8:601–4.

Fragestellung und Hintergrund: Ziele der Studie waren die Untersuchung des diagnostischen Werts des Abstands zwischen der äußeren Öffnung der perianalen Fistel und dem Analrand sowie die Auswertung dieses Verhältnisses in Bezug auf den Fisteltyp. Die präoperative Einschätzung komplexer Fisteln ist wichtig für eine korrekte Planung der Behandlung.

Patienten und Methodik: 115 konsekutive Patienten mit perianalen Fisteloperationen wurden prospektiv untersucht. Der Abstand zwischen der äußeren Öffnung der perianalen Fistel und dem Analrand wurde gemessen. Die Lokalisation der externen Öffnung, die demographischen und krankengeschichtlichen Daten wurden zu den Charakteristika der Fisteln in Beziehung gesetzt. Die Datenanalyse erfolgte unter Anwendung des Statistikpakets SPSS. Die Assoziation zwischen den kategorischen Variablen wurde mit dem χ^2 -Test oder dem Fisher-Exakt-Test für kleine Gruppen untersucht. Der Vergleich durchgängiger Variablen zwischen beiden Gruppen wurde mit dem t-Test analysiert.

Ergebnisse: Der mittlere Abstand zwischen der äußeren Öffnung und dem Analrand bei einfachen Fisteln betrug 2,8 cm (1,5–4,3, SD 0,689) und bei komplexen Fisteln 4,4 cm (3,5–6,0, SD 0,526). Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,0001$). Alter und frühere Operationen (insbesondere versuchte endgültige Eingriffe) standen auch signifikant in Bezug zur Komplexität der Fistel. Die Daten bezüglich Lage und Richtung der Fisteltrakte bestätigen die Gültigkeit der Goodsall'schen Regel.

Schlussfolgerung: Eine einfache präoperative klinische Untersuchung kann verlässlich die Komplexität einer perianalen Fistel vorhersagen. Das Erkennen dieser Patienten erlaubt eine Selektion der Fälle, die eine spezifische differenzierte präoperative Untersuchung bekommen sollten. Die erste endgültige Operation ist sehr wichtig für die Gewährleistung eines erfolgreichen Ergebnisses, daher kann so eine präoperative Selektion auch eine gezielte Überweisung an ein spezialisiertes kolorektales Team ermöglichen.

Kommentar

Ziel dieser prospektiven Studie ist es, bei kryptogenen Perianalfisteln präoperativ die diagnostische Wertigkeit des Abstandes des äußeren Fistelostiums zum Analrand zu beurteilen. Entsprechend der Parks-Klassifikation perianaler Fisteln haben die Autoren eine Einteilung in „einfache“ (n = 84: subanodermale und intersphinktäre) und

„komplexe“ (n = 31: trans-, extra- und suprasphinktäre) Fisteln vorgenommen. Basierend auf der chirurgischen Erfahrung sollte der „klinische Eindruck“ des Untersuchers diese Differenzierung ermöglichen und damit über eventl. erforderliche weiterführende diagnostische Maßnahmen entscheiden. Intraoperativ wurde die Zuordnung des Fisteltyps in einfache oder komplexe Verläufe reevaluiert bzw. verifiziert.

In der Analyse der Daten von insgesamt 115 Patienten finden sich in der Gruppe mit komplexen im Vergleich zu einfachen Fistelverläufen ein signifikant höheres Patientenalter (44 vs. 37,6 Jahre), häufigere Voroperationen mit kurativer Zielsetzung (3,3 vs. 1,2 Operationen) und eine signifikant größere Entfernung der äußeren Fistelöffnung zum Analrand (4,4 vs. 2,8 cm). Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass die Kombination aus demographischen und anamnestischen Angaben in Verbindung mit der Abstandsmessung (Analrand zu externem Fistelostium) eine Unterscheidung zwischen einfachen und komplexen Fistelverläufen gestattet; diese präoperative Einschätzung entscheidet dann über die weitere Therapieplanung (evtl. ergänzende Diagnostik bzw. Vorstellung beim Spezialisten). Ferner bestätigen Becker et al. mit ihren Daten die Gültigkeit der Goodsall'schen Regel.

In der vorliegenden Publikation werden einige Fragen zu diesem Themenkreis nicht diskutiert. Folgt man der in der Arbeit vorgestellten Hypothese, die in der Distanz der äußeren Fistelöffnung zum Analrand ein Kriterium für die Komplexität perianaler Fisteln postuliert, so überrascht, dass keine Korrelation zur Körperfülle (z.B. BMI [Body-Mass-Index]) angestrebt wird. Dies wäre insbesondere bei den äußeren Fistelostien, die nicht streng anterior oder posterior (SSL) lokalisiert sind, wünschenswert.

Der Palpationsbefund, der häufig durch eine Induration auf Höhe der Linea dentata das innere Fistelostium vermuten lässt oder – bei subanodermale tastbarem Fistelgang – eine Fisteltypisierung erlaubt, bleibt unberücksichtigt [1]. Die Proktoskopie samt Sondierung

der Kryptenregion mittels einer Haken-sonde bzw. der vorsichtige Versuch einer Sondierung des etablierten Fistelganges, ggf. mit Einspritzen einer verdünnten Farbstofflösung [4] zum erleichterten Aufsuchen des inneren Ostiums bzw. von Nebengängen bei einem Fistelsystem (B- und C-Formen nach Parks), findet in dieser Arbeit keinen Eingang in die primäre oder intraoperative Diagnostik.

Der endoanale Ultraschall (EUS) ist für die Therapieplanung perianaler Fisteln weit verbreitet [2] und erreicht in der Hand des Erfahrenen (ggf. unter Einsatz kontrastverstärkender Agenzien, z.B. H₂O₂) zuverlässig und ohne Belastung für den Patienten eine Treffsicherheit von > 90% [5] bezüglich der Fisteltypisierung nach Parks.

Für den Koloproktologen ist eine Klassifikation kryptogener perianaler Fisteln (nach Parks) meist ohne erweiterte Diagnostik möglich. Entsprechend dem Titel der Arbeit basiert diese im Wesentlichen auf der klinischen Untersuchung, gestützt durch den EUS. Ergänzend kann bei Rezidiv bzw. komplexem Fistelsystem die digitale MR-Subtraktionsfistulographie [3] zusätzliche Informationen liefern.

Die von den Autoren vorgestellten Kriterien zur Unterscheidung einfacher und komplexer Perianalfisteln (Distanz des externen Ostiums zum Analrand, demographische und anamnestische Daten) erscheinen im Vergleich zu den nicht dokumentierten, aber essentiellen Befunden einer vollständigen klinischen Untersuchung (inkl. Palpation, Proktoskopie, ggf. auch in Narkose bzw. ergänzend der EUS) bedeutungslos.

Literatur

1. Köhler A, Athanasiadis S, Psarakis E. Die Analfistel. *Coloproctology* 1997;19:186.
2. Leppert R, Sailer M, Fuchs KH, et al. Die endosonographische Darstellung der Analfistel und des Analabszesses und deren anatomische Beziehung zum Kontinenzorgan. *Coloproctology* 1994;16:327.
3. Schäfer O, Lohrmann C, Kreisel W, et al. Differentiation of perianal fistulas with digital subtraction magnetic resonance fistulography. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:383.
4. Strittmatter B. Analfisteln und Abszesse. *Wien Med Wochenschr* 2004;154:65.
5. Felt-Bersma RJF, Cazemier M. Endsonography in anorectal disease: an overview. *Scand J Gastroenterol* 2006;243:Suppl:165.

Dr. Alex Furtwängler, Freiburg