

Eine vergleichende Pilotstudie über Fissurektomie/Diltiazemsalbe und Fissurektomie/Botulinumtoxin bei der Behandlung chronischer Analfissuren

Für Sie gelesen:

Arthur J, Makin C, El-Sayed T et al (2008) A pilot comparative study of fissurectomy/diltiazem and fissurectomy/botulinum toxin in the treatment of chronic anal fissure. *Tech Coloproctol* 12:331–336

Fragestellung und Hintergrund. Es werden die Kurzzeitresultate einer Pilotstudie zum Vergleich von Fissurektomie mit Botulinumtoxin A (BTA) und Fissurektomie mit Diltiazemsalbe (DTC) bei der Behandlung chronischer Analfissuren (CAF) berichtet.

Die Behandlung einer CAF mit Fissurektomie und BTA-Injektion resultiert in einer Heilungsrate, die höher ist als 90%. Die BTA-Injektion kann jedoch Inkontinenz und eine perianale Entzündung hervorrufen. Der Rückgang des Sphinkterdrucks nach der lokalen Behandlung mit 2%iger DTC ist vergleichbar dem nach einer BTA-Injektion, jedoch mit potenziell weniger Komplikationen und mit geringerem Kostenaufwand.

Patienten und Methodik. Die aufgezeichneten Ergebnisse bei CAF nach der Behandlung mit den beiden Methoden wurden retrospektiv analysiert. Die Patienten unterzogen sich entweder einer Fissurektomie mit anschließender Injektion von 40 E BTA in den internen Sphinkter (Gruppe A) oder einer Fissurektomie und folgender perianaler Applikation von DTC 2-mal täglich für 8 Wochen (Gruppe B). Rückgang der Symptome und Nebenwirkungen der Behandlung wurden

bei der ersten Nachuntersuchung verglichen.

Ergebnisse. Demografische Daten, Fissurcharakteristika sowie die Anzahl der Geburten waren in beiden Gruppen vergleichbar. Nach einem medianen Beobachtungszeitraum von 12 Wochen (8–20 Wochen) fanden sich in beiden Gruppen ähnliche Raten eines vollständigen Symptomrückgangs (Gruppe A 25/28, 89,3%; Gruppe B 19/23, 82,6%; $p=0,7739$) bei geringen Nebenwirkungen.

Schlussfolgerung. In dieser kleinen Pilotstudie resultierte eine Fissurektomie in Kombination mit einer chemischen Sphinkterotomie in hohen kurzfristigen Fissurheilungsraten. Die Studie legt auch nahe, dass eine Fissurektomie, gefolgt von einer 8-wöchigen Behandlung mit lokaler DTC, in der Behandlung von CAF genauso gut sein kann wie eine Fissurektomie mit BTA-Injektion. Hierzu ist eine prospektive Studie mit adäquater Auslegung zur Beurteilung der Signifikanz von Unterschieden notwendig.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit von Arthur et al. beschreibt in einer retrospektiven Erhebung die operative Therapie der CAF durch eine Fissurektomie, verbunden mit einer postoperativen Behandlung entweder durch lokale Applikation von 2%iger DTC oder durch Injektion von 40 E BTA. Als primärer Endpunkt der Erhebung

wird die Linderung der präoperativen Symptome, wie Schmerzen während der Defäkation und perianale Blutungen, angegeben. Ausdrücklich kein primärer Endpunkt ist die komplette Ausheilung der Fissurektomiewunde. Präoperativ werden beide Gruppen entweder mit GTN- (Glyceroltrinitrat-)Salbe oder mit 2%iger DTC für 6 Wochen lokal behandelt. Bei Beschwerdepersistenz erfolgt die Entscheidung zur Operation. Operativ werden nur die fibrotischen Ränder der CAF sowie die hypertrophe Papille und die Vorpostenfalte entfernt. Der Fissurgrund wird kürettiert, ohne dabei den Musculus sphincter ani internus zu verletzen.

Indikation zur Abkehr von der Standardmethode der lateralen Sphinkterotomie sind die guten Ergebnisse der chemischen Sphinkterotomie mit lokaler Applikation mit relaxierenden Medikamenten. Dabei wird berichtet, dass „more recently“ auch Botulinumtoxin zur Anwendung kam. Hier bleiben u. a. die Arbeiten von Jost & Schimrigk [1, 2] unerwähnt, die bereits 1993 über die erfolgreiche Verwendung von Botulinumtoxin in der Therapie der Analfissur berichtet haben.

Da beide Arme der Erhebung mit einer Besserung von 89,3% in der BTA-Gruppe und 82,6% in der DTC-Gruppe keine statistisch signifikanten Unterschiede im Ergebnis nach durchschnittlich 12-wöchiger Nachbeobachtungszeit zeigen, folgern die Autoren, dass beide Therapieschemata zumindest ebenbürtig sind und kein Vorteil der postoperativen BTA-Behandlung

gegenüber einer Behandlung mit 2%iger DTC besteht.

Diese Arbeit aus Großbritannien ist umso erstaunlicher, als bereits im ersten Satz der Einleitung betont wird, die laterale Sphinkterotomie sei der „Goldstandard“ in der Behandlung der CAF. Dies steht im krassen Gegensatz zu der besonders im deutschen Sprachgebiet gängigen Praxis, bei der chronischen, konservativ therapieresistenten Analfissur eine reine Fissurektomie ohne Verletzung des internen Schließmuskels durchzuführen. Insbesondere die Arbeit von Hasse et al. [3] aus dem Jahr 2004 hat hier an über 200 Patienten aufzeigen können, dass die Inkontinenzrate nach lateraler Sphinkterotomie weit über der einer gesunden Vergleichsgruppe lag. So gesehen

stellt die kommentierte Arbeit eine vielversprechende Annäherung der Methodik im englischsprachigen Raum an die hierzulande bevorzugte Technik dar. In dem Artikel wird jedoch zu Recht betont, dass keinerlei kontrollierte Studien neueren Datums zum Outcome der reinen Fissurektomie ohne Sphinkterotomie existieren – ein Manko, das seit Jahren auch in den deutschen Fachgesellschaften diskutiert wird. Die Autoren schließen folgerichtig, dass der nächste Schritt eine kontrollierte Langzeitstudie mit einem dritten Arm sein sollte, in dem die reine Fissurektomie gegen die Fissurektomie mit folgender medikamentöser Sphinkterotomie verglichen werden muss. Interessant wird sein, ob durch die Ergebnisse dieser und der evtl. folgenden Arbeiten tatsäch-

lich ein Paradigmenwechsel im englischsprachigen Raum zur operativen Therapie der CAF mit Angleichung an das Vorgehen hierzulande erfolgen wird.

Korrespondenzadresse

Dr. G. Kolbert
edh - End- und Dickdarmzentrum Hannover
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover
g.kolbert@edh.de

Literatur

1. Jost WH, Schimrigk K (1993) Use of botulinum toxin in anal fissure. *Dis Colon Rectum* 36:974
2. Jost WH, Schimrigk K (1995) Botulinum toxin in therapy of anal fissure. *Lancet* 345:188–189
3. Hasse C, Brune M, Bachmann S et al (2004) Laterale, partielle Sphinkteromyotomie zur Therapie der chronischen Analfissur. *Chirurg* 75:160–167

coloproctology 2010 · 32:188–189
DOI 10.1007/s00053-010-0100-0
Online publiziert: 12. Mai 2010
© Urban & Vogel 2010

A. Furtwängler

Praxisklinik 2000, Freiburg i. Br.

Langzeitergebnisse nach Gummibandligatur bei Hämorrhoiden

Für Sie gelesen:

Forlini A, Manzelli A, Quaresima S et al (2009) Long-term result after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 24:1007–1010

Fragestellung und Hintergrund. Diese Arbeit analysiert retrospektiv die Kurz- und Langzeitergebnisse einer monozentrischen Patientenserie nach Gummibandligaturen als etablierte, ambulant durchzuführende Methode zur Behandlung eines Hämorrhoidalleidens.

Patienten und Methodik. Zwischen 1982 und 1989 wurden 206 konsekutive Patienten wegen eines Hämorrhoidalleidens 2.

und 3. Grades mit Gummibandligaturen behandelt. Dabei wurden zwei oder drei Hämorrhoidalknoten in einer Sitzung ligiert. Alle Patienten wurden nach 1 Monat und 1 Jahr systematisch nachuntersucht. Nach 10 bzw. 17 Jahren wurden alle Patienten telefonisch kontaktiert, um den Verlauf zu kontrollieren.

Ergebnisse. Die Kurzzeitbeobachtung nach 1 Monat und 1 Jahr zeigte, dass 46% der Patienten 24 h nach dem Eingriff moderate anale Schmerzen verspürten; 2 Patienten (1%) wurden wegen starker Schmerzen stationär versorgt und innerhalb weniger Tage einer Hämorrhoidektomie zugeführt. Nur 2,4% der Patienten hatten

nach 1 Woche rektale Blutungen, bei 20% der Patienten erfolgte nach 1 Monat eine zweite Ligatur.

Bei der Nachuntersuchung nach 1 Jahr berichteten 90% der Patienten mit Hämorrhoiden 2. Grades und 75% der Patienten mit Hämorrhoiden 3. Grades über keine Restsymptome. Bei der telefonischen Langzeitkontrolle nach 10 und 17 Jahren konnten die Ergebnisse von 138 Patienten (67%) ausgewertet werden. Aus diesem Kollektiv war eine Gruppe von 69% asymptotisch, 28% der Patienten wiesen Restsymptome auf, und bei 3% war eine weitere Operation notwendig.