

# Spotlight

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Claudia Pfoehler**

Universitätsklinikum des Saarlandes  
Klinik für Dermatologie,  
Venerologie und Allergologie  
66421 Homburg/Saar  
claudia.pfoehler@uks.eu

## Chronische Analfissur und konservative Therapie

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 189**

Analfissuren sind längliche, ulkusähnliche Defekte im Anoderm, die vor allem in jungem und mittlerem Lebensalter häufig auftreten und die durch starke Schmerzen, Juckreiz und Blutungen charakterisiert sind. Krammer et al. beleuchten in ihrem Artikel konservative Therapiemaßnahmen der Analfissur, wobei insbesondere auf die Ergebnisse einer im Jahr 2006 veröffentlichten Cochrane-Metaanalyse eingegangen wird. Als konservative Therapie der Wahl hat sich in den letzten Jahren die topische Therapie mit nitrat-haltigen (Glycerl-Tri-Nitrat, GTN oder Iso-Sorbidi-Nitrat, ISDN) Salben herauskristallisiert, die über eine Reduktion des analen Ruhedrucks mit daraus resultierender verbesserter Durchblutung zu einer Abheilung bei zwei Drittel der behandelten Patienten führt. Die Schmerzreduktion tritt rasch ein, die behandelten Patienten hatten signifikant geringergradig ausgeprägte Schmerzen bzw. waren im Vergleich zu Placebo deutlich rascher schmerzfrei. Auf dem Markt steht ein Fertigarzneimittel zur Verfügung, zudem besteht die Möglichkeit die Wirkstoffe in Magistralrezepturen einzuarbeiten. Nebenwirkungen dieser Therapie können Kopfschmerzen und Hypotonie sein, die in der Regel aber gut beherrsch- bzw. behandelbar sind. Wirksam sind auch topische Präparationen mit Kalziumantagonisten und die Injektion von Botulinumtoxin in den internen Sphinkter, die Datenlage ist diesbezüglich aber schlechter und die Therapie insbesondere im Falle von Botulinumtoxin auch nebenwirkungsreicher und teurer. Operative Maßnahmen der Analfissur sind zwar weiterhin überlegen wirksam und Rezidive treten nach operativer Therapie seltener auf, dennoch treten operative Eingriffe aufgrund des größeren Aufwandes verbunden mit Inkontinenzgefahr bei guter Wirksamkeit von GTN-haltigen Präparaten mehr und mehr in den Hintergrund.

## Proktologische Wundbehandlung

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 198**

Die postoperative Wundversorgung nach proktochirurgischen Eingriffen besitzt im Vergleich zur Behandlung von Wunden anderer operativer Disziplinen einige Besonderheiten. Grundsätzlich stellt die offene Wundbehandlung mit sekundärer Wundheilung den Regel- und nicht den Ausnahmefall dar. Aufgrund der nicht abzuwendenden Stuhlkontamination sind proktochirurgische Wunden grundsätzlich als kontaminiert bzw. septisch zu betrachten. Die Zeit bis zur vollständigen Abheilung der Wunden beträgt in der Regel mindestens mehrere Wochen. Evidenzbasierte Therapieansätze zur Behandlung finden sich in der Literatur kaum, praktikable Hinweise finden sich aber in dem auf Initiative des Berufsverbandes der Koloproktologen Deutschlands veröffentlichten „Leitfaden und Empfehlungen für die Hygiene in der Koloproktologie – Teil 2“, dessen Aktualisierung für das laufende Jahr geplant ist und dessen Empfehlungen im Artikel beleuchtet werden. Stoll beschreibt eingehend die Besonderheiten der proktochirurgischen Wundversorgung. Ein Ausduschen der Wundflächen ist der Durchführung von Sitzbädern zur Vermeidung von Durchfeuchtung vorzuziehen, die unkritische Anwendung von Antiseptika, Antibiotika und Wirkstoffen mit allergisierendem Potenzial sollte unterbleiben. Die sensiblen Wundränder sollten vor Mazeration durch Auftragen von Zinkpaste geschützt werden, bei der notwendigen Analgesie sollte möglichst auf obstipierende Opiate verzichtet werden. Ziel der Stuhlregulierung sollte eine geformte Stuhlkonsistenz sein, wobei bei der Gabe von Laxantien Vorsicht geboten ist. Von besonderer Wichtigkeit für den Heilungsverlauf ist die fachgerechte chirurgische Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung, hier kann zur Verkürzung des Heilungsprozesses gemeinsam mit dem Patienten auch ein rekonstruktives Vorgehen gewählt werden. Bei allen Operationen ist auf einen ausreichenden Sekretabfluss zu achten, der Erhalt der Sphinkterfunktion und der Kontinenz ist durch regelmäßige digitale, leicht dehnende Wundkontrolle zu überprüfen. Narbenkorrekturen oder Nachoperationen sollten von wenigen Ausnahmen abgesehen erst nach weitgehender Abheilung und Rückgang der Entzündung erfolgen.