

3 Analabszess

Synonyme:

Periproktaler (20), periproktitischer, periproktischer, periproktaler (22), paraproktischer, paraproktitischer, paraanaler, perinaler Abszess

■ Definition

Eiteransammlung in einer Gewebehöhle in Anus- und/oder Rektumnähe.

■ Anatomie

Analabszesse sind Eiteransammlungen unter der Haut perianal, neben dem Rektum und/oder im kleinen Becken. Analabszesse werden entsprechend ihrer anatomischen Beziehung zur Haut und den Muskeln des Rektums und des Anus als perianal, submukös, subkutan, intersphinkterisch, extrasphinkterisch (23), ischiorektal und supralevatorisch bezeichnet (9).

■ Ursache und Pathophysiologie

Warum eine Person einen Analabszess entwickelt, ist nicht bekannt. Durch eine ascendierende Infektion in den proktodäalen Drüsen-schläuchen (13, 23), die in Höhe der Linea dentata ihren Ausführungsgang haben, soll es zu einer Eiteransammlung kommen, die sich neben, zwischen, ober- und unterhalb der Sphinkteren und der Muskulatur des Rektums ausbreitet und schließlich einen Weg nach außen zur Haut sucht. Das geschieht am häufigsten zur perianalen Haut, aber auch entlang des Rektums.

Hat sich der Eiter spontan oder durch operative Intervention entleert, kann ein Fistelgang zurückbleiben. Meist findet sich im Abstrich ein Gemisch aerober und anaerober Keime, während in Analfisteln häufiger Keime aus dem Darm, v.a. E. coli und B. fragilis vorkommen (9).

■ Symptome, Diagnostik und klinisches Bild

Anfänglich ist oft ein unbestimmtes Druck- oder **Schmerzgefühl** in der Aftergegend vorhanden. Manchmal berichten Patienten von einem plötzlich, aus heiterem Himmel aufgetretenen Schmerz. Nimmt dieser zu, kann jeder Schritt, jede Bewegung zur Qual werden; sich zu setzen ist unmöglich. Der Patient zieht es vor, auch im Arztzimmer, trotz der Aufforderung Platz zu nehmen, stehen zu bleiben. Je oberflächlicher der Abszess, desto eher sind Rötung, weißlich-helle Verfärbung, Anschwellung und lokale Überwärmung der Haut in der Afterumgebung (Abb. 3.1 bis Abb. 3.8).

Gelegentlich kann es zu einer vom Patienten angeblich nicht bemerkten Perforation in der Umgebung des Afters kommen. Dann wird ein Nässen angegeben, ohne dass sich die Betroffenen an einen Perforationsschmerz erinnern können. Wenn äußerlich keine Schwellung erkennbar ist, lässt sich manchmal palpatorisch neben dem After, im Analkanal peri- oder intraanal eine derbe, bei Berührung äußerst schmerzhaft, Resistenz tasten. Dabei kann es sich um einen sich entwickelnden Analabszess handeln. Bei einem solchen Befund ist Abwarten ohne Lokalthherapie geboten. Man bestellt den Patienten zu einer kurzfristigen Kontrolluntersuchung und schärft ihm ein, bei Zunahme der Beschwerden sofort in die Praxis zu kommen.



Abb. 3.1 Linkslateral neben dem Aftereingang eine gerötete, bei Berührung äußerst druckschmerzhaft Anhebung. Analabszess bei einem 28-jährigen Patienten.



Abb. 3.2 Bei diesem 42-jährigen Patienten bestand seit 1 Woche ein Schmerz am After, der sich allmählich zu einem heftigen Schmerz steigerte. Auffällig sind das Mariskenödem und die unscharf begrenzte Rötung der Perianalregion: Analabszess.



Abb. 3.3 Die Zuweisungsdiagnose des 44-jährigen Patienten lautete: Hämorrhoiden. Einige Tage habe er starke Schmerzen am After gehabt, die ganz plötzlich verschwunden waren, woraufhin der After dauernd feucht gewesen sei. Man sieht Eiterreste und eine Anhebung an der posterioren Kommissur mit einer 2 mm breiten Öffnung, aus der sich Eiter entleert: spontan perforierter Analabszess.



Abb. 3.4 Ein beständig zunehmender Schmerz in der rechten Gesäßhälfte quälte diesen 62-jährigen Patienten. Rechtslateral neben dem Afereingang Rötung und Schwellung. Diagnose: Perianalabszess.



Abb. 3.5 Stärkste Schmerzen in der Analregion hatte diese 24-jährige Patientin. An der posterioren Kommissur 30–40 mm lange Anhebung, radiär auf den Anus zulaufend. Direkt am After ist die dort befindliche Mariske entzündlich aufgetrieben. Nur wenige Millimeter daneben findet sich auf dem Kamm der entzündlichen Schwellung eine Spannungsblase, Durchmesser etwa 3 mm. An dieser Stelle könnte jederzeit die Spontanperforation und Eiterentleerung eintreten: Analabszess kurz vor der Perforation.



Abb. 3.6 Gegenüber der Umgebung ist die Region der posterioren Kommissur deutlich heller und auch angehoben bei dieser 37-jährigen Patientin. Sie zeigt den an die Oberfläche drängenden Analabszess an.

Ein halbes Jahr nach einer Operation eines Analabszesses finden sich perianal breite Narbenzüge (Abb. 3.9), die jedoch zu keiner Funktionseinbuße führen, allenfalls kosmetisch stören können.



Symptome/Befund

Typisch für einen Analabszess ist ein unbestimmtes Druck- oder Schmerzgefühl im Bereich des After; der oft starke **Schmerz** kann ganz plötzlich auftreten. Nach einer evtl. spontanen Ruptur, die vom Patienten möglicherweise nicht bemerkt wird, führt **Eiteraustritt** oft zum Nässen. Analabszesse oder -fisteln sind häufig eine **Begleiterkrankung** z. B. entzündlicher Darmerkrankungen.

■ Differenzialdiagnose

Die Früherkennung eines Perianalabszesses kann äußerst schwierig, die Symptomatik nach Schwere und Verlauf sehr unterschiedlich sein (20).

Schmerz ohne entsprechenden Befund. Kommt der Patient mit der Angabe heftiger analer Schmerzen und man findet bei der proktologischen Untersuchung nichts Auffälliges, außer z. B. innere Hämorrhoiden, die partiell in das Proktoskop prolabieren, ist man möglicherweise geneigt, den angegebenen Schmerz nicht allzu ernst zu nehmen, weil der proktologische Befund keine Erklärung für die geäußerte Schmerzhaftigkeit bietet.

In dieser Situation ist **Vorsicht** geboten. Man klärt den Patienten darüber auf, dass der Befund unklar sei, sich aber jeder-



Abb. 3.7 Seit mehreren Tagen spürte dieser 63-jährige Mann einen zunehmenden analen Schmerz. An der posterioren Zirkumferenz ist eine isolierte Mariske ödematös aufgetrieben als Ausdruck der lokalen Entzündung. Etwas weiter peripher erscheint die Analhaut angehoben, gerötet und zentral hell: Posteriorer Analabszess kurz vor der Perforation.



Abb. 3.8 Vom Aftereingang mindestens 20 mm entfernt zeigt sich eine blau-rötliche, glänzende Anhebung von größter Schmerzhaftigkeit bei Berührung; 29-jähriger Mann mit Analabszess.



Abb. 3.9 Zustand nach Operation eines perianalen Abszesses vor 6 Monaten: Breite Narbenbildung ohne Funktionseinbuße bei einem 30-jährigen Mann.



Abb. 3.10 Ein 43-jähriger Mann klagte über unerträgliche Schmerzen am After. Der Lokalbefund ist eher geringfügig: An der posterioren Kommissur ist eine winzige Öffnung (Fistelausgang?), daneben eine Schwellung und Rötung der Analhaut: akuter Analabszess.

zeit ändern könne und er bei Zunahme der Schmerzen sofort zu einer Kontrolluntersuchung kommen solle. Nach einem kurzen Zeitintervall von einem halben oder einem Tag stellt sich der Lokalbefund möglicherweise schon ganz anders dar. Die für den Analabszess typische, helle, umschriebene Färbung und Anhebung der Analhaut an der Stelle, an welcher der Eiter die Haut zu penetrieren droht, ist dann meist deutlich sichtbar. Oft ist die lokale Überwärmung und extreme Schmerzhaftigkeit bei der Palpation stark ausgeprägt.

Eine winzige perianale Öffnung mit einer öfFnungsnahen Schwellung und Rötung der Analhaut deutet auf eine Analfistel-Vorgeschichte kombiniert mit einem akuten Analabszess hin (Abb. 3.10).

Analabszess und -fistel kommen bei Patienten mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung vor, besonders bei der **Crohn-Krankheit** (Enteritis regionalis Crohn) (6, 11, 21, 24). Es wurden Einzelfälle beschrieben, die alle Zeichen eines perianalen Abszesses boten, sich jedoch als sehr seltene **perianale Tumoren** herausstellten wie Leiomyom, Angiomyxom bzw. muzinöses Adenokarzinom (2).

Breitet sich die Infektion transsphinkter in die großräumigen Ischiorektalräume aus, kann das Entzündungsgeschehen über Wochen maskiert verlaufen und wird dann beispielsweise als schmerzhaftes **Lumbo-Ischialgie-Syndrom** aufgefasst (28).

Auch eine primäre **perianale Aktinomykose** ist eine seltene und v.a. unerwartete Ursache für einen fistelnden Analabszess (5). Aktinomyzes ist oft ein saprophytischer Keim. Die Infektion bezieht offenbar gern das Skrotum ein. Die Diagnose wird histologisch gestellt. Eine wässrig-eitrige Sekretion spricht für eine Aktinomykose. Die Therapie besteht in chirurgischer Drainage kombiniert mit Antibiotikagabe (5).

■ Häufigkeit und Epidemiologie

Häufig ist der perianale, selten der ischiorektale Abszess (4). Es gibt jedoch keine zuverlässigen Daten über die Häufigkeit von Analabszessen. Da schon die Bezeichnungen der Abszesse sehr variiert, sind Häufigkeitsangaben nur mit großen Vorbehalten möglich (20).

Kinder können sowohl an Analabszessen wie an Analfisteln erkranken (14). Bis zu 50% der Analabszesse von Kindern heilen nach Abszessspaltung ohne Folgen ab, bei 25–50% kommt es zur Ausbildung einer Analfistel (7, 9).

■ Therapie

Die Therapie des Analabszesses ist **chirurgisch** (ubi pus ibi evacua) und kann fast immer in der Praxis vorgenommen werden (1, 15). Hierzu wird die Infiltration mit einem Lokalanästhetikum, evtl. mit Epinephrine-Zusatz, empfohlen, gefolgt von einer kreuzförmigen Inzision an der Stelle, wo der Abszess sich am meisten vorwölbt (15). Die transanale Ultraschalluntersuchung (Endosonographie) kann eine diagnostisch-therapeutische Hilfe bedeuten (1, 10).

Wenn sichtbar ist, wo der Eiter nach außen durchbrechen will, ist dies die optimale Stelle für das Skalpell (Abb. 3.11a, b). Beim Nachweis einer Fluktuation sollte die **Eiterentleerung** an dieser Stelle durch radiäre, wetzsteinförmige Exzision der Haut über dem Abszess vorgenommen werden, sodass Eiter und Wundsekret auch nach der Abszessöffnung abfließen können (Abb. 3.12a–f).

Tamponaden der Abszesshöhle behindern den Eiterabfluss (Abb. 3.13a–c). Drainage wie Tamponade machen schmerzhafte Verbandswechsel nötig und stören die Wundheilung (18). Der **Verband** muss ausfließendes Sekret aufnehmen, weshalb in den ersten postoperativen Tagen häufige Verbandswechsel nötig sind. In einer randomisierten Studie wurde das Ausstopfen der Abszesshöhle durch einen Streifenverband mit dem Offenlassen der Wundhöhle verglichen. Dabei ergab sich kein Unterschied bezüglich Wundheilung, Abszessrezidiv und Anzahl aufgetretener Fisteln (25).

Lässt sich bei der Abszessöffnung die **zugrunde liegende Fistel** zweifelsfrei darstellen, ist ihre synchrone Sanierung grundsätzlich anzustreben. Bestehen Zweifel an der radikalen Exzidierbarkeit der Fistel und sind die Beziehungen zum Sphinktersystem schwer einzuschätzen, stellt eine Fadendrainage des Fistelgangs eine Hilfsmaßnahme dar. Dann kann nach etwa 10–14 Tagen die Situation zumeist eindeutig geklärt und die Fistel zweizeitig exzidiert werden (28).

Nach den Ergebnissen einer randomisierten Studie, bei der die alleinige Abszessspaltung mit der Kombination von Abszess-

öffnung und gleichzeitiger Fistelbehandlung verglichen wurde, lassen sich bei subkutanen, intersphinkteren und tiefen transsphinkteren Analfisteln Abszessspaltung und Fistulotomie kombinieren, nicht jedoch bei hohen transsphinkteren oder supra-sphinkteren Fisteln (16).

Vorgehen des Autors

▶ Patienten mit Analabszessen werden meistens von stärksten Schmerzen geplagt. Sie brauchen deshalb schnelle Hilfe. Auch wenn sich eine Stichinzision mit dem Skalpell an der Stelle der stärksten Vorwölbung der Haut anbietet, ist die **wetzsteinförmige, radiäre Exzision der Haut** in intravenöser Kurz- oder in Allgemeinnarkose für eine schnelle und vollständige Abheilung wahrscheinlich günstiger. Denn dann kann der Defekt sich nicht schnell schließen, Eiter und Sekret haben die Möglichkeit über längere Zeit abzufließen. Nur in Sonderfällen ist eine begleitende antibiotische Therapie indiziert.

Eine **Operation ohne Narkose verbietet sich** auch dann, wenn der Eiter schon fast durch die Haut bricht. Man sollte dem Patienten jeden Schmerz ersparen. Die von einigen Autoren empfohlene Lokalanästhesie (15) stellt nach meiner Überzeugung ein Martyrium für den schon durch den Abszessschmerz höchst gequälten Patienten dar, weil ihm durch die kutane und subkutane Injektion des Lokalanästhetikums noch zusätzliche Schmerzen zugemutet werden.

Über einen peripheren, venösen Zugang kann in einer **Kurz-narkose** unter pulsoxymetrischer Kontrolle, z. B. mit Propofol, die Narkosetiefe und -dauer individuell gesteuert werden. Am Ende dieses wenige Minuten dauernden Eingriffs ist der Patient wach und geht, unterstützt von einer Mitarbeiterin, in den Aufwachraum, wo er sich hinlegt und sich so lange ausruht, bis er sich munter fühlt. Dies ist nach 10–15 min der Fall. Dann werden Wunde und Verband kontrolliert. Anschließend darf der Patient, versehen mit dem zwischenzeitlich erstellten Entlassungsbrief, allein die Praxis verlassen.

Am Abend des Operationstags rufe ich jeden operierten Patienten zu Hause an. Nach 24 h erfolgt die erste **Wundkontrolle mit Verbandswechsel**.



Abb. 3.11 a, b Eiter hat sich bei dieser 33-jährigen Patienten in Form einer kleinen Perle durch die angeschwollene und gerötete perianale Haut gedrängt: perforierter Perianalabszess (a). Zwei Tage nach der wetzsteinförmigen Exzision sind die entzündlichen Zeichen fast völlig verschwunden (b).



a



b



c



d



e



f

Abb. 3.12 a-f 32-jähriger Mann mit einer 15 mal 10 mm großen Schwellung am Aftereingang rechtslateral, deren Spitze blau-rot verfärbt ist. Beginnende Einschmelzung der Haut, die Perforationen des Abszesses steht unmittelbar bevor (a). Vier Tage später ist die wetzsteinförmige Exzision der Haut über dem Abszess schon fast geschlossen. Aber eine 2. Schwellung ist linkslateral entstanden, die einem weiteren Analabszess entsprechen könnte (b). Nach weiteren 3 Tagen berichtet der Patient, links-anterolateral habe sich inzwischen spontan Eiter ent-

leert. Eine punktförmige Öffnung (Analfistel?) lässt sich mit der Knopfsonde nur 8-10 mm sondieren (c). Zwei Tage später ist an dieser Stelle eine Eiterperle sichtbar, sie sich leicht sondieren und über der im Fistelkanal liegenden Knopfsonde spalten lässt. Die rechts posterolaterale Narbe erscheint dagegen inzwischen reizlos (d). Nach 3 Wochen ist der Patient beschwerdefrei und beide Operationswunden erscheinen unauffällig (e). Drei Monate nach der Operation ist die Analregion leicht gerötet, die Wunden sind verheilt (f).



Abb. 3.13 a–c Bei einer 45-jährigen Patienten lässt sich nur eine kaum merkliche Aufhellung der Anahaut an der posterioren Kommissur mit einer geringfügigen Anhebung erkennen: nichtperforierter Analabszess (a). Nach Öffnung des Abszesses liegen Blut und Eiter auf der Anahaut (b). Nachdem Blut und Eiter abgetupft sind, stellt sich eine breit klaffende Wundhöhle dar (c).

■ Risikofaktoren, Rezidive, Prognose und Prophylaxe

Wer einmal einen Analabszess hatte, ist rezidivgefährdet (3). Gleichzeitig mit der Abszessöffnung vorgenommene Fistelspaltungen sind schwierig, weil bei sorgfältiger Suche nur in 34% der Fälle eine Fistel gefunden wird (17, 19, 27). Die Verfechter der gleichzeitigen Fistelspaltung fanden eine hohe primäre Heilungsquote (8, 12), leider jedoch auch eine große Zahl von Inkontinenzen (12).

Das zweizeitige Vorgehen (erst Abszessinzision, später Fistelrevision) wird damit begründet, dass nur etwa die Hälfte der Analabszess-Patienten später eine Analfistel entwickelt (26). Wenn bei Kindern schon bei der Abszesseröffnung die Fistulotomie erfolgt, ist die Zahl der Rezidive gering oder die Fistelbildung bleibt ganz aus (14).

Literatur

1. Bock JU, Jongen J. Ambulante Proktologie. *Kliniker* 1997;2:334–336
2. Bracey EE, Mathur P, Dooleniya M, Joshi A, Dawson PM. Unusual perianal tumours masquerading as abscesses. *Int J Clin Prac* 2003;57:343–346
3. Buchan R, Grace RH. Anorectal suppuration: the results of treatment and the factors influencing the recurrence rate. *Brit J Surg* 1973;60:537–540
4. Buchmann P. *Lehrbuch der Proktologie*. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber 1994
5. Coremans G, Margaritis V, Van Poppel HP, et al. Actinomyces, a rare and unsuspected cause of anal fistulous abscess: report of three cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2005;48:575–581
6. Crapp AR, Alexander-Williams J. Fissure-in-ano and anal stenosis. *Clin Gastroent* 1975;4:619–628
7. De Lorenzi D. Anorektale Abszesse und Fisteln. *Ther Umsch* 1997;54:197–201
8. Eisenhammer St. The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 1978;21:237–254
9. Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin N Am* 1996;14:757–788
10. Leppert R, Sailer M, Fuchs KH, Thiede A. Die endosonografische Darstellung der Analfistel und des Analabszesses und deren anatomische Beziehung zum Kontinenzorgan. *Coloproctology* 1994;16:327–329
11. McClane SJ, Reombeau JL. Anorectal Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001;81:169–183
12. McElwain JW, MacLean MD, Alexander RM, Hexter B, Guthrie JF. Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1000 cases. *Dis Colon Rectum* 1975;18:646–648
13. Metcalf A. Anorectal disorders. Five common causes of pain, itching, and bleeding. *Postgr Med* 1995;98:81–84
14. Murthi GV, Okoye BO, Spicer RD, Cusick EL, Noblett HR. Perianal abscess in childhood. *Pediatr Surg Int* 2002; 18:689–691
15. Nagle D, Rolandelli RH. Primary care office management of perianal and anal disease. *Prim Care* 1996;23:609–620
16. Oliver I, lacueva FJ, Perez Vicente F, et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:107–110
17. Ramanujam PS, Prasad M, Abcarian H, Tan B. Perianal abscesses and fistulas. *Dis Colon Rectum* 1984;27:593–597
18. Raulf F. *Diagnose und Therapie proktologischer Erkrankungen*. Praxis-handbuch. Berlin: Verlag Dr. Kade 1992
19. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis Colon Rectum* 1979;17:566–568
20. Roschke W, Knoch HG, Krause H, Walther J. *Die proktologische Sprechstunde*. 6. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1986
21. Singh B, McC Mortensen NJ, Jewell DP, George B. Perianal Crohn's disease. *Brit J Surg* 2004;91:801–814