

Vortrag über chronische Analfissuren unter dem Titel :

“ Was sieht der Pathologie ?“

auf dem 35. Deutschen Koloproktologen-Kongreß in München 12.-15. März 2009 in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (Folie 1 -2).

Sehr geehrte Herren Vorsitzende,
sehr verehrte Damen und Herren,

nachdem Herr Kollege Bussen über die Definition, Ätiopathogenese und Diagnostik der Analfissur berichtet hat, möchte ich Ihnen aus der Sicht des Pathologen **d a s** demonstrieren und visuell nahebringen, das wir bei Einsendungen unter der klinischen Diagnose Analfissur an den Operationspräparaten morphologisch sehen.

Unser Untersuchungsgut entstammt aus einer Gesamtheit von fast 15.000 Einsendungen bzw. Operationspräparaten aus dem gesamten Analkanal (Folie 3). Davon wurden uns in ca. 1500 Fällen Operationspräparate mit der klinischen Diagnose „Analfissur“ zugesandt (Folie 5). Allen Einsendefällen lag der Symptomenkomplex einer Analfissur mit Defäkationsschmerz, Blutstühlen und Dauerspasmus zugrunde. Somit hatten wir ein recht großes Untersuchungsgut aus einer einheitlichen Entität mit einheitlicher bzw. vergleichbarer Symptomatologie (Folie 6).

Die Alters- und Geschlechterverteilung sah wie folgt aus :
Der größte Teil der Operationspräparate aus dem Analkanal stammt von Patienten bzw. Patientinnen aus dem 4. Dezennium. Es sind alle Altersgruppen vertreten vom Kindes- bis zum hohen Alter von über 90 Jahren.
Mit 49,5 % ist das männliche Geschlecht und mit 50,5 % das weibliche Geschlecht vertreten. Es besteht lediglich eine Differenz von 1 % und somit keine Prädominanz eines Geschlechtes (Folie 3 - 4).

Fast parallel zu der Altersverteilung verläuft die Kurve der Patienten bzw. Patientinnen mit Operationspräparaten aus dem Analkanal mit der klinischen Diagnose „Analfissur“.

Bei der Geschlechterverteilung jedoch fällt im Vergleich mit der Gesamtheit aller Einsendungen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit der klinischen Diagnose „Analfissur“ auf. Es besteht hier eine Differenz von mehr als 15 Prozent zugunsten des weiblichen Geschlechts (Folie 5 - 8).

Das Durchschnittsalter der chronischen Analfissuren liegt für beide Geschlechter bei 45,6 Jahren (Folie 9).

Diese Angaben sollen als Überblick über unser Beobachtungsgut anhand von ca. 1500 morphologisch untersuchten Analfissuren dienen.

Was hat die morphologische Analyse ergeben ?

Wir konnten eine Vielzahl von histologischen Veränderungen finden, die der klinischen Diagnose „Analfissur“ zugrunde lagen. Angefangen von einer unterschiedlich ausgeprägten Entzündung der betroffenen Regionen, über erweiterte Gefäße des Anorektalplexus mit der Extremvariante einer Hämorrhoiden über verschiedene Formen entzündlicher Veränderungen der verschiedenen drüsigen Strukturen des Analkanals bis zu seltenen Befunden wie z. B. Fremdkörpergranulome und gutartige Tumore (Folie 10).

Das morphologische Leitmotiv einer Analfissur ist ein oberflächlicher ulzeröser Epitheldefekt bzw. ein flaches Ulkus. Dieses histologische Bild ist quasi eine histologisch immer wiederkehrende Beobachtung in Form eines oberflächlichen Haut- bzw. Schleimhautulkus. Zu beiden Seiten ist das – in diesem Fall – nicht verhornende Plattenepithel zu erkennen, das einen relativ flachen Epitheldefekt flankiert. Unter dem Defekt befindet sich ein ödematöses Bindegewebe mit randständigen unspezifischen Entzündungszellen.

Oder wie in diesem Bildausschnitt – ein aus dem Ulkusgrund hervorstwachsendes polypöses lockeres und ödematöses Granulationsgewebe (Folie 10 - 13). Diese Bildausschnitte würden nicht - oder noch nicht – erklären, was letztlich die Ursache der oberflächlichen Ulzeration ist. Lag ein vorangegangenes Trauma zugrunde oder eine in der Tiefe liegende Störung oder Gewebeveränderung, die ursächlich für das oberflächliche Ulkus verantwortlich zu machen ist ?

Alle eingesandten Operationspräparate wurden in toto aufgearbeitet. D. h. alle Gewebeproben wurden in ca. 3 – 4 mm dicke Scheiben lamelliert und vollständig eingebettet, d.h. der histologischen Untersuchung zugeführt. Somit konnten wir sicherstellen, dass wir auch alle Veränderungen innerhalb der Operationspräparate unter dem Mikroskop erfassen konnten.

Allen Präparaten gemeinsam war eine unterschiedlich starke Entzündung im Bereich der Analfissuren. In diesem Präparat sehen wir einen Ausschnitt aus der anorektalen Zone mit nicht-verhornendem Plattenepithel und angrenzendem Zylinderepithel der Rektumschleimhaut. An der Schleimhautgrenze deutet sich ein epithelialer Oberflächendefekt an und die Lamina propria enthält ein sehr dichtes Entzündungsinfiltrat. Als Ausdruck einer gewissen Chronizität weisen die ortsständigen Colondrüsen bereits Umbauvorgänge mit drüsigen Ektasien und entzündlichen Destruktionen auf. Das sind – fast in 100% – histologisch immer wiederkehrende Veränderungen bei Fissuren, die aus dieser Region entnommen wurden (Folie 14 - 16).

In einem ebenfalls großen Prozentsatz sind erweiterte Gefäße des Anorektalplexus die Grundlage für die Entstehung einer Analfissur.

In diesem Bild liegt eine erhebliche Gefäßektasie unmittelbar unter dem Oberflächenepithel vor. An der Oberfläche hat sich ein flaches Ulkus ausgebildet, in dem das Oberflächenepithel nicht mehr nachweisbar ist.

Oftmals ist es die Gesamtheit mehrerer Plexusektasien, die zu einem ulzerösen Oberflächendefekt führen können, wie diese Simulation zeigt. Wir vermuten, dass bei derartigen Vorgängen eine weitere Komponente – z. B. lokale Durchblutungsstörungen u.a. – vorliegen, die das Zustandekommen eines oberflächlichen ulzerösen Defektes begünstigen dürften.

Hämorrhoiden als sog. Extremvariante derartiger Plexusektasien sind quasi für oberflächliche Haut- oder Schleimhautdefekte prädestiniert (Folie 17 - 23).

Komplikationen im Rahmen von Kryptitiden können die Grundlage für die Ausbildung von Analfissuren bilden.

Dieses Bildpaar enthält unterschiedlich große und unterschiedlich tief reichende Krypten mit z.T. stärkergradigen entzündlichen Prozessen bzw. Kryptitiden als mögliche Ursache von Analfissuren (Folie 24 - 25).

Entzündliche Vorgänge der ortsständigen drüsigen Kompartimente des Analkanals bzw. Entzündungen der Proktodealdrüsen sind nicht selten ursächlich für das Entstehen von Analfissuren verantwortlich, wie auf diesem Bild ersichtlich. Es handelt sich um eine größere Protodealdrüse, die eine unterschiedlich starke chronische Entzündung und eine geringe Ektasie aufweist. Auf diesem Bild möchte ich auf die zahlreichen Anteile und Ausläufer des Musculus sphincter ani hinweisen.

Diese Übersichtsaufnahme zeigt die ausgedehnten entzündlichen Veränderungen der oberflächlichen Schleimhaut, der Proktodealdrüsen und den oberflächlichen Schleimhautdefekt (Folie 26 - 28).

Nicht selten beobachteten wir sog. Retentionszysten, die in der Regel als eine Folge von chronischen Schleimhautentzündungen entstanden sind und wie auf diesem Bild ersichtlich ist. Es handelt sich um einen Ausschnitt der anorektalen Übergangzone mit einem oberflächlichen nicht-verhornenden Plattenepithel, das an dieser Stelle die ortsständigen Drüsen überhäutet und damit quasi die Drüsenöffnung verlegt. Damit ist die Voraussetzung zu der Entstehung einer Retentionszyste und zu weiteren sekundären entzündlichen und ulzerösen Veränderungen – nach der Faustregel : wo Retention da Infektion – gegeben (Folie 29 - 31).

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf diese Drüsenstruktur hinweisen, die sich von den soeben erwähnten Retentionszysten unterscheidet.

Es handelt sich hierbei um größere zystische Hohlräume, die solitär auftreten, mehr in der Tiefe der Schleimhaut auftreten, z.T. eine chronische Entzündung erkennen lassen und - wie in diesem Fall – ein nicht-verhornendes Plattenepithel enthalten. Unter Ausschluß einer anderen Genese haben wir diese zystischen Gebilde als dysontogenetische Zysten bezeichnet. Sie machen nur einen kleinen Teil in unserem Untersuchungsgut aus (Folie 32 - 33).

Sog. Narbennurome waren in einigen Fällen ursächlich für die Entstehung einer Analfissur verantwortlich. Hier muß also ein älteres Trauma vorangegangen sein, dass zu der Ausbildung eines sog. Narbennuroms geführt und damit die Grundlage für eine Analfissur gebildet hat. Hier sehen wir die typischen Veränderungen eines solchen Narbennuroms (Folie 34 - 35).

Ähnlich verhält es sich mit den Fremdkörpergranulomen. Auch hier müssen ältere Traumen stattgefunden haben, die zur Ausbildung derartiger Granulome führten. Unter einem ulzerösen Oberflächendefekt befindet sich eine granulomatöse Entzündung, in der sich zahlreiche Riesenzellen mit Resorptionstyp befinden (Folie 36 - 38).

Dieses Bild (Folie 39) vermittelt uns einen Überblick über die Häufigkeiten der soeben besprochen morphologischen Veränderungen.

1. Chronische Entzündung
2. Erweiterte Gefäße des Anorektalplexus

- bzw. Hämorrhoiden
3. Kryptitis und
 4. Proktodealadenitis

stellen die weitaus häufigsten Veränderungen dar, die als Ursache für die Entstehung von Analfissuren zu beobachten sind.

Unsere Vermutung bzgl. der Pathogenese der Analfissuren besteht darin, dass – ausgehend von den präexistenten Veränderungen, wie Gefäßektasien, Kryptitiden usw. – über Durchblutungsstörungen, rezidivierende Entzündungen, die wiederum zu Dauerspasmus und damit wiederum zur Verstärkung Durchblutungsstörungen führen können, sich ein locus minoris resistentiae und eine Analfissur ausbilden kann (Folie 40).

Damit ist der klinische Begriff einer „Analfissur“ kein morphologisches Grundleiden, sondern ein Symptom, hinter dem sich eine Vielzahl unterschiedlicher histologischer Veränderungen verbergen kann (Folie 41).

Mit dieser Synopse der histologischen Untersuchungsbefunde konnten wir die Vielfalt der feingeweblichen Veränderungen aufzeigen, die in den Operationspräparaten, die Sie uns zur pathologischen-anatomischen Untersuchung zuschicken, enthalten sind und den „Analfissuren“ zugrunde liegen können (Folie 42).

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit