

# Analfissur - schmerzhafter Begleiter

Wenn es aus dem After blutet und es beim Stuhlgang schmerzt und brennt, denken viele Menschen sofort an Hämorrhoiden.

Häufig steckt bei Blutungen in Verbindung mit Schmerzen im Analbereich jedoch ein ganz anderes Krankheitsbild dahinter: eine Analfissur. Ein Tabuthema, über das niemand gerne spricht.

Bei der Analfissur handelt es sich um einen Riss in der empfindlichen Haut des Analkanals. Dieses Krankheitsbild ist an sich harmlos, kann aber die Lebensqualität deutlich einschränken.

Bei der Fissur werden zwei verschiedene Formen unterschieden: Die häufigste Form ist die akute Analfissur. Fast jeder kennt die Problematik: Der Stuhlgang ist hart, es reisst ein, es schmerzt beim Stuhlgang, und nach wenigen Tagen sind die Beschwerden schon wieder abgeklungen. Die überwiegende Zahl der Patienten gibt sich nicht in ärztliche

Behandlung, denn die Prognose ist gut - über 90 Prozent der akuten Fissuren heilen folgenlos ab. Eine weitere Therapie ist nicht notwendig, es sollte aber auf einen weichen Stuhlgang und eine ausreichende Trinkmenge geachtet werden, um ein erneutes Auftreten der Fissur zu vermeiden.

Anders sieht es bei der zweiten Form aus. Die chronische Analfissur kann ein langwieriger, unangenehmer Begleiter sein. Man spricht von einer chronischen Fissur, wenn die Beschwerden über drei Monate nicht verschwinden und sogenannte Chronifizierungszeichen entstehen: eine Vorpostenfalte am Afterrand, ein Analpolyp im Inneren des Anfers oder eine starke Narbenbildung im Bereich des Risses.

Die chronische Fissur entwickelt sich immer aus der akuten Form. Die Fissur verursacht Schmerzen, was zu einer Verkrampfung des Schliessmuskels führt. Diese vermindert die Durchblutung im Bereich der Wunde im Analkanal, und zusammen mit entzündlichen Prozessen heilt diese Wunde nicht richtig ab. Auch kann



**Dr. med. Sebastian Pohle,  
Facharzt FMH für Chirurgie**

das entstandene Narbengewebe den Heilungsprozess verhindern.

Chronische Fissuren werden in der Regel zunächst konservativ behandelt. Der Stuhlgang wird medikamentös weicher gemacht, und es wird lokal mit einer muskelentspannenden Salbe therapiert, eventuell kommen Schmerzmittel zum Einsatz. In der Hälfte der Fälle ist eine solche medi-

kamentöse Therapie allein erfolgreich.

Falls die Therapie nicht zum Erfolg führt, wird die Fissur inklusive der chronischen Begleitveränderungen in einem kleinen, ambulanten chirurgischen Eingriff entfernt. Dies wandelt die chronische Fissur wieder in eine akute Fissur um, welche in der überwiegenden Zahl der Fälle gut abheilt. Unterstützend wird nach der Operation wieder eine stuhlerweichende und Schliessmuskelentspannende Therapie durchgeführt. Die früher häufig vorgenommene Einkerbung des Schliessmuskels wird aufgrund der hohen Rate von Kontinenzbeschwerden, welche nach der Operation auftreten können, nicht mehr durchgeführt.

Der wichtigste - und zugleich schwierigste - Schritt ist zumeist die Überwindung des Schamgefühls und der Weg zum Arzt, damit eine korrekte Diagnose gestellt werden kann.

**Dr. med. Sebastian Pohle  
Facharzt FMH für Chirurgie,  
EBSQ Coloproctology, Baden  
Medizinisches Zentrum Brugg AG  
056 210 09 06, [www.mz-brugg.ch](http://www.mz-brugg.ch)**