

Diagnostik und Therapie von Abszessen im Analbereich auf dem Boden einer Entzündung der Analdrüsen

Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten

Version 3.0, Mai 2026

Prof. Dr. med. Stefan Fritz

Deutsches End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim

Dr. med. Gregor Jaschke

Krankenhaus Porz am Rhein

S3-Leitlinie Analabszess

Version 3.0, Mai 2026

AWMF-Registriernummer: 088/005

Der wissenschaftliche Volltext dieser Leitlinie kann im Internet unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-005.html> abgerufen werden.

Vorwort

Diese Fassung der Leitlinie richtet sich an alle Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, die sich mit der Thematik beschäftigen möchten. Sie folgt in allen Belangen der Hauptfassung der Leitlinien, d.h. alle Empfehlungen und Feststellungen wurden entsprechend übernommen. Die Zwischentexte wurden deutlich gekürzt und, soweit möglich, wurden medizinische Fachausdrücke in deutscher Sprache dargestellt. Leider konnten keine Patientinnen oder Patienten an der Erstellung der Leitlinie beteiligt werden, da eine organisierte Interessensvertretung fehlt. Alle Autoren haben jedoch eine jahrelange Erfahrung mit dem Krankheitsbild bei regelmäßigem Patientenkontakt.

Relevante Interessenskonflikte der Autoren/-innen, z.B. durch Verbindungen zur Industrie, existieren nicht. Eine entsprechende Erklärung wurde von jedem Autor/jeder Autorin individuell abgegeben. Die dargelegten Interessen und deren Bewertung sind einsehbar im Leitlinienreport Analabszess Version 3.0 (2026), AWMF-Registernummer 088-005. Darüber hinaus kann der wissenschaftliche Volltext dieser Leitlinie im Internet unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-005.html> abgerufen werden. Sämtliche Mitglieder der Leitliniengruppe und die beteiligten Fachgesellschaften haben diesem Ratgeber für Patientinnen und Patienten zugestimmt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Häufigkeit der Erkrankung.....	4
3. Ursachen und Einteilung	5
4. Typische Beschwerden und ärztliche Untersuchung.....	7
5. Operative Therapie	8
5.1 Wann ist eine Operation notwendig?	8
5.2 Technik der Abszessentlastung	9
5.3 In welchen Fällen wird eine Fistel gleich mitversorgt?	9
5.4 Wann wird eine Faden-Drainage angelegt?	10
6. Maßnahmen vor, während und nach der Operation.....	11
7. Risiken einer Operation.....	12
8. Mögliche Spätfolgen nach der Operation	13
8.1 In welchen Fällen kann erneut ein Abszess auftreten?	13
8.2 Wie oft treten Fistelgänge auf?	13
9. Zusammenfassung: Das Wichtigste auf einen Blick	15
10. Wie moderne Behandlungsleitlinien entstehen	17
11. Beteiligte Fachgesellschaften	18
12. Korrespondenzanschriften der federführenden Autoren	21
13. Adressen der beteiligten Fachgesellschaften	22
13.1 Deutsche koloproktologische Fachgesellschaften	22
13.2 Nicht-deutsche koloproktologische Fachgesellschaften.....	23
13.3 Weiterer beteiligte Fachgesellschaften	23
14. Wörterbuch der verwendeten Fachbegriffe.....	26

1. Einleitung

Ein Analabszess ist eine plötzlich auftretende, schmerzhaft eiteransammelnde Entzündung in der Nähe des Afters. Die Erkrankung kann schwerwiegende Verläufe annehmen und sollte daher zügig und kompetent behandelt werden.

Langfristig kann es in manchen Fällen zu einer chronischen Wundheilungsstörung kommen. Findet sich dabei eine Verbindung von der Wunde zum Analkanal, so spricht man von einer Analfistel. Somit ist der Analabszess das akute und die Analfistel das chronische Stadium derselben Krankheit. Die Behandlung von Analfisteln wird in einer anderen Leitlinie beschrieben, welche im Internet unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-003.html> zu finden ist.

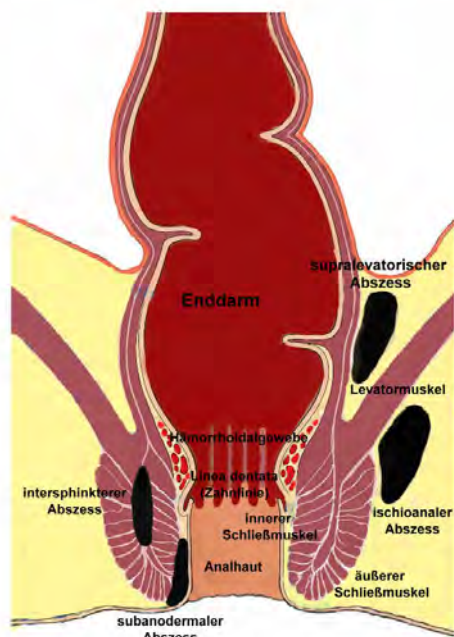
Analabszesse können sich auch bei anderen Krankheiten entwickeln. Diese werden je nach Ursache unterschiedlich behandelt und sind nicht Teil dieser Leitlinie. Dazu zählen zum Beispiel Steißbeinfisteln oder auch die Akne inversa. Darüber hinaus finden sich Abszesse im Bereich des Afters auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. bei Morbus Crohn), bei Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen (z.B. HIV, Leukämie), bei Krebserkrankungen oder nach Operationen im Beckenbereich (z.B. nach Enddarmteilentfernung). Für die genannten Krankheitsbilder gibt es jeweils separate Leitlinien.

2. Häufigkeit der Erkrankung

Analabszesse treten insgesamt häufig auf, vor allem bei jüngeren Erwachsenen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Obwohl sie für die Patienten/-innen sehr belastend sind und in manchen Fällen auch gefährlich werden können, wurden sie bislang wenig wissenschaftlich untersucht. Die in der Literatur beschriebenen Erkrankungshäufigkeiten variierten zwischen 9 und 60/100.000 Patienten pro Jahr. Die Ursache dieser unterschiedlich beschriebenen Häufigkeiten ist ungeklärt. Genetik, Ernährung und unterschiedliche Lebensweisen spielen neben anderen Faktoren sicherlich eine Rolle. Männer sind deutlich häufiger von einem Analabszess betroffen als Frauen. Statistisch gesehen trifft es etwa drei- bis viermal so viele Männer wie Frauen.

3. Ursachen und Einteilung

Analabszesse haben in den meisten Fällen ihren Ursprung in Drüsengewebe (sog. Proktodealdrüsen), welches sich im Raum zwischen dem äußeren und inneren Schließmuskel befindet. Bei diesen Drüsen handelt es sich entwicklungsgeschichtlich gesehen um Residuen der Duftdrüsen, die z.B. bei Hunden noch eine Funktion haben, beim Menschen aber funktionslos sind. Die Drüsen münden über einen dünnen Gang in den Afterkanal, meist auf Höhe des Überganges zwischen Analhaut und Schleimhaut (sog. Linea dentata).



Man geht davon aus, dass sich ein Abszess in diesen Drüsen entwickelt, wahrscheinlich durch einen Verschluss des Drüsenausführungsganges. Von hier aus kann sich der Abszess oberflächlich in Richtung äußere Analregion ausbreiten (sog. subanodermaler oder subkutaner Abszess). Beim Durchbruch durch den äußeren Schließmuskel entsteht der sog. ischioanale und durch die Ausbreitung weiter nach oben der supraleatorische Abszess. Ausgehend von der Abszessausbreitung werden somit vier Abszessstypen unterschieden, die in der Abbildung dargestellt sind:

1. Subanodermaler Abszess

(Abszess unter der Haut bzw. Schleimhaut des Afterkanales)

2. Intersphinkterischer Abszess

(Abszess zwischen dem inneren und äußeren Schließmuskel)

3. Ischioanaler Abszess

(Abszess im Fettgewebe um den Afterkanal, außerhalb des Schließmuskels)

4. Supraleatorischer Abszess.

(Abszess oberhalb der Beckenbodenmuskulatur, unterhalb des Bauchfells, ohne Verbindung zur Bauchhöhle)

Eine Besonderheit stellt der sogenannte Hufeisenabszess dar. Er heißt so, weil er sich bogenförmig, ähnlich wie ein Hufeisen, auf beiden Seiten in Richtung Steißbein ausbreitet. Da diese Abszesse sehr groß werden können, sind sie für die Betroffenen häufig besonders schmerzhaft und körperlich belastend.

Die Häufigkeit der einzelnen Abszesstypen variiert in der Literatur, wobei die oberflächlichen Typen 1 und 2 die große Mehrheit darstellen. Am häufigsten treten Abszesse direkt unter der Haut am After auf (40-75 %). Seltener sind sie zwischen den Schließmuskeln (13-55 %) oder in den tiefer liegenden Gewebeschichten (5-42 %) zu finden. Nur sehr selten entstehen sie oberhalb der Beckenmuskulatur (2-8 %). Dass die Zahlen in der Literatur so stark schwanken, liegt vor allem daran, dass Ärzte/-innen die Abszesse oft nach unterschiedlichen Systemen einteilen.

In den 70er- und 80er-Jahren wurde untersucht, welche Bakterien diese Abszesse verursachen. Wie zu erwarten, handelt es sich in den meisten Fällen um ganz normale Keime aus dem Darm oder von der Haut. Für die Therapie ist es in der Regel nicht wichtig, genau zu wissen, um welche Bakterien es sich handelt. Eine Behandlung mit Antibiotika ist nur in seltenen Ausnahmefällen notwendig.

Bestimmte Lebensgewohnheiten und Vorerkrankungen können die Entstehung von Abszessen oder Fisteln begünstigen. Als größte Risikofaktoren gelten in der Medizin das Rauchen, eine Diabetes-Erkrankung (Zuckerkrankheit) sowie starkes Übergewicht.

Kurz zusammengefasst

Ein Analabszess entsteht meist dadurch, dass sich kleine Drüsen im Bereich des Schließmuskels entzünden. Je nachdem, wohin sich die Entzündung ausbreitet und wo genau sich die Eiteransammlung bildet, unterscheidet man verschiedene Formen: von oberflächlichen Abszessen direkt unter der Haut bis hin zu tiefer im Gewebe liegenden. Verursacht wird die Infektion zumeist durch Bakterien, die regelhaft auf der Haut oder im Darm vorkommen.

4. Typische Beschwerden und ärztliche Untersuchung

Einen Analabszess bemerkt die Patientin/der Patient meist durch eine schmerzhaftes Schwellung am After, die sich innerhalb weniger Tage entwickelt. Die betroffene Stelle ist in der Regel gerötet, fühlt sich warm an und die Haut wirkt verhärtet.

Da diese Entzündung sehr schmerzhaft sein kann, wird die Ärztin/der Arzt die Untersuchung so vorsichtig wie möglich durchführen. Auf eine Spiegelung des Enddarms wird meist verzichtet, da sie für die Patientin/den Patienten in dieser Situation unnötig belastend wäre und kaum neue Erkenntnisse bringt.

Wichtig für die Ärztin/den Arzt ist die Information, ob es bereits früher zu Abszessen gekommen ist oder ob Hinweise auf eine chronische Darmerkrankung vorliegen. Weitere aufwendige Untersuchungen, wie z.B. Röntgen oder ein CT, sind bei den meisten Patienten nicht notwendig.

Bei Abszessen, die tiefer im Körperinneren liegen (sog. supralevatorische Abszesse), sind die Anzeichen oft nicht so eindeutig wie bei den oberflächlichen Formen. Statt einer sichtbaren Schwellung bemerken die Patienten/-innen eher allgemeine Beschwerden wie Fieber, ein allgemeines Krankheitsgefühl oder dumpfe Schmerzen im Becken und Rücken.

Um diese versteckten Abszesse zu finden, setzt die Ärztin/der Arzt moderne Bildgebungsverfahren ein, zum Beispiel einen Ultraschall (Endosonographie), ein CT oder eine MRT. Auch Blutuntersuchungen können wichtige Hinweise geben. Erhöhte Entzündungswerte können z.B. ein Indiz für eine tiefer liegende Infektion sein.

Die weiteren Schritte finden während der Operation unter Narkose statt. So kann die Chirurgin/der Chirurg in Ruhe und schmerzfrei nach der Ursache suchen, zum Beispiel nach einer Fistel. Dabei wird vorsichtig mit einer kleinen Sonde getastet. Manchmal wird auch in Narkose ein Ultraschall durchgeführt. Das hilft der Ärztin/dem Arzt dabei, den richtigen Zugangsweg für den Eingriff zu wählen um das Gewebe bestmöglich zu schonen.

Kurz zusammengefasst

Die Diagnose eines Analabszesses erfolgt durch die Beschreibung der Symptome und die Untersuchung des Analbereichs. Ein Abtasten mit dem Finger ist nicht zwingend notwendig und kann unnötige Schmerzen verursachen. Meistens ist die Diagnose sofort klar, sog. Blickdiagnose. Bei unklaren Befunden sollte großzügig eine Untersuchung unter Narkose durchgeführt werden. Bildgebende Verfahren wie CT oder MRT

sind grundsätzlich nicht notwendig und verzögern häufig die richtige Erstbehandlung. Sie sollten nur in speziellen Fällen in Betracht gezogen werden. Eine mikrobiologische Untersuchung auf Bakterien ist meist nicht erforderlich.

5. Operative Therapie

5.1 Wann ist eine Operation notwendig?

Das wichtigste Ziel der Behandlung ist es, den Abszess zu entlasten. Damit verhindert man, dass sich die Entzündung weiter im Körper ausbreitet, was im schlimmsten Fall gefährlich werden kann.

Man unterscheidet dabei zwei Situationen:

- 1.) Der akute Abszess: Er verursacht starke Schmerzen und muss sofort operiert werden.
- 2.) Der bereits perforierte Abszess: Manchmal öffnet sich ein Abszess von selbst. Die Schmerzen lassen dann häufig innerhalb kurzer Zeit nach. Eine Operation ist jedoch in den meisten Fällen trotzdem erforderlich. Ohne chirurgischen Eingriff ist die Gefahr groß, dass sich der Abszess erneut bildet oder eine Fistel zurückbleibt.

Dass ein Abszess von alleine komplett abheilt, ist extrem selten. Salben oder Antibiotika allein helfen hier nicht. Ein Abszess ist ein chirurgisches Problem, das auch chirurgisch gelöst werden muss.

Während der Operation entnimmt die Ärztin/der Arzt normalerweise keine Proben von Bakterien. Das ist nicht nötig, da die Heilung durch die Entlastung des Abszesses erfolgt. In der Regel ist daher nach dem Eingriff auch keine Antibiotika-Einnahme erforderlich.

Kurz zusammengefasst

Ein Analabszess sollte immer zeitnah operiert werden. Wann genau der Eingriff stattfindet, hängt vor allem von den Beschwerden ab. Ein geschlossener, sehr schmerzhafter Abszess sollte sofort chirurgisch eröffnet werden. Auch nach selbständiger Eröffnung des Abszesses ist ein operativer Eingriff notwendig. Eine breite Eröffnung

und Spülung des Abszesses bringen den Patienten/-innen schnell und zuverlässig Erleichterung. Eine Therapie mit Antibiotika ist nur in Ausnahmefällen notwendig.

5.2 Technik der Abszessentlastung

In der Regel wird die Operation unter Vollnarkose oder mit einer Teilbetäubung (Regionalanästhesie) durchgeführt. Früher wurde manchmal versucht, solche Eingriffe nur in örtlicher Betäubung vorzunehmen. Davon rät man heute jedoch ab, da es dabei sehr schwierig ist, die betroffene Stelle wirklich komplett schmerzfrei zu bekommen.

Es gibt verschiedene Operationsmethoden zur Behandlung von Analabszessen. Ältere Studien zeigen, dass ein sparsamer Schnitt häufig zu schlechteren Ergebnissen mit anhaltenden oder wiederkehrenden Fisteln führt. Deshalb wird der Abszess bei der Operation großzügig geöffnet. Nur durch die breite Öffnung kann der Eiter vollständig abfließen und die Wundhöhle sauber ausheilen. Das heißt, die Wunde darf nicht verschlossen (zugenäht) werden, sondern muss bis zur endgültigen Heilung offenbleiben. Die Wundheilung erfolgt dabei durch das Nachwachsen des Gewebes von innen nach außen (sog. Sekundärheilung). Wichtig ist dabei, dass die geschaffene Öffnung sich nicht zu früh verschließt. In einigen Fällen kann es notwendig sein, für einige Tage eine Gummilasche einzulegen, um den Sekretabfluss offen zu halten.

Manchmal entdeckt der Arzt bereits während der Abszessoperation eine Fistel, das heißt einen kleinen Verbindungsgang zum Anus oder Darm. In diesem Fall muss abgewogen werden, ob man die Fistel sofort mitbehandelt oder erst einmal abwartet. Die Ärztin/der Arzt wird dabei nur vorsichtig nach einer Fistel suchen. Da das entzündete Gewebe sehr weich ist, könnten medizinische Instrumente versehentlich einen Gang hervorrufen, der vorher gar nicht vorhanden war.

Kurz zusammengefasst

Ziel der Operation ist die großzügige Eröffnung der Abszesshöhle, möglichst ohne Schädigung des Schließmuskels. Eine korrekt durchgeführte Operation bringt den Patienten/-innen eine gute und zuverlässige Erleichterung.

5.3 In welchen Fällen wird eine Fistel gleich mitversorgt?

Wie bereits beschrieben finden sich bei Abszessoperationen nicht selten Fisteln, also Verbindungsgänge zwischen dem Abszess und dem Afterkanal. Medizinische Studien

haben gezeigt, dass die Spaltung einer solchen Fistel direkt bei der ersten Operation die Wahrscheinlichkeit für einen späteren zweiten Eingriff senkt. Allerdings gibt es einen entscheidenden Nachteil. Wenn eine Fistel sofort mitbehandelt wird, steigt das Risiko, dass die Kontrolle über den Stuhlgang (sog. Kontinenz) beeinträchtigt wird. Deshalb sollte mit der Patientin/dem Patienten vor dem Eingriff ausführlich über dieses Thema gesprochen werden. Es ist ein wichtiger Teil des ärztlichen Aufklärungsgesprächs.

Leider fehlen in den vorhandenen medizinischen Studien bei der Frage nach dem Risiko einer Inkontinenz häufig genaue Angaben darüber, um welche Arten von Fisteln es sich handelte. Dies macht eine allgemeine Aussage zu diesem Thema schwierig. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass eine im Rahmen der Abszessspaltung nachgewiesene Fistel nicht immer zu einem Folgeeingriff zwingt bzw. dass auch ein Spontanverschluss einer möglicherweise vorhandenen Fistel nach großzügiger Drainage möglich ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei oberflächlichen Fisteln eine direkte Fistelspaltung sinnvoll zu sein scheint, um den in der Regel jungen Patienten/-innen einen erneuten Eingriff zu ersparen. Dies gilt insbesondere für oberflächliche Fisteln, welche zwischen den beiden Schließmuskeln verlaufen. Da diese Form der Behandlung ohnehin die beste Lösung für das Problem ist, kann man sie gleich beim ersten operativen Eingriff durchführen.

5.4 Wann wird eine Faden-Drainage angelegt?

Wie oben beschrieben steigt jedoch das Risiko einer Inkontinenz, wenn eine Fistel sofort mitbehandelt wird. Die Inkontinenzrate nimmt dabei mit der Menge des durchtrennten Schließmuskelanteils und der Anzahl der Voroperationen zu. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass häufig die Abszessoperation als Notfall und von weniger erfahrenen Operateuren durchgeführt wird, so dass die Frage der Fistelspaltung in diesen Fällen besser im Rahmen eines Zweiteingriffs durch einen erfahrenen Operateur entschieden werden sollte. Insbesondere bei unklarem Fistelverlauf sollte eine endgültige Fistelsanierung im Rahmen eines Zweiteingriffes unter optimalen Bedingungen erfolgen.

Bei nachgewiesener Fistel kann durch die Einlage einer Fadendrainage (siehe Leitlinie „Kryptoglanduläre Analfistel“) ein guter Sekretabfluss erzielt und der Fistelkanal für eine spätere Operation vorbereitet werden.

Kurz zusammengefasst

Bei einem Abszess mit oberflächlicher Fistel, die den Schließmuskel gar nicht oder nur wenig betrifft, kann durch den erfahrenen Operateur/in eine direkte Fistelspaltung erfolgen. Wenn die medizinische Situation nicht ganz eindeutig ist oder die Fistel einen komplizierten Verlauf nimmt, hat die Sicherheit Vorrang. In diesen Fällen kann vorübergehend eine Fadendrainage eingelegt werden. Die endgültige Behandlung der Fistel erfolgt dann in einer zweiten, geplanten Operation. Ziel dieses Vorgehens ist es, den Schließmuskel der Patientin/des Patienten bestmöglich zu schonen und die Kontrolle über den Stuhlgang sicherzustellen.

6. Maßnahmen vor, während und nach der Operation

Eine spezielle Darmvorbereitung ist nicht erforderlich und in den meisten Fällen auch schmerzbedingt nicht möglich.

Die Nachsorge nach Analchirurgie ist fast immer unproblematisch. Die äußere anale Wunde heilt in den meisten Fällen gut. Durch regelmäßiges Reinigen der Wunde können Sekretverhalte in der Tiefe vermieden werden. Insbesondere während der Heilungsphase sollte Verstopfung vermieden und darauf geachtet werden, dass der Stuhl weich, aber noch geformt ist.

Die Reinigung der äußeren Analregion erfolgt in aller Regel durch Ausduschen mit Wasser von Trinkwasserqualität. Dies entspricht der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie. Die Anwendung von Desinfektionsmitteln kann die empfindliche Haut im Analbereich leicht reizen und zu Rötungen oder Brennen führen. Für die Reinigung der Analregion sind bei der Routineversorgung weitere oder spezielle Maßnahmen aus Sicht der Autoren dieser Leitlinie weder erforderlich noch üblich. Ein einfacher Salbenverband ist hier ausreichend, sterile Verbände sind nicht notwendig.

Bereits seit längerem wird diskutiert, ob Lösungen zur Reinigung der Analregion den Anspruch auf Keimfreiheit erfüllen müssen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass Leitungswasser von Trinkwasserqualität ebenso effektiv in der Vermeidung von Wundinfektionen ist wie die Reinigung und Spülung mit physiologischer Kochsalz- oder Ringerlösung. Aus der proktologischen Erfahrung ist bekannt, dass für den

Behandlungserfolg die Menge der Spüllösung entscheidend sein dürfte. Dies kann zur Erklärung dienen, warum bei der Anwendung von Trinkwasser regelmäßig klinisch günstige Resultate erzielt werden.

Wissenschaftliche Studien konnten keinen Vorteil für eine Antibiotikatherapie nach einer Abszessoperation nachweisen. In diesem Zusammenhang ist auf die weltweit zunehmende Resistenzentwicklung durch den unkritischen Einsatz von Antibiotika zu verweisen. Ähnliches gilt für den Einsatz von sog. Lokalantibiotika, die neben der Resistenzentwicklung auch die Gefahr der lokalen Gewebsschädigung in sich bergen.

Kurz zusammengefasst

Nach der Operation ist eine sorgfältige Reinigung des Intimbereichs wichtig. Die Wunde soll regelmäßig mit Leitungswasser ausgeduscht werden. Es ist Sorge zu tragen, dass sich die äußere Drainageöffnung nicht vorzeitig verschließt. Spezielle sterile Verbände sind nicht notwendig. Eine saubere Vorlage zum Schutz der Kleidung ist ausreichend. Eine Antibiotikatherapie ist nur bei ausgeprägter flächiger Entzündung und bei Risikopatienten (z.B. Diabetes mellitus, Immunsuppression) sinnvoll.

7. Risiken einer Operation

Nach einer Abszessoperation können, wie bei jedem anderen operativen Eingriff auch, Probleme auftreten. In den ersten Stunden oder Tagen nach der Operation sind das vor allem leichte Nachblutungen. Falls diese stärker sind, muss die Ärztin/der Arzt sie manchmal mit einem kleinen Eingriff stoppen. Gelegentlich kann es auch kurzzeitig zu Problemen beim Wasserlassen kommen; das ist jedoch nicht ungewöhnlich und gibt sich meist schnell wieder.

Eine dauerhafte Schwäche des Schließmuskels (Inkontinenz) ist bei einer fachgerechten Operation normalerweise nicht zu befürchten. Falls es dennoch zu Problemen mit der Stuhlkontrolle kommt, hat das meist zwei Gründe. Entweder ist das Gewebe durch eine sehr große Entzündung vernarbt und dadurch weniger dehnbar, oder es wurde, z.B. im Rahmen einer zu intensiven Suche nach Fisteln, zu viel vom Schließmuskel beschädigt.

Kurz zusammengefasst

Komplikationen nach Analabszessoperationen unterscheiden sich nicht von denen nach anderen Analeingriffen und betreffen insbesondere die Nachblutung und den Harnverhalt. Kontinenzstörungen nach reiner Abszessoperation sind selten und durch ein schließmuskelschonendes Vorgehen weitgehend vermeidbar.

8. Mögliche Spätfolgen nach der Operation

8.1 In welchen Fällen kann erneut ein Abszess auftreten?

Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine Entzündung länger dauern kann, wenn die Wundflüssigkeit nicht richtig abfließt. In solchen Fällen ist auch das Risiko höher, dass der Abszess erneut auftritt oder sich eine Fistel bildet. Bisher ist wissenschaftlich nicht eindeutig belegt, ob eine sehr großzügige Öffnung der Wunde die Entstehung von Fisteln tatsächlich komplett verhindern kann. Dennoch gilt ein guter Abfluss des Eiters bzw. der Wundflüssigkeit als wichtigste Voraussetzung für eine gute Heilung. Bei ausgedehnten Abszedierungen sollte großzügig die Indikation zur erneuten Operation in Narkose gestellt werden.

8.2 Wie oft treten Fistelgänge auf?

Eine korrekt durchgeführte Operation kann nicht immer die Bildung einer Fistel verhindern (sog. sekundäre Fistel). Während ältere Studien eine Untersuchung zur Fistelsuche zwei Wochen nach einer Abszessspaltung empfohlen haben, konnte sich dieses Verfahren in neueren Arbeiten nicht durchsetzen. Laut Literatur führen 30-40% der Abszesse zu einer anhaltenden Fistel, und etwa 10% der Patienten/innen mussten erneut wegen eines Abszesses operiert werden. Diese Krankheitsfolgen können deutlich später auftreten.

Die wissenschaftlichen Daten zeigen große Unterschiede, die sowohl von der Sorgfalt der Erhebung als auch vom Nachbeobachtungszeitraum abhängen. Auch die Art des Abszesses spielt eine Rolle. Komplizierte, durch den Schließmuskel verlaufende Fisteln treten insbesondere nach ischioanalen und supralevatorischen Abszessen auf. Dagegen wurden bei intersphinktären Abszessen vor allem oberflächliche Fisteln beobachtet, die problemlos durch eine Spaltung ohne relevante Gefahr für die Stuhlkontinenz behandelt werden konnten.

Kurz zusammengefasst

Ein Teil der Analabszesse resultiert in einer Analfistel. Das Risiko ist von der korrekten frühen Durchführung der Operation und von der Abszesslokalisation abhängig. Am häufigsten entwickeln sich Fisteln nach ischioanal und supralevatorischen Abszessen. Es sollte keine zu intensive Fistelsuche im Rahmen der Erstoperation erfolgen.

9. Zusammenfassung: Das Wichtigste auf einen Blick

1. Analabszesse sind häufig. Sie treten bevorzugt bei jüngeren männlichen Erwachsenen auf.
2. Den Ursprung des Abszesses bilden die beim Menschen nur als Reste angelegten Duftdrüsen (sog. Proktodealdrüsen) im Raum zwischen innerem und äußerem Schließmuskel.
3. Befragung und körperliche Untersuchung der Patientin/des Patienten sind vor einer Operation meist ausreichend. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, CT, MRT) sollten bei wiederholt auftretenden oder komplizierten Abszessen erwogen werden.
4. Der Zeitpunkt der Operation wird vor allem durch das Ausmaß des Abszesses und die Schmerzen der/des Betroffenen bestimmt, wobei der akute Abszess immer eine Notfallindikation darstellt.
5. Die Therapie des Analabszesses sollte immer operativ sein. Ziel der Operation ist eine großzügige Öffnung der Eiterhöhle unter Schonung der Schließmuskelstrukturen. Bei korrekter Durchführung geht es den Patienten/-innen schnell besser.
6. Eine Fistelsuche während der Abszessoperation sollte sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden.
7. In ungefähr einem Drittel der Fälle entsteht trotz korrekter Operation später eine Analfistel, und in einem Zehntel dieser Fälle bilden sich erneut Abszesse. Die Ursache kann in einer zu späten oder unzureichenden Eröffnung der Abszesshöhle liegen.
8. Eine direkte Fistelspaltung während der Abszessversorgung soll nur ausnahmsweise bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur/in

erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Behandlung in einem Zweiteingriff durchgeführt werden.

9. Der Analbereich sollte nach der Operation regelmäßig gespült werden. Ausduschen mit Leitungswasser ist hier ausreichend. Die Anwendung von lokalen desinfizierenden Flüssigkeiten birgt die Gefahr der Gewebsreizung oder -schädigung. Eine Therapie mit Antibiotika ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

10. Wie moderne Behandlungsleitlinien entstehen

Leitlinien beschreiben, wie eine bestimmte Erkrankung festgestellt und behandelt werden sollte. Sie sind demnach eine Richtschnur für Diagnose und Therapie einer Erkrankung. Aus rechtlicher Sicht sind Leitlinien für eine bestimmte Behandlung nicht verbindlich, das heißt, begründete Abweichungen stellen keine falsche Behandlung dar. Leitlinien legen offen, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand einen besonderen Nutzen bewiesen haben, und setzen die wissenschaftlichen Forschungserkenntnisse (sog. „Evidenzen“) in praktische Handlungsempfehlungen um.

Um eine Leitlinie zu entwickeln, berufen eine oder mehrere medizinische Fachgesellschaften, in diesem Fall die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK), Experten auf dem jeweiligen Gebiet zu einer so genannten Konsensuskonferenz. In dieser werden wissenschaftliche Veröffentlichungen nach der Qualität ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft bewertet und unter Berücksichtigung von in der Praxis gewonnenen Erfahrungen diskutiert. Daraus werden dann Empfehlungen für die tägliche Praxis abgeleitet.

Im Fall der Analabszesse liegen nicht bei allen Fragestellungen wissenschaftlich fundierte Literaturergebnisse vor, obwohl die Behandlung verschiedener Ärzte in vielen Veröffentlichungen beschrieben wurde. Leider erfüllen diese Arbeiten nicht immer hohe wissenschaftliche Standards, da häufig subjektive persönliche Ergebnisse aus verschiedenen Kliniken oder von einzelnen Chirurgen vorgestellt werden. Es liegen zum Beispiel nur wenige sogenannte randomisierte Studien vor, die Ergebnisse verschiedener Behandlungsmethoden mit unabhängiger Auswertung vergleichen. Da somit die vorhandene Literatur häufig nicht aussagekräftig genug ist, um bestimmte Feststellungen klar zu untermauern, wurden in diesem Fall Empfehlungen gegeben, die auf der langjährigen Erfahrung der Mitglieder der Konsensuskonferenz in der täglichen ärztlichen Praxis beruhen.

Für die Erkrankung an einem Analabszess bei Patienten/-innen, die nicht an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung leiden, besteht keine Interessensvertretung von betroffenen Patienten. Deshalb richtet sich diese Leitlinie direkt an alle betroffenen oder interessierten Patienten. Auf Fachbegriffe wurde soweit möglich verzichtet. Wichtige medizinische Vokabeln aus der Leitlinie finden Sie im Anhang in einem Glossar erläutert.

11. Beteiligte Fachgesellschaften

Federführende Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

Weitere Fachgesellschaften:

- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP)
- Berufsverband Coloproktologie Deutschland e.V. (BCD)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Koloproktologie Schweiz (KP)
- Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP)
- Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
der Inkontinenz-Selbsthilfe e.V.

12. Das Expertenteam hinter den Leitlinien

Stefan Fritz¹, Gregor Jaschke², Andreas Ommer³, Felix Aigner⁴, Jörn Bernhardt⁵, Julia Bohr⁶, Skander Bouassida⁷, Dieter Bussen², Uli Fehrenbach⁸, Alois Fürst⁹, Volker Kahlke¹⁰, Gerd Kolbert¹¹, Anton Josef Kroesen¹, Tilmann Laubert¹⁰, Philipp Oetting¹², Jaroslav Presl¹³, Christl Reisenauer¹⁴, Martin Schmidt-Lauber¹⁵, Thomas Schiedeck¹⁶, Oliver Schwandner¹⁷, Daniel Steinemann¹⁸, Gerhard Weyandt¹⁹, Andreas Köhler²⁰

Institute

1. Deutsches End- und Dickdarmzentrum Mannheim (dedz), Mannheim, Deutschland
2. Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Krankenhaus Porz am Rhein, Köln, Deutschland
3. End- und Dickdarmzentrum Essen, Essen Deutschland
4. Chirurgische Abteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz, Graz Österreich
5. Abteilung für Diagnostische und interventionelle Endoskopie, Klinikum Südstadt Rostock, Rostock, Deutschland
6. Evangelisches Klinikum Essen-Mitte, Essen, Deutschland
7. Klinik für Koloproktologie, Vivantes-Humboldt-Klinikum Berlin, Berlin, Deutschland
8. Klinik für Radiologie, Charité, Berlin, Deutschland
9. Klinik für Allgemeinchirurgie, Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland
10. Proktologische Praxis Kiel, Kiel, Deutschland
11. End- und Dickdarmzentrum Hannover (EDH), Hannover, Deutschland
12. Enddarmzentrum München-Bavaria, München, Deutschland
13. Universitätsklinik für Chirurgie Landeskrankenhaus Salzburg, Salzburg, Österreich
14. Universitäts-Frauenklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland
15. Gastroenterologische Praxis Oldenburg (Gastro OL), Oldenburg, Deutschland
16. Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Klinikum Ludwigsburg (RKH), Ludwigsburg, Deutschland
17. Regensburger Enddarmzentrum, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Deutschland

18. Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Universitätsspital Basel, Schweiz
19. Klinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum Bayreuth, Bayreuth, Deutschland
20. Helios St. Johannes Klinik, Duisburg, Deutschland

12. Korrespondenzanschriften der federführenden Autoren

Prof. Dr. med. Stefan Fritz

Deutsches End- und Dickdarmzentrum (dedz)

Bismarckplatz 1

68165 Mannheim

Tel.: 0621/123475-0

Fax: 0621/123475-75

E-Mail: stefan.fritz@enddarm-zentrum.de

Dr. med. Gregor Jaschke

Krankenhaus Porz am Rhein

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Urbacher Weg 19

D-51149 Köln

Tel.: 02203-566-1640

E-Mail: g.jaschke@khporz.de

13. Adressen der beteiligten Fachgesellschaften

13.1 Deutsche koloproktologische Fachgesellschaften

(z.T. mit Listen von spezialisierten Ärzten in Ihrer Nähe)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP)

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58/59

D-10117 Berlin

Tel.: 030 2345 8656-20

Fax: 030 2345 8656-25

Homepage: www.dgav.de

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

Maienstraße 3

79102 Freiburg i. Br.

Tel.: 0761 70 438 - 113

Fax: 0761 70 438 - 113

E-Mail: info@koloproktologie.org

Homepage: www.koloproktologie.org

Berufsverband der Coloproktologie Deutschlands e.V. (BCD)

Maienstraße 3

79102 Freiburg i. Br.

Tel.: 0761 70 438 - 113

Fax: 0761 70 438 - 114

E-Mail: info@coloproktologen.de

Homepage: www.coloproktologen.de

Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e.V. (VKRR)

Buchforster Straße 2
51103 Köln
Tel.: 0221 8289 2400
E-Mail: info@vkrr.de
Homepage: www.vkrr.de

Patientenorganisation Inkontinenz-Selbsthilfe e.V.
Röttkenring 27
13053 Berlin
E-Mail: kontakt@inkontinenz-selbsthilfe.com
Homepage: www.selbsthilfe-inkontinenz.com

13.2 Nicht-deutsche koloproktologische Fachgesellschaften

Schweizerische Arbeitsgruppe für Koloproktologie (SAKP)
Sekretariat SAKP
CH-3600 Thun
Tel.: +41 (0)79 595 08 84
Homepage: www.coloproct.ch

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP)
Marschallgasse 12
8020 Graz
E-Mail: sekretariat@coloproctology-austria.at
Homepage: www.coloproctology-austria.at

13.3 Weiterer beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Tel. 01805-246253 (kostenpflichtig)

Fax: 030-24625329

Homepage: www.derma.de

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Hausvogteiplatz 12

10117 Berlin

Tel: 030 514 88 33 40

E-Mail: info@dggg.de

Homepage: www.dggg.de

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)

Uerdinger Straße 64

40474 Düsseldorf

Tel.: 0211 516096-0

Fax: 0211 516096-60

E-Mail: info@dgu.de

Homepage: www.urologenportal.de

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)

Olivaer Platz 7

10707 Berlin

Tel: 030 31 98 31 5000

Fax: 030 31 98 31 5009

E-Mail: info@dgvs.de

Homepage: www.dgvs.de

Deutschen Röntgengesellschaft e.V. (DRG)

Ernst-Reuter-Platz 10

10587 Berlin

Tel: 030 9160700

Fax: 030 / 916 070-22

E-Mail: office@drg.de

Homepage: www.drg.de

Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)

Charlottenstraße 79/80

10117 Berlin

Tel.: 030 2060 8888-0

Fax: 030 2060 8888-90

E-Mail: geschaeftsstelle@degum.de

Homepage: www.degum.de

14. Wörterbuch der verwendeten Fachbegriffe

Das folgende Glossar enthält wichtige medizinische Fachbegriffe die im vorangegangenen Text der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Analfisteln zu finden sind oder auch sonst bei der Behandlung von Analabszessen/-fisteln häufig verwendet werden.

- **Abszess:** abgekapselte Eiteransammlung in einer neu gebildeten Gewebehöhle, die beispielsweise durch eine schwere Entzündung entstanden ist
- **Analkanal:** unterster Anteil des Enddarms, Übergang zwischen Darmschleimhaut und äußerer Haut
- **Anamnese:** spezielle Krankengeschichte eines Patienten, umfasst sowohl Vorbehandlung als auch spezielle Beschwerden
- **ano-:** den Anus (Darmausgang, After) betreffend
- **anorektal:** After und Mastdarm betreffend
- **ano-vaginal:** zwischen After und Scheide (Vagina)
- **Antibiotikum (Mehrzahl: Antibiotika):** Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die ursprünglich aus natürlichen Stoffwechselprodukten von Bakterien und Pilzen gewonnen, später dann auch künstlich hergestellt wurden und (andere) Mikroorganismen abtöten oder am Wachstum hindern
- **Anus:** Darmausgang, After
- **Äußerer Schließmuskel:** Teil des Darmverschlussapparats, kann willkürlich angespannt werden und verstärkt die Stuhlkontinenz
- **Bakterium:** mikroskopisch kleiner, meist einzelliger Organismus. Bakterien kommen in sehr großer Zahl vor allem im Dickdarm vor. Neben Bakterien, die zur gesunden Darmflora gehören, gibt es krankmachende (pathogene) Bakterien.
- **bildgebende Verfahren:** Sammelbezeichnung für die technischen Möglichkeiten, Aufnahmen aus dem Körperinneren zu liefern z.B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Röntgen, Sonographie

- **CED:** Abkürzung für chronisch entzündliche Darmerkrankung(en), besonders Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- **Chirurgie:** medizinische Fachrichtung hauptsächlich der operativen Behandlungsmethoden (Facharzt: Chirurg, Adjektiv: chirurgisch). Für die Behandlung des Morbus Crohn ist die Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt für Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig.
- **chronisch:** über viele Jahre / lebenslang begleitend
- **chronisch-entzündliche Darmerkrankung:** Überbegriff über verschiedene Formen von Darmentzündungen meistens mit längere dauerndem Krankheitsverlauf. Die bekanntesten sind der M.Crohn und die Colitis ulcerosa.
- **Colitis ulcerosa:** chronisch verlaufende Darmentzündung, die den gesamten Dick- und Enddarm befallen kann, in der Regel auf die Schleimhaut begrenzt. Eine Fistelentstehung ist selten.
- **Computertomographie (CT):** die rechnerbasierte Auswertung einer Vielzahl aus verschiedenen Richtungen aufgenommener Röntgenaufnahmen, gehört zu den bildgebenden Verfahren
- **CT:** Abkürzung für Computertomographie
- **Diagnostik:** Sammelbegriff für alle Maßnahmen, die zum Erkennen einer Krankheit durchgeführt werden
- **Drainage:** Methode zum Abfluss von Wundsekreten oder Eiter, z.B. nach einer Operation oder aus einem Abszess
- **Endoskopie:** Untersuchung innerer Organe, klassischerweise mithilfe bestimmter Instrumente, die aus einem biegsamen Schlauch mit Lichtquelle bestehen, in dem auch kleine Werkzeuge wie Zangen oder Bürsten untergebracht sein können. Dadurch kann der Arzt bei der Untersuchung zugleich eingreifen und z.B. Gewebeproben entnehmen, Polypen abtragen, Blutungen stillen oder Engstellen weiten, vgl. auch Koloskopie (Darmspiegelung).
- **Endosonographie:** Kombination von Endoskopie und Ultraschall Diagnostik zur Untersuchung innerer Organe (z.B. Rektum)

- **enterale Ernährung:** Ernährungstherapie, bei der die Aufnahme der Nahrungsmittelbestandteile über den Darm erfolgt. Die Spezialnahrung kann beispielsweise als Trinknahrung oder Sondennahrung verabreicht werden, vgl. auch parenterale Ernährung.
- **Evidenzbasierte Medizin (EbM, evidence-based Medicine):** Der Begriff wird vom engl. „evidence“ abgeleitet, das mit Nachweis oder Beweis übersetzt werden kann. Die EbM zielt darauf, Entscheidungen über die Art der Behandlung von Patienten auf der Grundlage nachgewiesener medizinischer Wirksamkeit zu fällen. Hierzu werden Ergebnisse aus medizinischen Veröffentlichungen nach der Qualität der jeweils durchgeführten medizinischen Studie bewertet; dies geschieht auch auf Konsensuskonferenzen zur Entwicklung von Leitlinien. Eine besonders hohe Evidenz ist gegeben, wenn mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit ähnlichen Ergebnissen vorliegen.
- **extraintestinal:** außerhalb des Verdauungstrakts
- **Fallserie:** Eine Fallserie beschreibt eine größere Anzahl ähnlich gelagerter Fälle. Sie enthält einfache statistische Analysen, allerdings keine Vergleichsgruppe. Damit liefern solche Veröffentlichungen medizinische Evidenz auf niedrigem Niveau (vgl. evidenzbasierte Medizin).
- **Fistel:** hier: vom Enddarm ausgehende röhrenförmige Gangbildung, kann blind enden, stellt oft aber eine Verbindung zwischen dem Enddarm oder der Hautoberfläche her
- **fistulierend:** Fisteln bildend
- **Fistulographie:** Fisteldarstellung, Darstellung von entzündlich entstandenen Körperhöhlen mithilfe von Kontrastmittel und Röntgenuntersuchung oder Computertomographie
- **Gastroenterologie:** medizinische Fachrichtung für Erkrankungen des Verdauungstrakts (Facharzt: Gastroenterologe, Adjektiv: gastroenterologisch). Für die Behandlung des Morbus Crohn ist eine Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt für Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig.

- **Infektion:** Eindringen und Vermehrung von Krankheitserregern innerhalb des Körpers
- **Inkontinenz:** (teilweises) Unvermögen, den Stuhl oder Harn im Körper zurückzuhalten. Meist geht dieses Problem mit einer direkten Schädigung oder Zerstörung der Schließmuskeln einher oder mit einer Nervenstörung.
- **Innerer Schließmuskel:** Teil des Darmverschlussapparats, kann nicht willkürlich angespannt werden und hält den Stuhl zurück
- **Intersphinkterraum:** Raum zwischen den beiden Afterschließmuskeln, Ausgangspunkt von Entzündungen, hier liegen die Proktodealdrüsen
- **kolo-:** zum Dickdarm gehörig, den Dickdarm betreffend
- **Kolon:** Dickdarm
- **Koloskopie:** Spiegelung des Dickdarms, vgl. auch Endoskopie
- **Konsensuskonferenz:** hier: ein von mindestens einer medizinischen Fachgesellschaft einberufenes Treffen, auf dem medizinische Experten ggf. verschiedener Fachrichtungen und Patientenvertreter teilnehmen, um Einigkeit über Empfehlungen für eine Leitlinie zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung zu erzielen. Hierzu wird auch die relevante Fachliteratur ausgewertet und mit Blick auf die Aussagekraft ihrer Forschungsergebnisse bewertet, vgl. evidenzbasierte Medizin.
- **Kontinenz:** hier Stuhlkontinenz: Fähigkeit, festen und flüssigen Stuhl sowie Luft jederzeit zu kontrollieren
- **Krypten:** Vertiefungen und Einsenkungen des Deckgewebes des Enddarms
- **kryptoglandulär:** Ursprungsort von Infektionen am Darmausgang (Krypte: Vertiefung, glandulär: drüsenartig bzw. die Drüse betreffend)
- **Leitlinie:** hier: Sammlung von Empfehlungen zur Feststellung und Behandlung einer bestimmten Krankheit, die auf evidenzbasierter Medizin aufbauen und meist auf einer Konsensuskonferenz von Experten formuliert und abgestimmt wurden.
- **Linea dentata:** „gezahnte Linie“: Übergang zwischen Darmschleimhaut und äußerer Haut

- **Magnetresonanztomographie (MRT) / Kernspintomographie:** bildgebendes Verfahren zur Darstellung von Schnittbildern des Körpers, das nicht mit Röntgenstrahlen arbeitet, sondern mit Magnetfeldern und Radiowellen
- **Morbus Crohn:** chronisch verlaufende Darmentzündung, die den gesamten Dick- und Enddarm aber auch alle anderen Abschnitte des Verdauungstraktes befallen kann. Umfasst immer die gesamte Darmwand. Eine Fistelentstehung ist häufig.
- **Narkose / Allgemeinanästhesie:** durch Medikamente herbeigeführte vorübergehende Ausschaltung des Bewusstseins und Herabsetzung oder Ausschaltung von Reflexen, um ohne Schmerzen für den Patienten eine Operation durchführen zu können
- **parenterale Ernährung:** Ernährungstherapie, bei der eine Spezialnahrung unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts direkt in die Blutbahn gegeben wird, vgl. auch enterale Ernährung
- **perianal:** in der Nähe / in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs
- **Proktodealdrüse:** Drüsen im Zwischenraum zwischen den beiden Schließmuskeln, beim Menschen Relikte aus dem Tierreich (Duftdrüsen), ohne direkte Funktion
- **Proktologie:** griechisch Proktos: Enddarm, Logos: Wissenschaft, beschäftigt sich mit Erkrankungen des Enddarms
- **Proktologe:** spezialisierter Arzt, der sich mit den Erkrankungen des Enddarmes auskennt
- **randomisierte kontrollierte Studie (RCT):** medizinisch-wissenschaftliche Untersuchung zur Wirksamkeit einer bestimmten Methode. Welcher Studienteilnehmer das Versuchsmedikament erhält (Versuchsgruppe) und welcher nicht (Kontrollgruppe) wird per Zufall (engl. „random“) entschieden. RCT haben in der evidenzbasierten Medizin einen hohen Stellenwert.
- **Rektum:** Mastdarm
- **Resektion:** operative Entfernung von erkrankten Teilen eines Organs oder Körperteils
- **Review:** systematische Zusammenstellung aller vorhandener Literatur zu einem bestimmten Thema mit kritischer Auswertung

- **Röntgenuntersuchung:** Untersuchung, bei der der Körper mit Röntgenstrahlen, benannt nach dem Physiker Wilhelm Conrad Röntgen, bestrahlt wird. Dabei absorbieren die unterschiedlich dichten Gewebe des menschlichen Körpers die Röntgenstrahlen unterschiedlich stark, so dass man durch Verschattung und Aufhellung eine Abbildung des Körperinneren erhält.
- **Schließmuskel:** hier Muskeln, die den Enddarm verschließen. Man unterscheidet zwischen einem inneren Schließmuskel (kann nicht willkürlich angespannt werden, hält also immer seine Spannung und damit Stuhl und Luft zurück) und einem äußeren Schließmuskel (kann willkürlich angespannt werden und somit, für kürzere Zeit, den Darmverschluss verstärken)
- **Sekret:** Flüssigkeitsabsonderung aus einer natürlichen oder unnatürlichen Körperöffnung, kann entweder klar und normal (z.B. Speichel) oder bei Entzündungen auch eitrig sein
- **Sondierung:** ein dünnes Röhrchen wird in einen Gang eingeführt und damit der Verlauf und die Ausdehnung des Ganges festgelegt
- **Sonographie:** Ultraschalluntersuchung. Dabei werden Ultraschallwellen über einen Schallkopf in den Körper gelenkt und dort je nach Struktur und Konsistenz der zu untersuchenden Gewebe und Organe reflektiert. Das Echo wird registriert und in ein Bild vom Inneren des Körpers umgewandelt.
- **Stoma:** künstlich geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Körperoberfläche, hier: künstliche angelegter Darmausgang (Anus praeter)
- **Symptom:** Krankheitszeichen, Krankheitsbeschwerde. Als Leitsymptome z.B. des Morbus Crohn gelten vor allem Bauchschmerzen und Durchfälle.
- **Therapie:** Behandlung

Platz für persönliche Notizen

Versionsnummer:	3.0
Erstveröffentlichung:	05-2011
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	01.05.2026
Nächste Überprüfung geplant:	30.04.2031

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online