

Johannes Quercetti
Dr. med.

Rezidivrate und rezidivfreie Zeit von Patienten mit Analabszeß ohne und mit Fistel unter Berücksichtigung der Bakteriologie beider Kollektive - Eine retrospektive Studie an 436 Patienten.

Geboren am 28.05.1966 in Stuttgart
Reifeprüfung am 11.06.1985 in Stuttgart
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1986 bis SS 1993
Physikum am 25.09.1989 an der Universität Mainz
Klinisches Studium in Mainz
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 10.11.1993 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. K. Junghanns

Im Rahmen einer retrospektiven Studie wurden die Krankenakten von 436 Patienten, welche im Verlauf von 10 Jahren am Klinikum Ludwigsburg an einem Analabszeß mit oder ohne Fistel operiert wurden eingesehen.

Die entsprechenden Hausärzte der Patienten wurden telefonisch nach eventuellen Rezidivkrankungen befragt.

Als Daten wurden vor allem die im Wundabstrich vorhandenen Bakterien, verschiedene Eigenschaften der Abszesse (anatomische Lokalisation, Lokalisation in SSL und die evtl. Fistellokalisation) sowie Eigenschaften der Patienten (Alter, Geschlecht, Diabetes, Adipositas) erfaßt.

Die erhobenen Daten wurden nun unter folgenden Fragestellungen statistisch untersucht:

Als Gruppe A gelten Patienten mit Analabszeß und ohne Fistel.

Als Gruppe B gelten Patienten mit Analabszeß und Fistel.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter und Abszeßlokalisierung, Alter und Bakteriologie, Geschlecht und Abszeßlokalisierung, Geschlecht und Bakteriologie, Abszeßlokalisierung und Bakteriologie?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Fisteln und der Bakteriologie?

Gibt es Unterschiede in der Dauer der rezidivfreien Zeit als Vergleich zwischen den Gruppen A und B hinsichtlich der Zeitspanne nach der ein Rezidiv auftritt?

- für alle Patienten,
- für Patienten, bei denen keine Bakterienstämme nachgewiesen wurden,
- für Patienten, bei denen mindestens ein Bakterienstamm nachgewiesen wurde,
- für Patienten mit Escherichia coli?

Gibt es Unterschiede in der Dauer der rezidivfreien Zeit für alle Patienten in Abhängigkeit von der Bakteriologie (für die häufigsten Erreger E. coli , Staphylococcus epidermidis , Staphylococcus aureus , Enterokokken und hämolysierende Streptokokken hinsichtlich der Zeitspanne nach der ein Rezidiv auftritt?

Lassen sich aus der Rezidivzeitanalyse Schlußfolgerungen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Rezidiven folgern - insbesondere im Vergleich zwischen den Gruppen A und B ?

Als Schlußfolgerung ergab sich, daß sich basierend auf der unterschiedlichen Bakteriologie, zumindest statistisch, relevante unterschiedliche Kollektive ermitteln lassen. Aufgrund anatomischer, oder anderen oben aufgeführten Kriterien ist dies - statistisch relevant - nicht gelungen. Als statistisch nur bedingt verwertbarer Hinweis ergab sich eine vermehrte Prävalenz von Diabetikern bei Patienten, welche nur Abszesse aufwiesen sowie die eher homogene Verteilung von Abszessen ohne Fistel um die gesamte anale Circumferenz. Die erhobenen Daten lassen vermuten, daß es sich bei Gruppe A und B insofern um zwei verschiedene Krankheitsbilder handelt, da das Ausbilden einer Fistel eher vom Ort des Eindringens des Erregers, als vom Erreger selbst abhängt.

Dies wird aufgrund der fast der übereinstimmenden anatomischen Lokalisation der Abszesse der Gruppen A und B hinsichtlich ihrer Lage zum Schließmuskel (submukös, periproktitisch, perianal usw.) geschlossen.

Hinsichtlich der Verteilung in Steinschnittlage verhält es sich bei Gruppe A so, daß sich diese Abszesse eher homogen ohne eine Bevorzugung um den Schließmuskel verteilen, währenddessen die Abszesse der Gruppe B eine deutliche Neigung zum Auftreten um die Region 6 Uhr in Steinschnittlage (SSL) zeigen.

Der Nachweis von Escherichia coli im Pus ist sensitiv für das Bestehen einer Fistel aber wenig spezifisch

Der Nachweis von hauttypischen Bakterien zeigt Spezifität für das Nichtbestehen einer Fistel. Daher wird die Nachuntersuchung eines Patienten, bei welchem E.coli im Pus nachgewiesen wurde empfohlen, sofern beim Ersteingriff keine Fistel gefunden wurde.

Umgekehrt erübrigt sich eine Nachuntersuchung bei Nachweis von hauttypischen Bakterien insbesondere Staphylococcus aureus. So könnte die Rezidivrate der Gruppe B wahrscheinlich noch weiter gesenkt werden.

Es bleibt festzuhalten, daß die Rezidivrate unabhängig von der Erregerzusammensetzung im Wundabstrich ist. Weder die Tatsache ob ein Patient eine Fistel hatte oder nicht, noch die Art der festgestellten Erreger beeinflußt die Rezidivfreiheit wesentlich.

Ein Patient der Gruppe A muß mit gleicher Wahrscheinlichkeit mit einem Rezidiv rechnen wie in Gruppe B.

Bei beiden liegt sie um 12 % (Gruppe A 12,75%, Gruppe B 12,2%) . Die Rezidive der Gruppe A stellen sich lediglich etwas später ein. Nach drei zusätzlichen Jahren entwickelt sich die Rezidivrate der Gruppe A wie die der Gruppe B, sodaß innerhalb von 5 Jahren 12% der Rezidive in Gruppe B auftreten und nur 8% der Rezidive in Gruppe A und sich dieses Verhältnis im achten Beobachtungsjahr ausgleicht.

