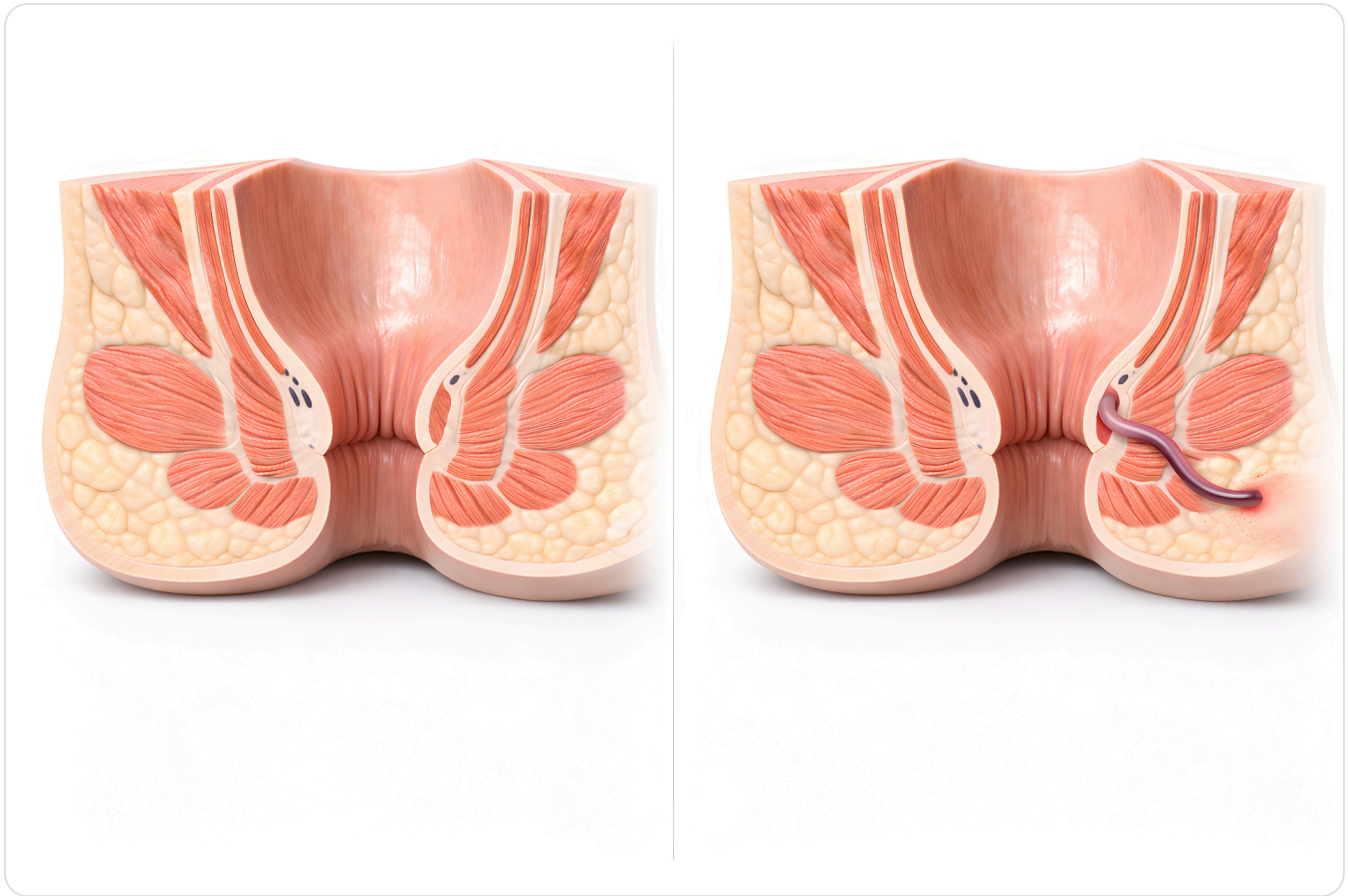


Analfistel og analabsces: Når en byld bliver kronisk



En perianal absces (byld ved endetarmen) er en af de mest smertefulde akutte tilstande i analområdet – og hos op til 30–50 % af patienterne udvikler den sig efterfølgende til en analfistel, en lille kronisk kanal mellem endetarmen og huden [1,2]. Tidlig korrekt behandling er afgørende for at undgå komplikationer og bevare lukkemusklens funktion.

Hvad er en analabsces?

En analabsces opstår, når en af de små kirtler i endetarmen (Hermann og Desfosses-kirtlerne) bliver tilstoppet og inficeret. Pus samles og presser sig ud gennem det omkringliggende væv [3]. Resultatet er en pludselig, bankende smerte ved endetarmen, ofte med:

- Synlig rød og øm hævelse ved analåbningen
- Feber og almen utilpashed

- Smerter der forværres ved at sidde, hoste eller have afføring

Bylden skal som hovedregel **dræneres kirurgisk akut** – antibiotika alene er ikke nok [4]. Indgrebet foregår i lokal- eller kort universel bedøvelse og giver næsten øjeblikkelig smertelindring.

Hvornår bliver det til en fistel?

Selv efter velgennemført drænage heler kanalen ikke altid. Hvis forbindelsen mellem analkirtlen og huden vedbliver, dannes en **analfistel**. Typiske tegn:

- Vedvarende eller tilbagevendende udflåd af pus/blod ved endetarmen
- En lille åbning i huden (fistelmunding) der "væsker"
- Gentagne bylder samme sted

Fistler klassificeres efter forløb i forhold til lukkemusklen (Parks-klassifikationen: intersfinkterisk, transsfinkterisk, suprasfinkterisk og ekstrasfinkterisk) [5]. Klassifikationen er afgørende for valg af behandling.

Udredning

Diagnosen stilles ved klinisk undersøgelse, ofte suppleret med:

- **Endoanal ultralyd** – hurtig og præcis i hænderne på en erfaren undersøger
- **MR af bækkenet** – guldstandard ved komplekse, recidiverende eller Crohn-relaterede fistler [6]
- **Eksamination under anæstesi (EUA)** med metylenblåt eller brintoverilte

Det er vigtigt at udelukke underliggende sygdom som Morbus Crohn, da behandlingsstrategien er anderledes [7].

Kirurgisk behandling

Behandlingen vælges ud fra fistlens forløb og mængden af lukkemuskel der krydses:

- **Fistulotomi (oplægning):** Den mest effektive metode med helingsrate >90 %, men kan kun anvendes ved lave fistler hvor minimal lukkemuskel berøres [8].
- **Seton (silikonebånd):** Bruges som "drænende seton" ved aktiv infektion eller komplekse fistler, og kan også bruges som langsom "skærende seton".
- **LIFT-procedure** (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract): God mulighed ved transsfinkteriske fistler, helingsrate 60–75 % uden påvirkning af kontinens [9].
- **Advancement flap:** Lukker den indre åbning med en slimhindelap; bruges ved høje fistler.
- **Fibrinlim og fistelplug:** Lavere helingsrate (40–60 %) men minimal risiko for inkontinens [10].

Valg af metode er en balance mellem helingschance og risiko for inkontinens – og bør altid foretages af en kolorektal kirurg med erfaring i analfistler.

Hvad kan du selv gøre?

- Søg læge ved enhver vedvarende smerte, hævelse eller pusudflåd ved endetarmen
- Undgå hjemmebehandling med varme kompresser ved mistanke om absces – det forsinker drænage
- Følg op efter en absces er drænet, så en eventuel fistel opdages tidligt

På klinikken tilbyder vi undersøgelse, ultralyd og kirurgisk behandling af analfistler – diskret og under den offentlige sygesikring.

Referencer

1. Sahnan K, et al. *Perianal abscess*. BMJ 2017;356:j475.
2. Vasilevsky CA, Gordon PH. *The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration*. Dis Colon Rectum 1984;27(2):126–30.
3. Parks AG. *Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano*. BMJ 1961;1(5224):463–9.
4. Sözüner U, et al. *Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas?* Dis Colon Rectum 2011;54(8):923–9.

5. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. *A classification of fistula-in-ano*. Br J Surg 1976;63(1):1–12.
6. Halligan S, Stoker J. *Imaging of fistula in ano*. Radiology 2006;239(1):18–33.
7. Schwartz DA, et al. *AGA Clinical Practice Update on the medical management of perianal Crohn's disease*. Gastroenterology 2024;166(2):278–87.
8. Göttgens KW, et al. *Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy*. Int J Colorectal Dis 2015;30(2):213–9.
9. Emile SH, et al. *A systematic review and meta-analysis of the LIFT procedure*. Int J Surg 2018;52:191–202.
10. Cirocchi R, et al. *Fibrin glue in the treatment of anal fistula: a systematic review*. Ann Surg Innov Res 2009;3:12.