

MANAŽMENT ANÁLNEJ FISÚRY

Daniel Pindák, Juraj Pechan

Chirurgické oddelenie NOÚ, Bratislava

Análna fisúra je bolestivé ochorenie zapríčinené trhlinou sliznice anodermálnej oblasti. S pochopením patofyziológie fisúry sa za posledných 15 rokov rapídne zmenil aj jej manažment. Všetky liečebné postupy smerujú k redukcii tonusu análneho zvierča, ktorý je spojený s chronickou análnou fisúrou. Laterálna sfinkterotómia ostáva pre mnohých lekárov chirurgickou liečbou voľby. V poslednej dobe však boli skúmané aj menej invazívne spôsoby liečby. Dokázalo sa, že oxid dusný zapríčiňuje relaxáciu hladkého svalstva análneho kanála. Masti obsahujúce topické nitráty sú preto účinnou alternatívou chirurgického riešenia.

Kľúčové slová: análna fisúra, sfinkterotómia, nitroglycerín .

MANAGEMENT OF ANAL FISSURE

Anal fissure is a painful condition that is caused by anodermal tearing. Anal fissure management has rapidly progressed in the last 15 years as our understanding of fissure pathophysiology has developed. All methods of treatment aim to reduce the anal sphincter spasm associated with chronic anal fissures. Lateral internal sphincterotomy remains the surgical treatment of choice for many practitioners. Recently, less invasive methods of treatment have been explored. It has been studied that nitric oxide causes relaxation of the smooth muscle of the anal canal. Topical nitroglycerin ointment preparations are therefore an efficacious alternative to surgery.

Key words: anal fissure, sphincterotomy, nitroglycerin.

Ambulantná terapia, 2008, roč. 6 (3): 169–170

Definícia

Análna fisúra je trhlina sliznice v distálnej časti análneho kanála. Patrí nielen medzi najbolestivejšie ochorenia konečníka, ale medzi najbolestivejšie ochorenia vôbec. Postihuje predilekčne zadnú komisúru.

Fisúry sa delia na akútne a chronické. Akútna fisúra sa prejavuje ako „porezanie“ sliznice papierom a vyhojí sa spontánne do 6 týždňov. Chronická análna fisúra perzistuje dlhšie a bez liečby sa zväčša nevyhojí. Je širšia a hlbšia, na jej báze možno vidieť odhalené vlákna vnútorného análneho zvierča a granulácie. Okraje chronickej fisúry sú indurované, distálne sa môže vytvoriť kožnosliznicová duplikatúra a proximálne hypertrofická papila (obrázok 1).

Väčšina fisúr sa nachádza na zadnej komisúre, asi len 13 % na prednej (1, 2, 3). Fisúry na prednej komisúre sa častejšie vyskytujú u žien (3). Análne fisúry môžu byť spojené aj s inými ochoreniami, najčastejšie ide o nešpecifické črevné zápaly, infekciu vírusom HIV, syfilis, sarkoidózu a tuberkulózu. V týchto prípadoch sa fisúry môžu nachádzať aj na bočnej strane konečníka.

Epidemiológia

Análna fisúra patrí medzi časté ochorenia. Mnohokrát je lekármi nesprávne diagnostikovaná ako hemoroidy. Postihuje zväčša mladých ľudí v pracovnom procese. Vyskytuje sa rovnako často u mužov aj u žien. Presná incidencia análnej fisúry nie je známa.

Etiológia a patogenéza

Existuje niekoľko teórií o etiológii análnej fisúry. Posledné práce ukazujú na to, že fisúra je výsledkom zvýšeného pokojového tlaku vnútorného análneho zvierča.

V minulosti sa predpokladalo, že análna fisúra vzniká „roztrhnutím“ sliznice pri pasáži tuhej stolice.

V skutočnosti sa však len 25 % pacientov s chronickou análnou fisúrou sťažuje na obštipáciu (3, 4, 5). Viac poznatkov o riadení tonusu análneho zvierča odhalilo úlohu tlaku análneho zvierča v etiopatogenéze fisúry. Štúdie dokázali, že pacienti s análnou fisúrou majú v análnom zvierči menej NO-syntetázy – enzýmu, ktorý je zodpovedný za tvorbu NO (oxidu dusnatého) (6). Redukovaná syntéza NO vysvetľuje zvýšený pokojový tlak vnútorného análneho sfinktera u pacientov s fisúrami a tiež fakt, že u pacientov liečených konzervatívne, sa tento tlak po liečbe opäť vracia do východiskových vyšších hodnôt. Pacienti s chronickou análnou fisúrou majú okrem zvýšeného pokojového tlaku análneho zvierča tiež znížený prietok krvi anodermou.

Predpokladá sa, že kombinácia vysokého tlaku zvierča a zníženého krvného zásobenia vedie k ischémii zadnej komisúry. Táto oblasť sa potom môže natrhnuť buď spontánne, alebo pri pasáži tvrdej stolice a kvôli oslabenému krvnému zásobeniu sa zle hojí.

Nie všetky análne fisúry sú spojené s vysokým pokojovým tlakom análneho zvierča. Análne fisúry

pri normotonicom alebo hypotonicom sfinkteri sú popisované v postpartálnom období a u starších ľudí (7, 8, 9). Etiológia týchto fisúr nie je presne známa, aj keď po vaginálnom pôrode hrá hlavnú úlohu zrejme priame poškodenie.

Klinický obraz

Pre ochorenie je typická celková odozva, ktorá je neúmerne tak malej lézii. Fisúra zapríčiňuje silné rezaivé bolesti pri vyprázdňovaní, ktoré sú niekedy spojené s krvácaním. Bolesť pacienti popisujú ako „vyprázdňovanie črepín skla“. Bolesť môže pretrvávať aj niekoľko hodín po defekácii a významne zhoršuje kvalitu života pacienta. Postihnutí často zadržujú stolicu, boja sa jesť, stúpa ich psychická tenzia a nepokoj.

Diagnostika

Základom diagnostiky je anamnéza, ktorá sa potvrdzuje klinickým vyšetrením. V klinickom vyšetrení si vystačíme s aspexiou análneho kanála, pri ktorej sa dá fisúra jednoducho vizualizovať rozťahnutím glutéálnych svalov (obrázok 2), pričom vyšetrenie doplníme

Obrázok 1. Chronická análna fisúra.



Obrázok 2. Vyšetrenie análnej fisúry aspexiou.



aj o vyšetrenie *per rectum* (ak nie je znemožnené bolestivosťou). Pri atypickej lokalizácii fisúry alebo pri nebolestivých fisúrach sú potrebné pre vylúčenie iných ochorení ďalšie vyšetrenia v anestézii s odberom materiálu na kultivačné a histologické vyšetrenie.

Liečba akútnej análnej fisúry

Liečba akútnej análnej fisúry je konzervatívna. Základom sú dietetické opatrenia na zabezpečenie pravidelnej mäkkej stolice. Ide najmä o príjem dostatočného množstva tekutín a vlákniny. Opisovaný je aj priaznivý účinok sedacích kúpeľov. Použitie možno aj analgetiká a lokálne anestetiká.

Liečba chronickej análnej fisúry

Cieľom liečby pri chronickej análnej fisúre je odstrániť spazmus análneho zvierača a ischémiu. Tento cieľ možno dosiahnuť konzervatívne aj chirurgicky. Donedávna prevládala chirurgická prístup k liečbe. Na báze najnovších poznatkov sa dnes však odborníci prikláňajú ku konzervatívnej liečbe chronickej análnej fisúry a až po jej zlyhaní siahajú k liečbe chirurgickej.

Chirurgická liečba

Chirurgická liečba bola zlatým štandardom liečby chronickej análnej fisúry až do polovice 90. rokov. Chirurgické techniky zahŕňajú manuálnu dilatáciu konečníka, laterálnu sfinkterotómiu s alebo bez fisurektómie. Všetky chirurgické techniky sú spojené s potenciálnym rizikom postoperačnej inkontinencie I. – II. stupňa (problémy s udrzaním plynov či riedkej stolice). Úskalím chirurgickej liečby je aj pretrvávanie bolestí a pretrvávanie chronickej rany s mokvaním.

Dilatácia konečníka má úspešnosť približne 90 %, ale rekurencia fisúr sa pri nej vyskytuje v 2,2 – 56,5 % (10).

Riziko postoperačnej inkontinencie je pri nej najvyššie (až do 50 %) (10). Dnes sa manuálna dilatácia považuje pre vysoký výskyt komplikácií a možnosť iných liečebných metód za obsolentnú metódu. Metódou voľby chirurgickej liečby je laterálna sfinkterotómia, pri ktorej sa pretína vnútorný zvierač v dĺžke fisúry. Pri sfinkterotómii sa uvoľní spazmus análneho zvierača, čím sa umožní prítok krvi do postihnutej oblasti a fisúra sa môže zahojiť. Úspešnosť laterálnej sfinkterotómie sa odhaduje až na 95 % (11, 12, 13). Percento poškodenia kontinencie varujú podľa rôznych autorov od 0 (14, 15) až do 50 % (16, 17). Napriek rizikám ide o najčastejšie používanú operačnú techniku pri liečbe análnej fisúry.

Fisurektómia sa dnes pri liečbe análnej fisúry používa len ako doplnok k laterálnej sfinkterotómii.

Konzervatívna liečba

Začiatkom 90. rokov sa začala pozornosť sústreďovať na nechirurgický prístup k análnej fisúre. Ide o topic-kú, orálnu alebo injekčnú medikáciu s cieľom redukovať

spazmus análneho zvierača a zvýšiť prítok krvi v postihnutej oblasti. **Prednosťou konzervatívnej liečby je neprítomnosť rizika poškodenia kontinencie a možnosť jej využitia už v primárnej sfére. Tým sa pacientovi môže poskytnúť bezodkladná úľava od bolesti.**

Na konzervatívnu terapiu sa používajú najčastejšie topic-ké nitráty. Spomedzi všetkých je najúčinnější glyceroltrinitrát. Účinnosť je najväčšia pri koncentrácii 0,4% (18, 19). Základný farmakologický účinok glyceroltrinitrátu je spôsobený uvoľňovaním oxidu dusnatého. NO relaxuje análny zvierač, čo spôsobuje zníženie análneho tlaku a zlepšenie prekrvenia anodermu. Zlepšenie prekrvenia je dané na jednej strane uvoľnením ciev prebiehajúcich spastickým zvieračom a na strane druhej samotným vazodilatačným účinkom NO. Zlepšenie prekrvenia v postihnutej oblasti poskytuje análnej fisúre priestor na spontánne vyhojenie. Redukcia tonusu sfinktera je spojená s rýchlou úľavou od bolesti. Na základe prehľadu literatúry percento vyliečených pacientov liečených glyceroltrinitrátom je až 70%. **Pre svoju efektívitu je liečba označovaná aj za chemickú sfinkterotómiu.** Najčastejším nežiaducim účinkom liečby topic-kými nitrátmi je prechodná bolesť hlavy, ktorej možno predísť dodržiavaním správneho dávkovania, polohovaním pacienta a ochranou prsta pri aplikácii. **Liečba topic-kými nitrátmi sa pri chronickej análnej fisúre stala pre svoju vysokú účinnosť liečbou prvej voľby.**

Ďalšou možnosťou liečby chronickej análnej fisúry je lokálna aplikácia blokátorov kalciového kanála (diltiazem a nifedipin), ktoré spôsobujú taktiež relaxáciu hladkého svalstva zvierača. Táto liečba sa pre nedostupnosť komerčne vyrábaných preparátov používa len zriedkavo.

Literatúra

- Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and colon. Bailliere Tindall, London 1984.
- Lund JN, Scholefield JH. Aetiology and treatment of anal fissure. Br J Surg 1996; 83: 1335–1344.
- Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. Dis Colon Rectum 1997; 40: 229–233.
- Lock MR, Thomson JP. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. Br J Surg 1977; 64: 355–358.
- McDonald P, Driscoll AM, Nicholls RJ. The anal dilator in the conservative management of acute anal fissures. Br J Surg 1983; 70: 25–26.
- Lund JN. Nitric oxide deficiency in the internal anal sphincter of patients with chronic anal fissure. Int J Colorectal Dis 2006; 21: 673–675.
- Corby H, Donnelly VS, O’Herlihy C, O’Connell PR. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. Br J Surg 1997; 84: 86–88.
- Favetta U, Amato A, Interisano A, Pescatori M. Clinical, manometric and sonographic assessment of the anal sphincters. A comparative prospective study. Int J Colorectal Dis 1996; 11: 163–166.
- Bove A, Balzano A, Perrotti P, Antropoli C, Lombardi G, Pucciani F. Different anal pressure profiles in patients with anal fissure. Tech Coloproctol 2004; 8:151–156.
- Marby M, Alexander-Williams J, Buchmann P et al. A randomized controlled trial to compare anal dilatation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. Dis Colon Rectum 1979; 22: 308–311.
- Wiley M, Day P, Rieger N, Stephens J, Moore J. Open vs. closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial. Dis Colon Rectum 2004; 47: 847–852.
- Garcea G, Sutton C, Mansoori S, Lloyd T, Thomas M. Results following conservative lateral sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissures. Colorectal Dis 2003; 5: 311–314.
- Mentes BB, Irkorucu O, Akin M, Leventoglu S, Tatlcioglu E. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 2003; 46: 232–237.
- Hawley PR. The treatment of chronic fissure-in-ano. A trial of methods. Br J Surg 1969; 56: 915–918.
- Rudd WW. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. Dis Colon Rectum 1975; 18:319–323.
- Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Madoff RD. Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results. Dis Colon Rectum 1996; 39: 440–443.
- Mentes BB, Irkorucu O, Akin M, Leventoglu S, Tatlcioglu E. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 2003; 46:232–237.
- Scholefield JH, Bock JU, Marla B et al. A dose finding study with 0.1%, 0.2%, and 0.4% glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures. Gut 2003; 52: 264–269.
- Bailey HR, Beck DE, Billingham RP et al. A study to determine the nitroglycerin ointment dose and dosing interval that best promote the healing of chronic anal fissures. Dis Colon Rectum 2002; 45:1192–1199.
- CKS (2005) Anal Fissure (PRODIGY guidance). Clinical Knowledge Summaries Service. Accessed: June 2007.
- Lund JN, Nystrom PO, Coremans G et al. An evidencebased treatment algorithm for anal fissure. Tech Coloproctol 2006; 10: 177–180.

Do konzervatívnej liečby análnej fisúry radíme aj injekčnú aplikáciu botulotoxínu do vnútorného análneho zvierača. Výsledky tejto liečby sú sľubné. Ide však o finančne veľmi náročnú liečbu.

Záver

Posledných dvadsať rokov výskumu prinieslo poznatky objasňujúce etiológiu análnej fisúry. Cieľom liečby chronickej análnej fisúry je redukcia tonusu análneho sfinktera a zlepšenie prítoku krvi v postihnutej oblasti. **Zavedenie konzervatívnej liečby, najmä použitie topic-kých nitrátov, malo na liečbu tohto ochorenia nesmierny dopad. Demonštruje to najmä pokles počtu operácií pre túto diagnózu o 72% v Anglicku a 61% v Škótsku v priebehu rokov 1997–2005 (20, 21).** V tomto období sa v uvedených krajinách používali ako liek voľby už v primárnej sfére topic-ké nitráty. **Pri liečbe topic-kými nitrátmi sa až dve tretiny pacientov vyhnu operácii.** Na Slovensku je liečba topic-kými nitrátmi umožnená až v sekundárnej starostlivosti – preskripčné obmedzenie na chirurga a gastroenterológa. Preto je úlohou lekára prvého kontaktu fisúru diagnostikovať a odoslať na riešenie k odborníkovi.

Chirurgická liečba (vo väčšine prípadov laterálna sfinkterotómia) ostáva rezervovaná pre pacientov, kde konzervatívna liečba zlyhala. Ide o zlatý štandard terapie, pri ktorej sa dosahuje veľmi vysoká účinnosť.

MUDr. Daniel Pindák, PhD.

Chirurgická klinika NOÚ
Klenová 1, 833 10 Bratislava
e-mail: daniel.pindak@nou.sk