

Neoperačná liečba trhliny konečníka

MUDr. Juraj Váňa, PhD., MUDr. Robert Adamov, MUDr. Michal Žáček

Chirurgické oddelenie – školiace pracovisko SZU, FNŠP Žilina

Ciel: Cieľom práce je priblížiť výsledky neoperačnej liečby trhliny konečníka.

Materiál a metodika: Autori prezentujú súbor pacientov liečených za 10-ročné obdobie. Za sledované obdobie sa neoperačnej liečbe podrobilo spolu 331 pacientov.

Výsledky: K nezhojeniu trhliny došlo len u 13 pacientov z 311 (4,1 %) liečených autodilatáciami.

Záver: Liečba každej análnej trhliny by mala byť začatá konzervatívnymi liečebnými postupmi. Autodilatácie predstavujú vhodnú liečebnú metódu pre všetky typy trhlín konečníka.

Kľúčové slová: trhlina konečníka, autodilatácie.

Nonoperative treatment of anal fissure

Aim: The aim of work is to present the results of non-operational treatment of anal fissures.

Material and methods: The authors presents a group of patients which was treated in 10 years period.

Results: The healing with autodilatations was unsuccessful only in 13 patients from all 311.

Conclusion: The treatment of all anal fissure could be started by conservative treat course. Autodilatations presents a right treatment for all anal fissures.

Key words: anal fissure, autodilatation.

Slov. chir., 2013; roč. 10(2): 64–66

Úvod

Trhlina konečníka (fissura ani) je mechanicky spôsobený bolestivý defekt v sliznici konečníka. Trhliny konečníka delíme na akútne a chronické. Zatiaľ čo akútna trhlina, pri ktorej býva postihnutý len epitel sliznice análneho kanála, býva sprevádzaná výraznými bolesťami a za ideálnych podmienok môže dôjsť aj k spontánnemu zhojeniu, chronická trhlina, pri ktorej býva zvyčajne postihnutá celá hrúbka sliznice análneho kanála a ktorá vzniká ako následok nezhojenia akútnej trhliny, je sprevádzaná intermitentnými symptómami a v minulosti bola pri jej liečbe metódou voľby chirurgická intervencia.

Najčastejšie sa trhliny konečníka vyskytujú na zadnej komisúre (5).

V minulosti bolo navrhnutých viacero možností konzervatívnej neoperačnej liečby análnych fisúr.

Epidemiológia

Análna trhlina je pomerne časté ochorenie, ktoré sa vyskytuje v rovnakej frekvencii u mužov aj u žien. Veľmi často je nesprávne diagnostikovaná ako hemoroidy (8). Najčastejšie sa vyskytuje u mladistvých a u strednej generácie.

Etiológia a patofyziológia

Presná príčina vzniku trhliny konečníka nie je známa, aj keď za iniciálny faktor vzniku je považovaná trauma počas pasáže tuhej stolice. Najnovšie práce poukazujú na vplyv abnormality v oblasti interného análneho sfinkteru. Najčastejšou abnormalitou je hypertonus a hy-

pertrfia vnútorného análneho sfinkteru, ktoré vedú k zvýšeniu pokojového tlaku (2). Zadná análna komisúra je najhoršie prekrvenou časťou análneho kanála. Práve kombinácia vysokého tlaku zvierača a malého prekrvenia zadnej komisúry, ktorá spôsobuje ischémiu sliznice, vytvára predpoklady na vznik trhliny. Pohyby čreva sú sprevádzané bolesťou a sliznica je porušená prechádzajúcou stolicou. Vnútorný zvierač pri prechode stolice spazmuje. Tieto fakty spôsobujú to, že samotné spazmy sú bolestivé a spazmus sám spôsobuje zníženie krvného zásobenia zadnej komisúry konečníka, čo vedie k nezhojeniu trhliny konečníka.

Klinický obraz a možnosti liečby

V typických prípadoch sú symptómy análnej fisúry relatívne špecifické a diagnózu môžeme často stanoviť na základe anamnézy. Pacient sa sťažuje na výraznú bolesť, najmä pri stolici, bolesť pretrváva minúty až hodiny následne po stolici. Bolesť sa vracajú pri pohyboch čriev a pacienti sa obávajú každej ďalšej stolice a vyprázdňovania. Stav vedie k zhoršovaniu sa obstipácie a bolesti. Veľká časť pacientov udáva sprievodné krvácanie z konečníka rôzneho rozsahu.

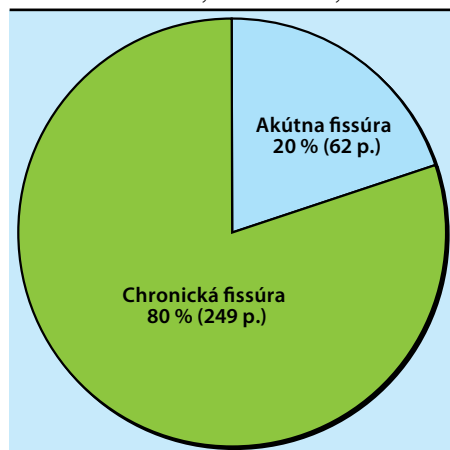
V počiatočných ochorenia je trhlina len povrchovým defektom mukózy a označujeme ju ako akútna trhlina. Pokiaľ nedôjde k rýchlemu spontánnemu zhojeniu, trhlina progreduje do chronickej formy, ktorá má charakteristické príznaky. Postupne dochádza k obnaženiu svalových vlákien vnútorného análneho zvierača,

okraje trhliny sú hypertrofické, a často dochádza k vytvoreniu hypertrofie tkaniva distálne, ale aj proximálne od trhliny, tzv. strážny polyp.

Viac ako 90 % trhlín sa nachádza na zadnej komisúre análneho kanála, 2 % pacientov má trhlinu na prednej aj zadnej komisúre (obrázok 1). Trhliny, ktoré sa vyskytujú v iných lokalitách, ako aj recidivujúce trhliny, môžu byť asociované s inou etiológiou, ako napríklad Crohnova choroba, infekčná etiológia a sexuálne prenosné ochorenia (1).

V diagnostike má dôležité miesto anamnéza, klinické vyšetrenie, anoskopia (v indikovaných prípadoch kolonoskopia).

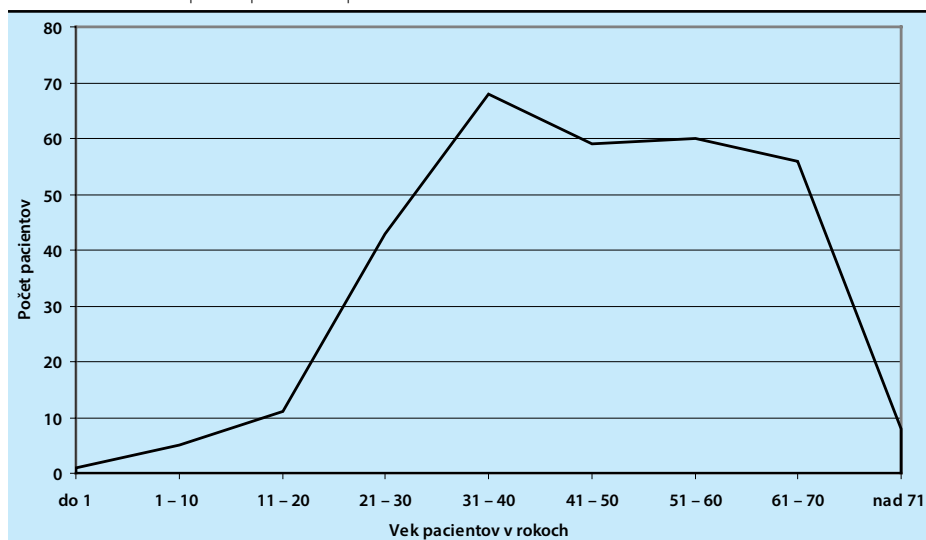
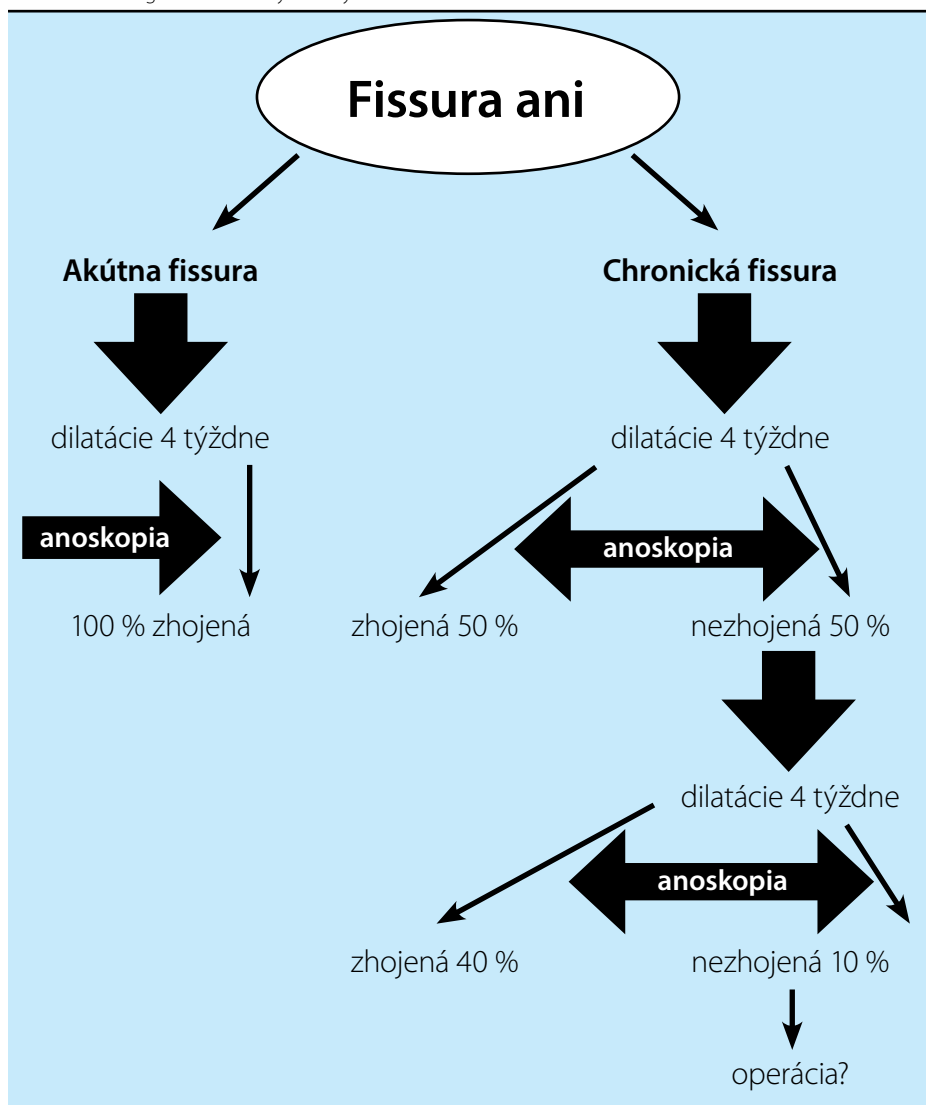
Základom liečby análnych fisúr je konzervatívna liečba. Podstatná je úprava diétného režimu s cieľom zabezpečiť mäkkú a pravidelnú stolicu. V potrave je potrebné zaistiť dostatočný príjem vlákniny a tekutín. Nasleduje potreba odstrániť spazmus a vysoký tonus análneho zvierača. V princípe je to možné realizovať konzervatívne, teda bez operácie. V minulosti bola často používanou metódou chirurgická liečba. Cieľom chirurgickej liečby bolo zníženie napätia vnútorného zvierača konečníka manuálnou dilatáciou a sfinkterotómiou. V 90. rokoch znamenala vzostup neoperačná, konzervatívna liečba. V princípe ide o snahu znížiť vysoký tonus análneho zvierača, a to lokálnou, orálnou, alebo injekčnou aplikáciou medikamentov. Najčastejšie používané sú lokálne pôsobiace nitráty, nasledujú blokátory kalciového kanála (10). Novšou liečbou je aj aplikácia botulotoxínu do vnútorného análneho zvierača (9).

Obrázok 1. Chronická trhlina na zadnej komisúre**Obrázok 2.** Trojstupňový análny dilatátor**Graf 1.** Pomer akútnych a chronických fisúr

Samostatnú kapitolu tvorí liečba tzv. autodilatáciami, ktorú používame aj u našich pacientov. Pri tejto liečbe si pacienti postupne sami aplikujú špeciálne prispôbených autodilatátorov uvoľňujú vysoké napätie vnútorného análneho zvierča.

Materiál metodika

V období od roku 2003 do roku 2012, v priebehu 10 rokov, bolo celkovo ambulantne liečených 311 pacientov s diagnózou trhliny konečníka. Pacienti boli odporúčaní na chirurgické proktologické vyšetrenie. U každého pacienta bola okrem anamnézy realizovaná anoskopia a v indikovaných prípadoch kolonoskopia. Len 37 (11,9 %) pacientov bolo odoslaných od spádového lekára alebo gastroenterológa s diagnózou trhliny konečníka. Ostatných 274 pacientov prišlo na odporúčanie lekára alebo známych s diagnózou hemoroidov. Z celkového počtu 311 pacientov malo akútnu trhlinu 62 (19,9 %) pacientov a 249 (80,1 %) pacientov malo chronickú trhlinu (graf 1).

Graf 2. Rozloženie počtu pacientov podľa veku**Obrázok 3.** Algoritmus liečby análnych fisúr

V súbore mali miernu prevahu ženy, 167 k 144. Najmladším pacientom bolo 11-mesačné dieťa trpiace obštipáciou, najstarším bol 76-ročný muž. Podrobnejšie vekové rozloženie je zobrazené v grafe 2.

Samotný liečebný postup prebieha ambulantne. Pacient po stanovení diagnózy a vylúčení

prípadných iných patológií na hrubom čreve, absolvuje sériu autodilatácií. Prvá séria autodilatácií predstavuje terapeutický proces v dĺžke 4 týždňov, počas ktorého si pacient po zaučení lekárom sám aplikuje autodilatátor 2-krát denne (obrázok 2), pričom dĺžka trvania jednej aplikácie

sa pohybuje od 10 do 15 minút. Prvé dva týždne si pacient aplikuje prvý stupeň dilatátora. Následne, keď približne po dvoch týždňoch pociťuje zlepšenie klinického stavu, prechádza na vyšší stupeň autodilatátora. Ako lubrikans používame mesocainový gél. U väčšiny pacientov dochádza k výraznému zlepšeniu ťažkostí už počas prvých dvoch týždňov. Kontrolnú anoskopiu vykonávame po 4 týždňoch a podľa anoskopického nálezu sa rozhodujeme pre ďalší postup. V zásade pristupujeme k liečbe autodilatáciami rovnako v prípade akútnej, aj chronickej trhliny.

Schematicky je náš liečebný postup znázornený algoritmom na obrázku 3.

Výsledky

U všetkých pacientov s akútnou trhlinou došlo k zhojeniu akútnej trhliny po aplikácii autodilatácií do 4 týždňov. U pacientov s chronickou trhlinou pozorujeme po prvej sérii dilatácií (4 týždne) zhojenie približne u 50 % pacientov. U všetkých pacientov s chronickou análnou trhlinou, teda aj v prípadoch, ak po prvej sérii autodilatácií nebolo pozorované zhojenie trhliny, došlo však k výraznému ústupu klinických ťažkostí, najmä k ústupu bolesti. U tejto skupiny pacientov indikujeme druhú sériu autodilatácií. Po druhej sérii autodilatácií realizujeme kontrolnú anoskopiu. K nezhojeniu a následnej indikácii k operácii sme pristúpili len v 13 prípadoch, čo predstavuje 5,2 % z 249 chronických trhlín a 4,1 % zo všetkých trhlín liečených autodilatáciami.

Diskusia

V liečbe trhlín konečníka má lekár na výber viacero terapeutických možností. Liečbou prvej voľby je konzervatívna terapia. Zahŕňa úpravu životosprávy so stravou bohatou na vlákninu, dostatočný príjem tekutín a hygienickú starostlivosť o konečník. Ďalšou možnosťou je liečba pomocou intraanálne aplikovaných preparátov 0,4 % nitroglycerínu, alebo lokálna

aplikácia blokátorov kalciového kanála a lokálna aplikácia botulotoxínu (11).

V minulosti často používaná operačná liečba je spojená s rizikom vzniku pooperačnej inkontinencie. Napriek tomu, že sa úspešnosť sfinkterotómie udáva až v 95 % (4, 6, 12), riziko vzniku pooperačnej inkontinencie sa pohybuje v širokom spektre až do 50 % (4, 6). Sfincterotómia lokalizovaná na zadnej komisúre, teda v mieste fisury s excíziou, alebo bez excízie fisury, v mnohých prípadoch nevedie k zhojeniu trhliny. V súčasnosti sa odporúča laterálna sfinkterotómia (7).

Vo svojej podstate všetky vyššie spomínané liečebné postupy majú za cieľ znížiť spazmus vnútorného zvierača. Toto zníženie je možné doceliť aj postupnou autodilatáciou zvierača pomocou autodilatátora. Na trhu je dostupných viacero typov autodilatátorov. Vysoká úspešnosť v liečbe našich pacientov umožnila vo väčšine prípadov minimalizovať indikáciu operačnej liečby. Je dôležité upozorniť na skutočnosť, že 12 našich pacientov, ktorí sa podrobili liečbe autodilatáciami, sa v minulosti podrobilo chirurgickej liečbe trhliny. Aj táto skutočnosť nás oprávňuje k názoru, že v terapii trhlín konečníka je potrebné vyčerpať všetky možnosti neoperačnej liečby. Len minimálna časť pacientov je po neúspešnej neoperačnej liečbe indikovaná k operácii, pričom podľa nášho názoru je ideálne, ak je chirurgický výkon realizovaný na konečníku pripravenom autodilatáciami.

Záver

V liečbe trhlín konečníka dominuje neoperačná liečba. V literatúre je opisovaný ústup chirurgickej liečby trhlín konečníka po zavedení konzervatívnej terapie (5). Túto skutočnosť potvrdzuje aj jednoznačný pokles operácií trhlín konečníka na našom pracovisku. Liečba autodilatáciami podľa nášho názoru poskytuje bezpečnú a spoľahlivú neoperačnú metódu liečby trhlín konečníka.

Literatúra

1. Abramowitz L, Benabderahmane D, Baron G, et al. Systematic evaluation and description of anal pathology in HIV-infected patients during the HAART era. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(6):1130–6.
2. Farid M, El Nakeeb A, Youssef M, et al. Idiopathic hyper-tensive anal canal: a place of internal sphincterotomy. *J Gastrointest Surg*. 2009;13(9):1607–13.
3. 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.
4. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Maddoff RD. Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:440–443.
5. Lund JN, Nystrom PO, Coremans G, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. *Tech Coloproctol*. 2006;10:177–18.
6. Mentis BB, Irkorucu O, Akin M, Leventoglu S, Tatlicioglu E. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:232–237.
7. Mousavi SR, Sharifi M, Mehdikhah Z. A comparison between the results of fissurectomy and lateral internal sphincterotomy in the surgical management of chronic anal fissure. *J Gastrointest Surg*. Jul 2009;13(7):1279–82.
8. Pindák D, Pechan J. Manažment análnej fisúry. *Ambulatórná terapia*. 2008;6(3):169–170.
9. Samim M, Twigt B, Stoker L, Pronk A. Topical diltiazem cream versus botulinum toxin a for the treatment of chronic anal fissure: a double-blind randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2012;255(1):18–22.
10. Schiano di Visconte M, Munegato G. Glyceryl trinitrate ointment (0.25%) and anal cryothermal dilators in the treatment of chronic anal fissures. *J Gastrointest Surg*. 2009;13(7):1283–91.
11. Sileri P, Stolfi VM, Franceschilli L, et al. Conservative and Surgical Treatment of Chronic Anal Fissure: Prospective Longer Term Results. *J Gastrointest Surg*. 2010;14(5):773–80.
12. 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.

MUDr. Juraj Váňa, PhD.

Chirurgické oddelenie
Fakultná nemocnica s poliklinikou
V. Spányola 43, 012 07 Žilina
vana@fnspza.sk



Petr Štádlér a kol.:

MINIINVAZIVNÍ PŘÍSTUPY V CÉVNÍ CHIRURGII

Minimálně invazivní operace představují atraktivní alternativu ve srovnání s klasickými chirurgickými přístupy. K minimalizaci operačních vstupů dochází řadu let i v cévní chirurgii, která se inspirovala chirurgií všeobecnou. Kromě klasických laparoskopických technik se nejčastěji setkáváme s endovaskulární léčbou výdutí břišní a hrudní aorty a nejnověji i s roboticky asistovanými operacemi v oblasti břišní aorty a pánevních tepen. Miniinvazivní operační výkony významně redukovat pooperační obtíže a umožňují pacientům časnější návrat k běžnému životu. Miniaparotomie, rukou nebo laparoskopicky asistovaný výkon, výkon vedený plně laparoskopicky nebo torakoskopicky a robotem asistovaný výkon patří mezi současné možnosti miniinvazivních přístupů i v cévní chirurgii.

Maxdorf 2013, edice Jessenius, ISBN: 978-80-7345-296-4, 200 s.

Ojednávejte: písomne – Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 02 Praha, telefonicky – 00420241011681, e-mailom – knihy@maxdorf.cz

www.maxdorf.cz

