

TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE BY INTERNAL LATERAL SPHINCTEROTOMY

SIMKOVIC D, SMEJKAL K, FOLVARSKY J, REPASKY L

LÉČENÍ CHRONICKÉ ANÁLNÍ FISURY LATERÁLNÍ SFINKTEROTOMIÍ

Abstract

Simkovic D, Smejkal K, Folvarsky J, Repasky L:
Treatment of Chronic Anal Fissure by Internal Lateral Sphincterotomy
 Bratisl Lek Listy 1999; 100 (2): 89–91

This paper presents a group of 134 patients, who underwent treatment of chronic anal fissure by internal lateral sphincterotomy (ILS) within the period of 12 years (1985–1996). This number of patients where those in whom conservative treatment (anal divulsion) was not successful. From the total number of 134 patients 110 were treated successfully by surgery (82,08 %). In 19 patients even after fissure healing slight discomfort persisted. Moderate and more severe complaints were reported in 5 patients. In 4 cases the chronic anal fissure failed to heal, in 1 patient due to ILS perianal fistula developed. No other complications, like incontinency etc., were found within the short time interval of follow-up.

ILS is a simple and safe surgical procedure performed under general anaesthesia after precise differentiation of the internal sphincter. The results of surgical treatment are very satisfactory, marked painfulness relieves immediately after operation, the fissure heals rapidly after relaxation of the internal sphincter spasm. Postoperative treatment is simple, the percentage of complications is low. None of the patients operated on in the authors department developed incontinence. (Tab. 3, Ref. 25.)

Key words: chronic anal fissure, internal lateral sphincterotomy.

Fisura představuje běžnou anální lézi postihující všechny věkové skupiny obyvatelstva, s nejčastějším výskytem v nejproduktivnějším věku, tj. ve 3. až 5. deceniu.

Četné studie popisují různé způsoby léčby chronické anální fisury, která se často projevuje výraznými bolestmi, neblaze ovlivňujícími životní způsob postižených osob a nezřídka dokonce znemožňujícími výkon povolání (Clery, 1975; Leny, 1984; Hughes a spol., 1985; Antebi a spol., 1985). Léčebné možnosti zahrnují mimo jiné anální

Abstrakt

Šimkovič D., Šmejkal K., Folvarský J., Repaský L.:
Léčení chronické anální fisury laterální sfinkterotomií
 Bratisl. lek. Listy, 100, 1999, č. 2, s. 89–91

Práce uvádí výsledky léčby 134 nemocných operovaných pro chronickou anální fisuru pomocí vnitřní laterální sfinkterotomie (VLS) v časovém období 12 roků (1985–1996). Operovaní byli nemocní, u kterých nedošlo k ústupu obtíží po konzervativní léčbě doplněné divulzí anu. Z celkového počtu 134 nemocných bylo u 110 léčení pomocí VLS úspěšné. U 19 nemocných (14,1 %) přetrvával po operaci v anální oblasti mírný diskomfort i přes zhojení anální fisury. Výraznější potíže mělo po operaci 5 nemocných (3,7 %). Z tohoto počtu ve 4 případech nedošlo k zhojení fisury, u 1 pacienta došlo v souvislosti s VLS k vzniku perianální píštěle. Jiné komplikace, včetně poruch kontinence, jsme při krátkodobém sledování nemocných nepozorovali.

VLS představuje jednoduchý a bezpečný operační výkon, prováděný v našich podmínkách v celkové anestezii po přesné diferenciaci vnitřního svěrače. Výsledky operační léčby jsou velmi dobré, výrazná bolestivost ustupuje krátce po operaci, fisura se po povolení spazmu vnitřního svěrače rychle hojí. Pooperační léčba je jednoduchá, procento komplikací je nízké. Ani v jednom případě nedošlo u nemocných operovaných na našem pracovišti k inkontinenci. (Tab. 3, lit. 25.)

Klíčová slova: chronická anální fisura, vnitřní laterální sfinkterotomie.

dilataci, skleroterapii, fisurektomii a vnitřní laterální sfinkterotomii (VLS). Protože hypertrofie a zvýšení napětí vnitřního svěrače jsou považovány za hlavní etiologické faktory chronické anální fisury, je parciální přerušení vnitřního svěrače prokazatelně nejefektivnějším terapeutickým výkonem (Fischer, 1978; Mazier a spol., 1978).

Na našem pracovišti považujeme rovněž VLS za nejúčinnější způsob léčení chronické anální fisury. Uvádíme proto vlastní zkušenosti s použitím této delikátní chirurgické metody.

Dpt of Surgery, University Teaching Hospital, Hradec Králové, and Dpt of Surgery, Military Hospital, Bratislava

Address for correspondence: D. Šimkovič, MD, PhD, Chirurgická klinika FN, 500 05 Hradec Králové, Česká republika.

Phone: +421.7.5351151, Internet: SimkovicD@lfhk.cuni.cz

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové a Chirurgické oddělení Vojenské nemocnice v Bratislavě

Materiál, metodika a výsledky

Od ledna 1985 do prosince 1996 jsme léčili pro chronickou anální fisuru 134 nemocných (tab. 1). Z tohoto počtu bylo 59 žen (průměrný věk 44,69 roku) a 75 mužů (průměrný věk 43,69 roku). Věkový rozptyl operovaných 17–82 roků.

Za chronické jsme podle Tzu-Chi Hsu a Mac Keigana považovali ty fisury, u kterých se vyskytovaly alespoň dva z následujících tří příznaků: strážný hrbolek, fisura se sklerotickými okraji a odhaleným vnitřním sfinkterem na spodině a hypertrofická anální papila (Lenz, 1984; Tzu-Chi Hsu a Mac Keigan, 1984). Všichni nemocní byli před provedením VLS léčeni konzervativně, u všech byla provedena divulze anu s respektováním skutečnosti, na kterou upozorňuje Otto, tj. možnost výrazného postižení vnitřního svěrače při nešetrné divulzi s možností trvalého poškození pacienta (Notaras, 1971; Fischer, 1978; Otto a Ewe, 1979).

Příznaky onemocnění u operovaných jsme diferencovali na mírné, střední a výrazné. Jejich souhrn uvádí tabulka 2.

Z celkového počtu bylo 103 operací provedeno operační skupinou s přítomností proktologa, zbylých 31 operací provedli všeobecní chirurgové. Operační výkony byly prováděny v celkové anestezii. V gynekologické poloze byla nejprve provedena revize análního kanálu, poté na čísle 3 provedena radiální incize zevně od mukokutánního přechodu o délce 10 až 12 mm. Po pečlivé diferenciaci vnitřního a zevního análního svěrače a jejich uvolnění v distální části bylo provedeno uvolnění vnitřního svěrače od mukózy. Této části operačního výkonu je nutno věnovat mimořádnou pozornost, protože při poranění mukózy mohou nastat v pooperačním průběhu infekční komplikace. Po uvolnění vnitřního svěrače provádíme vnitřní sfinkterotomii v potřebném rozsahu za pečlivého sledování změny tonu análního kanálu ukazovákem levé ruky. Po hemostáze pomocí komprese jsme provedli suturu kůže "cat-gut" stehem. Strážný hrbolek a hypertrofickou anální papilu jsme snášeli jen v tom případě, že dosahovaly větších rozměrů.

U některých pacientů jsme kromě provedení VLS ošetřili symptomatické hemoroidy a periproktální píštěl. VLS ve vztahu k předoperační chirurgické léčbě análního kanálu a přidruženým operačním výkonům jsou uvedeny v tabulce 3.

Pooperační léčba je jednoduchá, příležitostně byla podávána analgetika, dietetické opatření není nutné. V rámci anální hygieny doporučujeme krátkodobé sedací koupele.

Všichni nemocní byli po hospitalizaci trávající v průměru 5,26 dnů ambulantně sledováni do zhojení, event. do ústupu subjektivních obtíží. U 110 nemocných (82,08 %) došlo v průběhu 1–3 týdnů ke zhojení anální fisury. U 19 nemocných (14,1 %) přetrvával po operaci v anální oblasti mírný diskomfort i přes zhojení anální fisury. Výraznější obtíže mělo po operaci 5 nemocných (3,7 %). Z tohoto počtu ve 4 případech nedošlo k zhojení chronické anální fisury, u jednoho pacienta došlo v souvislosti s VLS k vzniku perianální píštěle. Jiné komplikace, včetně poruch kontinence, jsme při krátkodobém sledování nemocných nepozorovali.

Diskuse

Mnoho prací se zabývá objasněním etiologie chronické anální fisury. Nicméně jednoznačného vysvětlení příčiny jejich vzniku nebylo dosaženo (Arnous a Denis, 1971; Oh, 1975).

Tab. 1. Počet operací v sledovaném období.

Tab. 1. Number of procedures performed in the follow up period.

| Rok Year | Počet No |
|-----------------|-------------|
| 1985 | 1 |
| 1986 | 13 |
| 1987 | 25 |
| 1988 | 13 |
| 1989 | 8 |
| 1990 | 8 |
| 1991 | 7 |
| 1992 | 11 |
| 1993 | 8 |
| 1994 | 8 |
| 1995 | 18 |
| 1996 | 14 |
| Celkem Total | 134 |

Tab. 2. Příznaky onemocnění.

Tab. 2. Symptomatology.

| Druh obtíží Symptoms | Mírné Mild | Střední Moderate | Výrazné Severe | Celkem Total |
|---|---------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| bolesti pain | 2 | 14 | 72 | 88 |
| krvácení bleeding | 12 | 22 | 39 | 73 |
| svědění itching | 7 | 8 | 13 | 28 |
| poruchy vyprazdňování emptying disorders | 2 | 20 | 17 | 39 |

Tab. 3. Operační výkony.

Tab. 3. Surgical procedures.

| Druh Type | Počet No |
|--|-------------|
| VLS+operace hemoroidů ILS+haemorrhoids surgery | 24 |
| VLS po předchozí operaci hemoroidů ILS after previous haemorrhoid surgery | 24 |
| VLS ILS | 80 |
| VLS po neznámém výkonu pro fisuru ILS after unknown treatment of fissure | 6 |

Anální manometrická měření ukazují, že klidové tlaky sfinkteru u pacientů s chronickou anální fisurou jsou signifikantně vyšší, a když jsou nemocní později léčeni VLS, dochází k výraznějšímu poklesu klidového napětí sfinkteru. Výše uvedené stu-

die předpokládají, že zvýšený tlak v análním kanále se podílí na patofyziologii anální fisury (Arnous a Denis, 1971).

Récamier (1829) je všeobecně považován za prvního chirurga, který přerušil vnitřní svěrač v léčení chronické anální fisury (Récamier, 1838). Uvedená technika je i v dnešní době metodou volby při léčení chronických forem tohoto onemocnění. Hlavní výhodou relativně jednoduchého operačního výkonu je dobrý léčebný efekt a jednoduchá pooperační péče.

V roce 1929 doporučil Gabriel u nemocných s chronickou anální fisurou provedení divulze anu v místním znecitlivění (Gabriel, 1948; Hanke a spol., 1979). Později připojil k divulzi excizi anální fisury, kterou dále kombinoval s přerušením svěračů.

Eisenhammer (1951) doporučil přerušeni vnitřního svěrače jako definitivní léčbu chronické anální fisury (Abcarian, 1980). Přednost dával provedení sfinkterotomie ve střední čáře na dně anální fisury. Bennet a Goligher (1962) upozornili na zvýšený výskyt inkontinence u tohoto druhu sfinkterotomie, která souvisí s tzv. příznakem "klíčové dírky" a doporučili laterální přístup. V souvislosti s výše uvedenou komplikací dává naprostá většina autorů přednost provádění VLS na čísle 3 v gynekologické poloze (Notaras, 1971; Clery, 1975; Mazier a spol., 1978; Rosenthal, 1979; Bell, 1980; O'Connor a spol., 1980; Tzu-Chi Hsu a Mac Keigan, 1984; Novák, 1985; Lewis a spol., 1988).

Proč i přesto mají někteří pacienti po VLS přechodnou nebo trvalou inkontinenci větrů nebo stolice a jiní ne, není jasné, ale příčina může být objasněna širokou škálou pooperačních tlaků svěračů. Nejnižší pooperační tlaky dosahují hodnot totožných s tlaky u inkontinence. Tyto nízké pooperační tlaky mohou být důsledkem sfinkterotomie provedené u nemocných s normálním předoperačním tlakem sfinkterů (Chiwcat a spol., 1986).

Notaras v roce 1969 popsal techniku zavřené laterální podkožní sfinkterotomie (Notaras, 1971; Gemenjäger, 1972; Lenz, 1984; Novák, 1985). Od té doby bylo uvedeno mnoho prací posuzujících výhody a nevýhody této metody. Na našem pracovišti dáváme přednost vizuální diferenciaci vnitřního svěrače a pečlivému odpreparování mukózy, ve kterém vidíme základ nízkého výskytu komplikací v našem souboru. Podmínkou dodržování tohoto postupu je provádění operací v celkové anestézii. Keighly a spol. (1981) publikovali studii, ve které uvádí skutečnost, že VLS provedená v lokální anestézii nepřináší zlepšení stavu postižených až v 50 % proti 3 % operovaných v celkové anestézii. Další autoři tvrdí, že o výsledku léčby nerozhoduje druh anestezie, ale správná operační technika (Clery, 1975; Fischer, 1978; Rosenthal, 1979; Abcarian, 1980; Bell, 1980; Tzu-Chi Hsu a Mac Keigan, 1984).

Závěrem je nutno zdůraznit, přestože VLS představuje jednoduchý operační výkon s dobrým léčebným účinkem, jde o výkon velmi delikátní, který by měl být indikován zkušeným chirurgem po důkladném zhodnocení anamnézy, lokálního nálezu a předchozí léčby.

Literatura

- Abcarian H.:** Surgical correction of chronic anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 23, 1980, s. 31—36.
- Antebi E., Schwartz P., Gilon E.:** Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. *Surg. Gynec. Obstet.*, 160, 1985, s. 204—206.
- Arnous J., Denis J.:** Pathogenesis and concepts of anal fissure. *Amer. J. Protocol*, 22, 1971, s. 184—186.
- Bell G.A.:** Lateral internal sphincterotomy in chronic anal fissure, a surgical technique. *Amer. Surg.*, 46, 1980, s. 572—575.
- Bennett R.C., Goligher J.C.:** Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Brit. med. J.*, 1962, č. 2, s. 1500—1504.
- Clery A.P.:** Subcutaneous lateral internal anal sphincterotomy for fissure. *Ir. med. J.*, 68, 1975, s. 482—485.
- Eisenhammer S.:** The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. *S. afr. med. J.*, 25, 1951, s. 486—489.
- Fischer M.:** Klinik und Therapie der Analfissur. *Leber Magen Darm.*, 1978, č. 6, s. 218—220.
- Gabriel W.B.:** Principles of rectal surgery. London, Lews 1948.
- Gemenjäger E.:** Die gedeckte (subkutane) interne Sphincterotomie bei Fisura ani. *Helv. chir. Acta*, 39, 1972, s. 427—432.
- Hanke P.R., Arnold K., Müller-Lobeck H.:** Analfissur-Morphologie, Ätiologie, Therapie. *Fortschr. Med.*, 97, 1979, s. 1149—1152.
- Hughes E., Curthbertson A.M., Killingback M.K.:** Colorectal surgery. Edinburgh, Churchill Livingstone 1983, 443 s.
- Chowcat N.L., Araujo J.G., Boulos P.B.:** Internal sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term effects on anal pressure. *Brit. J. Surg.*, 73, 1986, s. 915—916.
- Keighly M.R., Greca F., Nevah E., Hares M., Williams J.:** Treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy should be under general anesthesia. *Brit. med. J.*, 68, 1981, s. 400—401.
- Lenz P.:** Diferentialdiagnostik: Schmerzen im Anorektalbereich (I). *Med. akt.*, 1984, č. 10, s. 560—562.
- Lewis T.H., Corman M.L., Prager W.E.D., Robertson W.G.:** Long-term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 31, 1988, s. 368—371.
- Mazier W.P., De Moraes R.T., Digman R.D.:** Anal fissure and anal ulcers. *Surg. N. Amer.*, 58, 1978, s. 479—485.
- Notaras M.J.:** The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy-technique and results. *Brit. J. Surg.*, 58, 1971, s. 96—100.
- Novák J.:** Základy proktologie. Praha, Avicenum 1985, 268 s.
- O'Connor J.J.:** Lord procedure for treatment of postpartum hemorrhoids and fissures. *Obstet. Gynecol.*, 55, 1980, s. 747—748.
- Oh C.:** Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for anal fissure. *Mt. Sinai J. Med. (NY)*, 42, 1975, s. 596—601.
- Otto P., Ewe K.:** Atlas of rectoscopy and colonoscopy. Berlin, Springer Verlag 1979, 120 s.
- Récamier J.C.:** Extension massage et percussion cadencee dans le traitement des contractures musculaires. *Rev. Med. franc.*, 1838, č. 1, s. 74—79. (Translated: *Dis. Colon Rectum*, 23, 1980, s. 362—367.)
- Rosenthal D.:** Fissure-in-ano management in the Military Community. *Milit. Med.*, 144, 1979, s. 505—508.
- Tzu-Chi Hsu, Mac Keigan J.M.:** Surgical treatment of chronic anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 27, 1984, s. 475—478.