

ISSN 1392-0995
LIETUVOS CHIRURGIJA
Lithuanian Surgery
2003, 1 tomas, 4 numeris, p. 299–303

Redaktoriaus skiltis

Lateralinė sfinkterotomija išangės įplėšai gydyti: asmeninė patirtis (2000–2002 metai)

Lateral sphincterotomy for anal fissure: personal experience (2000–2002)

Narimantas Evaldas Samalavičius

*Vilniaus centro universitetinės ligoninės Chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris
Žygimantų g. 3, LT–2001 Vilnius
El. paštas: narimantsam@takas.lt*

Tikslas

Išnagrinėti 2000–2002 metais nuo išangės įplėšos operuotų ligonių gydymo rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Lateralinė sfinkterotomija atlikta 46 ligoniams: 26 moterims ir 20 vyrų. Jų amžius – nuo 31 iki 77 metų, vidurkis – 50 metų. Hospitalizacija truko nuo 1 iki 7 dienų, vidutiniškai 1,8 dienos. 24 (52,2%) ligoniai operuoti taikant vietinę, 17 (37%) – bendrąją, 3 (6,5%) – spinalinę ir 2 (4,3%) – epidurinę nejautrą. 14 (30,4%) ligonių atliktos simultaninės operacijos. Komplikacijų nebuvo. Visiems ligoniams 2003 metų vasarį išsiųsti klausimynai.

Rezultatai

Apklausoje dalyvavo 28 (60,1%) ligoniai iš 46 operuotųjų. Chirurginiu gydymu buvo patenkinti 27 (96,4%) ligoniai, o nepatenkintas – vienas (3,6%). Po operacijos 21 (75%) ligoniui skundai visiškai išnyko, 4 (14,2%) nurodė diskomfortą išangės srityje, o 3 ligoniai (10,7%) – tam tikro intensyvumo išangės skausmą ir kraujavimą. Sutrikusia po operacijos išangės raukų funkcija skundėsi iš viso 3 (10,7%) ligoniai. Pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją, vienam ligoniui išmatų nelaikymas įvertintas 1 balu, vienam – 2 balais ir vienam – 4 balais.

Išvados

Lateralinė sfinkterotomija yra saugi ir veiksminga operacija išangės įplėšai gydyti. Kadangi kai kuriems ligoniams po operacijos pasireiškia nors ir nedidelis išmatų nelaikymas, prieš taikant chirurginį gydymą būtina išbandyti konservatyvaus gydymo priemones.

Prasminiai žodžiai: išangės įplėša, lateralinė sfinkterotomija, rezultatai, išmatų nelaikymas

Objective

The aim of the study was to evaluate the long-term results after lateral sphincterotomy for anal fissure for the period January 2000 to December 2002.

Patients and methods

Operated on were 46 patients (26 women and 20 men, age range 31–77, mean 50 years). In-hospital stay lasted 1 to 7 days, mean 1.8 days. Twenty-four patients (52.2%) were operated on under local, 17 (37%) under general, 3 (6.5%) under spinal and 2 (4.3%) under epidural anesthesia; 14 (30.4%) patients underwent simultaneous anorectal surgery. No complications occurred. All patients received a questionnaire by mail in February 2003.

Results

Of 46 patients, 28 (60.1%) responded, of them 27 (96.4%) were satisfied with the results of surgery and 1 (3.6%) was not. Twenty-one patients (75%) noted a full resolution of symptoms, 4 (14.2%) noted a minor anal discomfort and 3 (10.7%) a certain degree of anal pain and haemorrhage. Anal incontinence was present in 3 (10.7%) cases: according to Celveland Continence Score, 1 point in one case, 2 points in one case and 4 points in one case.

Conclusions

Lateral sphincterotomy was a safe and effective surgical option for anal fissure. As in some patients certain loss of anal control is unavoidable, conservative measures should be administered prior to surgical treatment.

Keywords: anal fissure, lateral sphincterotomy, results, incontinence

Ižanga

Išangės įplėša yra linijinė išangės kanalo opa, kuri tęsiasi nuo išangės kanalo išorinės ribos iki dantytosios linijos. Dažniausiai (1% vyrų ir 10% moterų) ji aptinkama ties viduriu dorsalinėje išangės kanalo srityje. Chirurgiškai gydant išangės įplėšą, ši anatomicinė detalė yra labai svarbi, nes jos ilgis atitinka vidutiniškai nuo trečdaliao iki pusės vidinio išangės rauko ilgio. Kančios, kurias sukelia išangės įplėša, tikrai neatitinka jos dydžio. Kad ši liga dažna, rodo Italijos koloproktologijos klinikų analizė: 1995 metų duomenimis, iš 15 161 gydyto ligonio net 10% buvo išangės įplėša [1]. Stebėtina, kad tokia dažna patologija kaip atskiras klinikinis vienetas išskirta tik 1934 metais [2]. Ligos etiopatogenezė nėra iki galo aiški. Manoma, jog išangės įplėša atsiranda pažeidus išangės kanalą kietoms išmatoms [3]. Taigi tam tikrą reikšmę turi vidurių užkietėjimas. Manometriniai tyrimai aiškiai parodė, jog esant išangės įplėšai vidinio išangės rauko tonusas yra padidėjęs [4, 5, 6]. Išangės kanalo dorsalinė dalis aprūpinama krauju blogiausiai [7, 8]. Tad padidėjęs išangės rauko tonusas tik dar labiau pablogina ir taip prastesnę kraujotaką šioje išangės kanalo srityje.

Per pastaruosius penkiolika metų pasiūlyta įvairių nechirurginio išangės įplėšos gydymo būdų: botulino toksino injekcinė terapija [9], lokalus gydymas azoto oksido donorais [10, 11], kalcio kanalų blokatoriais [12, 13] bei keletas kitų. Nors toks gydymas yra gana sėkmingas, vis dėlto dalis ligonių neišvengia chirurginės intervencijos.

Šiame straipsnyje pateikiama asmeninė trejų metų patirtis atliekant lateralinę sfinkterotomiją išangės įplėšai gydyti.

Ligoniai ir metodai

2000–2002 metais, t. y. per trejus metus, lateralinė sfinkterotomija nuo išangės įplėšos atlikta 46 ligoniams: 26 moterims ir 20 vyrų. Jų amžius – nuo 31 iki 77 metų, vidurkis – 50 metų. Lateralinė sfinkterotomija atlikta standartiniu būdu, per 5 mm odos pjūvį šalia išangės kairėje žirkklėmis perkerpant vidinį išangės rauką iki dantytosios linijos. Hospitalizacija truko nuo 1 iki 7 dienų, vidutiniškai 1,8 dienos. 24 (52,2%) ligoniai operuoti sukėlus vietinę, 17 (37%) – bendrąją, 3 (6,5%) – spinalinę ir 2 (4,3%) – epidurinę nejautrą. 14 (30,4%) ligonių atliktos simultaniškos operacijos: dviem pašalinti iš-

angės polipai, šešioms perrišti vidiniai hemorojiniai mazgai, šešioms atlikta uždaroji hemoroidektomija.

2000 metais operuoti 4, 2001 m. – 12 ir 2002 m. – 30 ligonių. Nė vienam ligoniui po operacijos komplikacijų nebuvo. Visiems ligoniams 2003 metų vasarį išsiųsti klausimynai.

Rezultatai

Apklausoje dalyvavo 28 (60,1%) ligoniai iš 46 operuotųjų. Iki operacijos 26 (92,8%) iš 28 ligonių išbandė įvairias konservatyvaus gydymo priemones. Chirurginiu gydymu buvo patenkinti 27 (96,4%), o nepatenkintas – vienas (3,6%). Labai gerai ir gerai gydymą vertino 25 (89,3%) iš 28 ir tik 3 (10,7%) – patenkinamai.

21 (75%) ligoniui skundai po operacijos visiškai išnyko, 4 (14,2%) nurodė diskomfortą išangės srityje, o 3 ligoniai (10,7%) – tam tikro intensyvumo išangės skausmą ir kraujavimą.

Sutrikusia po operacijos išangės raukų funkcija skundėsi 3 (10,7%) ligoniai. Pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją [14], vienam ligoniui išmatų nelaikymas įvertintas 1 balu, vienam – 2 balais ir vienam – 4 balais.

Diskusija

Nors padidėjęs išangės raukų tonusas yra labai svarbus išangės įplėšos etiopatogenezės veiksnys, jis, matyt, yra ne vienintelė šios ligos priežastis. Vienas iš kontrargumentų galėtų būti tas, jog po gimdymo moterims atsirandus išangės įplėšų išangės raukų tonusas gali būti netgi mažesnis [15]. Tad natūralu, jog vienas iš svarbių šio

darbo trūkumų tas, jog mes nenaudojome objektyvių tyrimų, t. y. išangės kanalo manometrijos, lateralinės sfinkterotomijos poveikiui įvertinti. Iš literatūros žinoma, jog išangės kanalo tonusas ramybės metu po lateralinės sfinkterotomijos sumažėja iki 50% [16]. Skausmo išnykimą po operacijos neabejotinai lemia kraujosruvos pagerėjimas įplėšos srityje išnykus išangės raukų hipertonusui. Įvairių autorių duomenys vertinant išangės raukų funkcijos sutrikimą po lateralinės sfinkterotomijos labai skiriasi. Viena iš priežasčių ta, kad nėra universalios išmatų nelaikymo klasifikacijos. Išmatų nelaikymas, dažniausiai nedidelio laipsnio, po lateralinės sfinkterotomijos pasitaiko nuo 1,3 iki 66% [17–22]. Pažymėtina, jog lateralinė sfinkterotomija, palyginti su konservatyviais metodais (azoto oksido donorų terapija), yra gerokai veiksmingesnė [23]. Tačiau būtent konservatyvios priemonės šiandien yra pirmo pasirinkimo metodas išangės įplėšai gydyti. Lyginant šio darbo duomenis su 2001 m. paskelbtais mūsų skyriaus duomenimis [25], reikia pasakyti, kad nedidelio laipsnio išangės raukų funkcijos sutrikimą mes nustatėme tik 10,7% ligonių. Tokios patologijos gydymo centralizacija 2001 metais įkūrus Koloproktologijos poskyrį neabejotinai lėmė geresnius chirurginio gydymo rezultatus.

Išvados

Lateralinė sfinkterotomija yra saugi ir veiksminga operacija išangės įplėšai gydyti. Kadangi kai kuriems ligoniams po operacijos pasireiškia nors ir nedidelio laipsnio išmatų nelaikymas, prieš taikant chirurginį gydymą būtina išbandyti konservatyvaus gydymo priemones.

LITERATŪRA

1. Pescatori M, Interisano A. Annual report of the Italian coloproctology clinics. *Techniques in Coloproctology* 1995 Mar; 3: 29–30.
2. Lockhart-Mummery JP. *Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment*. Toronto: MacMillan, 1934.
3. Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon* (Fifth edition). London: Bailliere Tindall, 1985.
4. Abcarian H, Lakshmanan S, Read RD, Roccaforte P. The role of internal sphincter in chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 525–8.
5. Gibbons KP, Read W. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? *Br J Surg* 1986; 73: 443–5.
6. Lin JK. Anal manometric studies in haemorrhoids and anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 839–42.
7. Schouten WR, Briell JW, Auwerda JJA, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 63–5.
8. Lund JN, Binch C, McGrath J, Sparrow RA, Scholefield JH. Topographical distribution of blood supply to the anal canal. *Br J Surg* 1999; 86: 496–8.
9. Maria G, Brisinda G, Bentivoglio AR, Casetta E, Gui D, Albanese A. Botulinum toxin injections in the internal anal sphincter for the treatment of chronic anal fissure. *Ann Surg* 1998; 228(5): 664–9.

10. Kennedy ML, Sowter S, Nguyen H, Libowski DZ. Glyceril trinitrate ointment for the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1000–3.
11. Werre AJ, Palamba HW, Bilgen EJ, Eggink WF. Isosorbide dinitrate in the treatment of anal fissure: a randomised, prospective, double blind, placebo-controlled trial. *Eur J Surg* 2001 May; 167(5): 382–5
12. Antropoli C, Perrotti P, Ruibino M, Martino A, De Stefano G, Migliore G, Antropoli M, Piazza P. Nifedipine for the local use in the conservative treatment of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1011–15.
13. Jonas M, Neal KR, Abercrombie JF, Scholefield JH. A randomized trial of oral vs. topical diltiazem for chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2001 Aug; 44(8): 1074–8
14. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77–97.
15. Corby H, Donnelly VS, O’Herlihy CO, O’Connelly PR. Anal canal pressures are low in women, developing postpartum anal fissure. *Br J Surg* 1997; 84: 86–8.
16. Chowcat NL, Arajuo JGC, Boulous PB. Internal sphincterotomy for anal fissure: long term effects on anal pressure. *Br J Surg* 1986; 73: 915–6.
17. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31–6.
18. Khubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 1989; 76: 431–4.
19. Blessing H. Late results after individualized lateral internal sphincterotomy. *Helv Chir Acta* 1993; 59: 603–7.
20. Pfeifer J, Berger A, Uranus S. Surgical therapy for chronic anal fissure – do additional proctologic operations impair continence. *Chirurg* 1994; 65: 630–3.
21. Sultan AH, Kamm MA, Nicholls RJ, Bartram CI. Prospective study of the extent of internal sphincter division during lateral sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1031–3.
22. Pernikhoff BJ, Eisenstat TE, Rubin RJ, Oliver GC, Salvati EP. Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1291–5.
23. Nyam DCNK, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306–10.
24. Richard CS, Gregoire R, Plewes EA, Silverman R, Burul C, Buie D, Reznick R, Ross T, Burnstein M, O’Connor BI, Mukraj D, McLeod RS. Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group. *Dis Colon Rectum* 2000 Aug; 43(8): 1048–57; discussion 1057–8.
25. Samalavicius N, Poskus T. Lateral sphincterotomy for anal fissure: a retrospective study. *Acta Medica Lituanica* 2001; 8(2): 138–41.

Gauta: 2003 11 20

Priimta spaudai: 2003 12 12

Nuomonė

Dr. N. E. Samalavičius straipsnyje nagrinėjami išangės įplėšos chirurginio gydymo rezultatai.

Panašios taktikos, kaip nurodo straipsnio autorius, šiuo metu dažniausiai ir laikomasi: įplėša gydoma konservatyviai, o jei nepadeda, operuojama [1, 2]. Gydymo vaistais svarbą įvairūs autoriai vertina skirtingai. R. Nelson objektyvizavo gydymo vaistais naudą, atlikdamas randomizuotų išangės įplėšos gydymo būdų veiksmingumo tyrimų metaanalizę. Jis apibendrino 31 randomizuoto tyrimo, nagrinėjančio nitroglicerino, izosorbido, nifedipino, diltiazemo, botulino toksino, analinių dilatatorių, lignokaino efektyvumą gydant išangės įplėšą, rezultatus ir padarė išvadą, kad gydymas vaistais tik šiek tiek veiksmingesnis negu placebo ir gerokai nusileidžia

chirurginei operacijai [3]. Vis dėlto chirurginis gydymas sukelia komplikacijų, pirmiausia įvairaus laipsnio išmatų nelaikymą.

Nors aiškindamiesi įplėšos patogenezę dauguma autorių svarbiausią reikšmę teikia išangės rauko hipertonusui, tiksliai jį įvertinti galima tik atlikus išangės rauko manometriją. Realu tikėtis, kad rutininiai išangės rauko manometrijos tyrimai galėtų sumažinti pooperacinio išmatų nelaikymo grėsmę, tačiau pažymėtina, kad įprastine tvarka išangės rauko tonusas nematuojamas netgi geriau aprūpintose gydymo įstaigose: apklausus Didžiosios Britanijos ir Airijos koloproktologų asociacijos 365 narius, 57% jų nurodė, kad abiejų lyčių ligoniams įplėšas operuoja atlikdami lateralinę sfinkterotomiją be išangės rauko fiziologijos tyrimų; šio rauko fiziologija tiriama tik moterims, kurioms įplėša atsirado gimdymo metu [4]. Net 95% apklaustųjų teigė, kad prieš operuo-

dami bandė ligonius gydyti vaistais. G. Garcea ir bendraautoriai mėgino sumažinti inkontinencijos grėsmę, mažiau įpjaudami vidinį rauką [5]. Operuota 60 ligonių, dviem iš jų atsirado nedidelio laipsnio inkontinencija, tačiau 11 iš jų (18%) po operacijos skundėsi skausmu ir kraujavimu [5]. Taigi rasti aukso vidurį tarp gero gydymo rezultato ir minimalios komplikacijų grėsmės nėra lengva.

Dr. N. E. Samalavičiaus darbas, kuriame analizuojama šios patologijos chirurginio gydymo patirtis ir geri

gydymo rezultatai, leidžia priimti jo sukauptą patirtį ir taikyti kasdieniame darbe. Autoriui būtų galima papriekaištauti, kad daug operuotų ligonių (beveik 40%) neatsakė į anketos klausimus. Dėl to galėjo nukentėti išvadų tikslumas.

Dr. Gintautas Radžiūnas

Vilniaus centro universitetinė ligoninė,

Žygimantų g. 3, LT-2001 Vilnius

El. paštas: gradziunas@hotmail.com

LITERATŪRA

1. Acheson AG, Scholefield JH. Anal fissure: the changing management of a surgical condition. *Langenbecks Arch Surg* 2003 Nov 18 [Epub ahead of print].

2. Utzig MJ, Kroesen AJ, Buhr HJ. Concepts in pathogenesis and treatment of chronic anal fissure – a review of the literature. *Am J Gastroenterol* 2003 May; 98(5): 968-74.

3. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD003431

4. Karandikar S, Brown GM, Carr ND, Beynon J. Attitudes to the treatment of chronic anal fissure in ano after failed medical treatment. *Colorectal Dis* 2003 Nov; 5(6): 569-72.

5. Garcea G, Sutton C, Mansoori S, Lloyd T, Thomas M. Results following conservative lateral sphincteromy for the treatment of chronic anal fissures. *Colorectal Dis* 2003 Jul; 5(4): 311-4.