

© Borgis

# Uwięźnięcie polipa odbytu w przetoce odbytu – opis przypadku

\*Przemysław Ciesielski<sup>1</sup>, Barbara Górnicka<sup>2</sup>, Paweł Siekierski<sup>1</sup>, Jacek Skoczylas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy, Wołomin

Ordynator Oddziału: dr med. Krzysztof Górnicki

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Barbara Górnicka

---

## INCARCERATION OF RECTAL POLYP IN ANAL FISTULA – A CASE REPORT

---

### Summary

Rectal polyps are built of epithelial multilayer galls located between the edge of the anus and the line crested. They represent a clinical manifestation of inflammatory processes in the anal canal. Small polyps may not give, any clinical symptoms. Repeated edematous changes with time lead to the fibrous transformation polyp and substantial expansion its size. Described in such cases, symptoms include a feeling of incomplete bowel movement, the presence of a foreign body in the rectum, bleeding and prolapse of the polyp during defecation. Described by the authors of the case concerns an unusual complication associated with the coexistence of the polyp and anal fistula involving the incarcerated polyp in the duct fistula, which required urgent surgical intervention.

The case of 53 year old woman admitted through the emergency department to the Division of General Surgery and operated due to entrapment anal polyp in anal fistula.

The patient was discharged home without discomfort on the 4th day of admission. Early results of treatment were assessed as good.

Conclusions: 1. Patients with suddenly emerging and very severe pain around the anus should be considered examination under anesthesia for correct diagnosis and initiation of causal treatment. 2. Concurrent operation cutouts polyp with a fistula in the case of entrapment polyp in low rectal fistula gives good early results of treatment. The condition is a small part of the sphincter covered canal fistula – which allows the execution of operations in a single step without pedals incontinence.

---

Key words: polyp anus, anal fistula, anal crypt inflammation, fibrous polyp

---

### WSTĘP

Polipy odbytu to egzofityczne wyrośla zlokalizowane w kanale odbytu, między brzegiem odbytu a linią grzebieniastą (1). Polip odbytu jest kliniczną manifestacją procesu zapalnego toczącego się w obrębie nabłonka wielowarstwowego płaskiego – najczęściej zapalenia krypty odbytu na wysokości linii grzebieniastej. Może również towarzyszyć chorobom przewlekłym, takim jak szczelina czy przetoka odbytu. Wielkość polipa zależy od czasu trwania choroby. Małe polipy przeważnie są bezobjawowe i rozpoznawane w trakcie badania proktoskopowego wykonywanego najczęściej z innego powodu. Duże polipy mogą dawać objawy niespecyficzne, związane z rozszczelnieniem kanału odbytu (swędzenie, pieczenie, dyskomfort), a także z uszkodzeniem polipa w trakcie defekacji (krwawienie) lub wynikające z obecności polipa w odbytnicy

lub kanale (uczucie parcia na stolec lub niepełnego wypróżnienia) (2). Rzadkim objawem polipów jest ból – może on się jednak pojawić w sytuacji współistnienia polipa ze szczeliną odbytu, wypadnięcia polipa poza kanał odbytu z uciskiem zwieraczy na szypułę i następowym niedokrwieniem lub uwięźnięcia polipa w kanale przetoki.

### OPIS PRZYPADKU

53-letnia chora została przyjęta do Oddziału Chirurgii w ramach ostrego dyżuru z powodu silnych bólów okolicy odbytu, które pojawiły się około dobowo wcześniej i nie reagowały na ogólnie dostępne leki przeciwbólowe. Od około 1,5 roku chora okresowo miała poboлевania, krwawienia oraz czuła dyskomfort okolicy odbytu. Od wielu lat cierpiała na zaparcia. Nigdy wcześniej nie była badana proktologicznie oraz nie

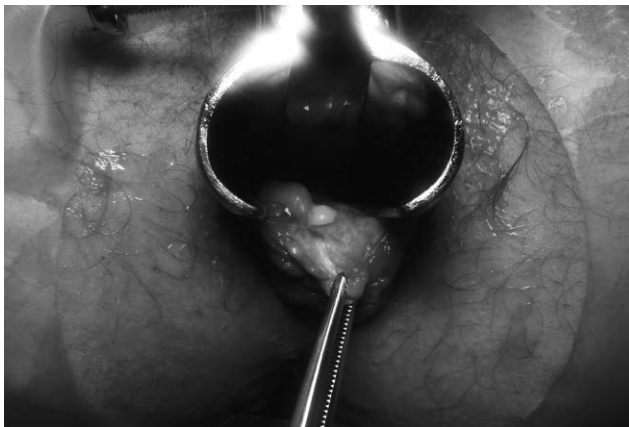
miała wykonywanych badań endoskopowych. Wywiad rodzinny i internistyczny nie był obciążony.

Ogólne badanie przedmiotowe nie wykazało odchyień od normy.

Badanie proktologiczne chorej w Oddziale Ratunkowym ujawniło dominujący obrzęk okolicy odbytu, szczególnie na tylnym obwodzie; obrzęk obejmował fałd brzoźny, który powodował wycienienie błony śluzowej z kanału odbytu. Stwierdzono znacznie wzmożone napięcie czynne i bierne zwieraczy odbytu. Z tego powodu badanie było utrudnione. Okoliczne węzły chłonne nie były powiększone. Po postawieniu wstępnego rozpoznania: zakrzepica guzków krwawniczych IV do różnicowania z ropniem odbytu, zakwalifikowano chorą do przyjęcia do Oddziału Chirurgii.

Badania dodatkowe nie wykazywały istotnych odchyień od normy.

Pacjentkę zakwalifikowano do badania w znieczuleniu. Badanie proktologiczne przeprowadzono w znieczuleniu dołędźwiowym i ułożeniu w pozycji litotomijnej. Zweryfikowano wstępne rozpoznanie. Przyczyną dolegliwości okazał się polip o średnicy około 10 mm uwięźnięty w przetoce odbytu tylnej przezzwieraczowej (ryc. 1).



Ryc. 1. Polip uwięźnięty w przetoce odbytu.

Przetoka obejmowała zwieracz od tyłu w objętości około 10-15%. Ujście zewnętrzne przetoki znajdowało się u podstawy obrzękniętego fałdu brzoźnego, a wewnętrzne w tylnej krypcie odbytu. W wyniku obrzęku przetoki doszło do zwężenia obu ujść przetoki i uwięźnięcia polipa w świetle przetoki (ryc. 2).

Po ocenie masy zwieracza objętego przetoką zdecydowano o jednoczesnym usunięciu polipa wraz z przetoką. Na szypułkę ponad polipem założono pojedynczy szew, którym zagłobiono górny biegun powstałej rany. Dystalnej części rany nie szyto (ryc. 3).

Przebieg operacji i pooperacyjny był niepowikłany. Dolegliwości ustąpiły w 2. dobie po zabiegu, napięcie zwieraczy czynne i bierne wróciło do normy w 3. dobie, w 4. dobie chorą wypisano do domu.

Rozpoznanie histopatologiczne wyciętego polipa potwierdziło łagodny charakter zmiany. Polip włóknisty zbudowany z nabłonka wielowarstwowego płaskiego z obfitym naciekiem zapalnym (ryc. 4).

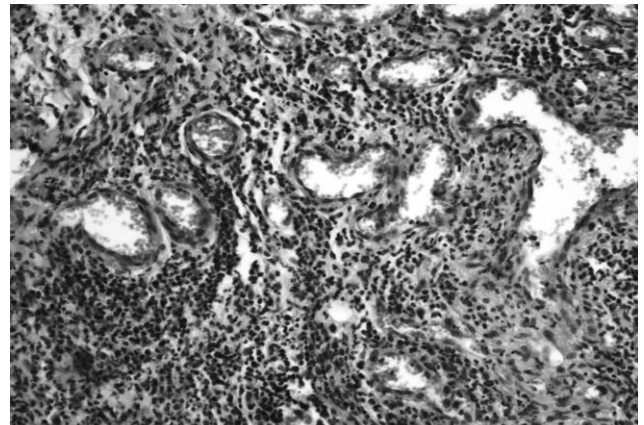
Badanie kontrolne po miesiącu i 3 miesiącach wykazało pełne wygojenie rany pooperacyjnej oraz prawidłowe napięcie zwieracza odbytu. Chora nadal zgłaszała okresowo występujące zaparcia, pozostałe dolegliwości ustąpiły (ryc. 5).



Ryc. 3. Wycięcie polipa odbytu z przetoką przezzwieraczową tylną w bloku.



Ryc. 2. Przetoka odbytu tylna przezzwieraczowa z polipem wewnątrz przetoki.



Ryc. 4. HEx40 Błona śluzowa odbytnicy (pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim) z obfitym przewlekłym ropnym naciekiem zapalnym.



Ryc. 5. Badanie kontrolne po miesiącu od operacji.

#### DYSKUSJA

Opisana pacjentka stanowi rzadki przypadek powikłania przetoki odbytu, jakim jest uwięźnięcie polipa w jej świetle. W dostępnym piśmiennictwie jest niewiele opisów podobnych przypadków. Operacje zarówno przetok, jak i polipów odbytu odbywają się zazwyczaj w trybie planowym, rzadko pojawiają się objawy wskazujące na potrzebę pilnej interwencji chirurgicznej. Do takich objawów należy silny ból, co potwierdza doniesienie badaczy z Czech. W 2009 roku opisali oni przypadek pacjentki, u której doszło do uwięźnięcia podobnego w rozmiarach polipa w przetoce (3). Opisane przez nich objawy, proponowane leczenie, jak i jego efekt były tożsame z przedstawionym przypadkiem. Innym powikłaniem wymagającym pilnej interwencji może być niedrożność przewodu pokarmowego spowodowana uwięźnięciem polipa dużych rozmiarów w kanale odbytu (4). Samo postawienie właściwego rozpoznania przeważnie wymaga

badania w znieczuleniu z uwagi na silne dolegliwości i brak możliwości prawidłowej oceny miejscowej.

Zaproponowane leczenie polegające na wycięciu polipa wraz z przetoką dało dobry wczesny efekt leczniczy. Obejmowało ono zarówno działanie objawowe, jakim było usunięcie polipa dające ustąpienie objawów krwawienia, dyskomfortu i świądu, jak i przyczynowe. Usunięcie przetoki likwidowało przyczynę przewlekłego stanu zapalnego, który leżał u podłoża powstania polipa. Usunięcie przetoki było możliwe z uwagi na położenie (przetoka tylna) oraz na stosunkowo niewielką objętość zwieracza, jaką obejmowała przetoka.

#### WNIOSKI

U chorych z nagle pojawiającymi się i bardzo nasilonymi dolegliwościami bólowymi okolicy odbytu należy rozważyć badanie w znieczuleniu dla postawienia prawidłowego rozpoznania i wdrożenia leczenia przyczynowego.

Jednoczasowa operacja wycięcia polipa z przetoką w przypadku uwięźnięcia polipa w niskiej przetoce odbytu daje dobre wczesne wyniki leczenia. Warunkiem jest mała masa zwieracza objęta kanałem przetoki – co pozwala na wykonanie operacji w jednym etapie, bez następnej inkontynencji.

#### Piśmiennictwo

1. Winkler R, Otto P, Schiedeck T: Schorzenia splotów hemoroidalnych. Przerośnięte brodawki odbytnicze. [W]: Dzik A (red.): Proktologia Praktyczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 113-115.
2. Schutte AG, Tolentino MG: A second study of anal papillae. Dis Colon Rectum 1971; 14: 435-450.
3. Galanis I, Dragoumis D, Tsolakis M et al.: Obstructive ileus due to a giant fibroepithelial polyp of the anus. World J Gastroenterol 2009; 15(29): 3687-3690.
4. Papadopoulos IN: DCase Rep. 2010; bcr08.2009.2169 [Pubmed].

nadesłano: 03.11.2014

zaakceptowano do druku: 08.12.2014

Adres do korespondencji:

\*Przemysław Ciesielski

Oddział Chirurgii Ogólnej

Szpital Powiatowy

ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin

tel.: +48 (22) 763-31-16

e-mail: przemyslaw.ciesielski@szpitalwolomin.pl