

© Borgis

Nowa Med 2015; 22(1): 17-19 | DOI: [10.5604/17312485.1154935](https://doi.org/10.5604/17312485.1154935)

\*JACEK HERMANN, TOMASZ KOŚCIŃSKI, URSZULA PIEKARSKA-SKOWROŃSKA,  
MICHAŁ DOPIERAŁA

## Przetoka odbytniczo-pochwowa jako powikłanie przedniej resekcji odbytnicy

Rectovaginal fistula after anterior resection of the rectum for cancer

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej,  
Uniwersytet Medyczny, Poznań  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Michał Drews

### Summary

Authors present two patients who developed rectovaginal fistulas after anterior resection of the rectum for cancer. Although, the complication is uncommon it requires enough attention due to a dramatic decline in quality of life and high rate of recurrence after primary repair. Anterior resection of the rectum with a double stapling technique is a commonly used sphincter – preserving method of treatment for cancer. Most fistulas is a result of a damage to the vaginal wall which appears during resection of the rectum or colectomy. Interposition of the vaginal wall between the remnants of the colon and rectum during anastomosis was a presumed cause of a fistula in the first patient. A fistula in the second patient after previous hysterectomy, occurred due to a false anastomosis of the sigmoid colon with vagina. Proper qualification for an operation, competence in topographic anatomy of the pelvis, and appropriate surgical technique are essential methods of the severe complication avoidance. Treatment depends on localization, and diameter of a fistula, and the period of time from the primary operation to the diagnosis of a fistula. In general, low fistulas are repaired with transanal, transvaginal, or perineal approach. Whereas, high fistulas are operated with laparotomy.

### Key words

rectovaginal fistula, anterior resection of the rectum, management

### WPROWADZENIE

Przetoka odbytniczo-pochwowa stanowi znacznego stopnia obciążenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, jak również duże wyzwanie dla leczonego chirurga. Istnieje kilka klasyfikacji przetok w zależności od przyczyny, wielkości oraz lokalizacji zmiany. Uwzględniając przyczynę, wyróżnia się przetoki: pourazowe, infekcyjne, zapalne oraz nowotworowe. Podział na przetoki małe i duże wynika z rozmiaru ubytku w przegrodzie odbytniczo-pochwowej. Lokalizacja ujścia przetoki zarówno w odbytnicy, jak i w pochwie determinuje podział przetok na niskie lub wysokie. Najczęściej rozpoznaje

się przetoki powstałe w wyniku urazu okołoporodowego, ale spotyka się również przetoki po przedniej resekcji odbytnicy z powodu raka (1).

Przetoka objawia się oddawaniem gazów, stolca lub treści ropnej przez pochwę, a także nawrotowymi infekcjami dróg moczowych lub pochwy. W większości przypadków ujście dużej przetoki może być rozpoznane na podstawie badania przez odbytnicę lub badania zestawionego przez odbytnicę i pochwę. Ubytek w przegrodzie jest wyczuwalny palpacyjnie lub widoczny w postaci otworu łączącego pochwę z odbytnicą lub zagłębienia w błonie śluzowej odbytnicy lub pochwy.

Z kolei obecność małych przetok może być potwierdzona na podstawie zabarwienia tamponu umieszczonego w pochwie po wykonaniu wlewki doodbytniczej z roztworu błękitu metylenowego lub po wykonaniu badania kontrastowego odbytnicy bądź pochwy (2).

Leczenie przetok jest trudne z powodu częstych nawrotów choroby. Wybór metody operacyjnej zależy od lokalizacji przetoki, jakości tkanek otaczających zmianę oraz integralności zwieracza zewnętrznego odbytu. Leczenie zakażenia oraz stanu zapalnego tkanek w okolicy przetoki poprzedza każdą próbę leczenia operacyjnego. Przetoki niskie operuje się z dostępu przezodbytnowego, przezpochwowego lub kroczonego, natomiast wysokie przez laparotomię (2).

W przedstawionej pracy omówiono przypadki dwóch pacjentek, u których rozwinęła się przetoka odbytniczopochwowa po przedniej resekcji odbytnicy z powodu raka. Powikłanie to, chociaż rzadko występujące, wymaga jednak poświęcenia należytej uwagi z powodu znacznego obniżenia jakości życia pacjentki i dużych trudności w leczeniu.

## PRZYPADEK 1

Chora L.K., lat 61, została przyjęta do Kliniki w lipcu 2011 roku z powodu jatrogennej przetoki odbytniczopochwowej. Przetoka stanowiła powikłanie przedniej resekcji odbytnicy, wykonanej z powodu nisko zróżnicowanego raka gruczołowego z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych, którą pacjentka przeżyła w innym ośrodku dwa lata wcześniej. Nie została naświetlona uzupełniająco. Po ujawnieniu się przetoki już w czasie pierwszego pobytu w szpitalu wyłoniono pętlową stomię na poprzecznicy, którą po kilku miesiącach zamieniono na końcową z powodu wypadania. Przy przyjęciu chora zgłaszała wyciek treści śluzowo-ropnej z pochwy oraz częste parcie na stolec. W czasie rektoskopii rozpoznano ujście przetoki na przedniej ścianie odbytnicy w obrębie przegrody odbytniczopochwowej o średnicy 10 mm, na głębokości 8 cm od odbytu, tuż poniżej zespolenia okrężniczo-odbytniczego. Tkanki przegrody odbytniczopochwowej były niepełnowartościowe i bliznowate w okolicy otworu przetoki. Nie stwierdzono ubytków w zakresie zwieracza zewnętrznego. Pacjentka została poddana operacji z dostępu przezodbytnowego. Wyjęto kilka zszywek z błony śluzowej pokrywającej ujście przetoki. Wycięto kanał przetoki wraz z trzecią częścią obwodu zespolenia. Wykonano warstwową rekonstrukcję ściany odbytnicy i przegrody odbytniczopochwowej. Od strony pochwy założono szwy na błonę śluzową. Zwracało uwagę dość wąskie zespolenie okrężniczo-odbytnicze pierwotnie średnicy około 1 cm. Uzyskano poszerzenie zespolenia do średnicy 2 cm. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i pacjentkę zwolniono do domu w 4. dobie po zabiegu.

## PRZYPADEK 2

Chora M.P., lat 72, została przyjęta do Kliniki w październiku 2012 roku z powodu raka środkowej części odbytnicy. W przeszłości przeżyła całkowite wycięcie macicy z powodu mięśniaków. Wykonano u niej przednią resekcję odbytnicy z całkowitym wycięciem krezki. W 3. dobie po operacji pacjentka zaobserwowała cuchnące upławy oraz oddawała gazy przez pochwę. Badanie palcem przez odbyt wykazało ślepo zakończony

kikut odbytnicy oraz szerokie zespolenie esico-pochwowe na głębokości 7 cm od odbytu. Zakwalifikowano chorą do reoperacji, w czasie której rozmontowano nieprawidłowe zespolenie. Następnie kikut pochwy zamknięto, a linię szwów pokryto uszypułowanym płatem sieci większej. Odnaleziono i wypreparowano kikut odbytnicy, który zespolono okrężnym zszywaczem z odświeżonym kikutem esicy. Pacjentka opuściła Klinikę po zagojeniu rany w 10. dobie po zabiegu.

## OMÓWIENIE

Przednia resekcja odbytnicy, wykonywana techniką podwójnego szwu mechanicznego, jest powszechnie stosowaną metodą oszczędzającą zwieracze, stosowaną w leczeniu raka dolnej części odbytnicy. Obarczona jest występowaniem charakterystycznych powikłań, do których należy nieszczelność zespolenia okrężniczo-odbytniczego, zwężenie zespolenia oraz rzadko spotykana przetoka odbytniczopochwowa (3).

Większość przetok rozwija się z powodu błędów technicznych, prowadzącego do uszkodzenia ściany pochwy na etapie wycięcia odbytnicy lub wykonywania zespolenia okrężniczo-odbytniczego. Do innych czynników ryzyka zalicza się: okołoperacyjną radioterapię, przebyte wycięcie macicy, resekcję pochwy z powodu naciekania nowotworowego oraz zakażenie miednicy mniejszej w wyniku nieszczelności zespolenia (4, 5).

Podstawowym sposobem uniknięcia wystąpienia tego ciężkiego powikłania jest prawidłowa kwalifikacja do przedniego wycięcia odbytnicy, rozeznanie w anatomii topograficznej miednicy mniejszej oraz właściwa technika operacyjna. W przypadku resekcji odbytnicy z powodu raka konieczne jest wykonanie całkowitego wycięcia krezki, otwarcie otrzewnej w dnie zachyłka odbytniczomacicznego i rozcięcie powięzi odbytniczopochwowej Denonvilliersa, którą stanowi zdwojenie blaszki ściennej i trzewnej powięzi głębokiej miednicy. Po jej nacięciu uwidacznia się sklepienie tylne pochwy o białawym odcieniu, które uwalnia się „na ostro”. W ten sposób mobilizuje się tylną ścianę pochwy do wysokości umożliwiającej wykonanie bezpiecznego zespolenia jelitowego. Brak kontroli nad wprowadzeniem zszywacza przez odbyt i niewłaściwa ocena nisko położonych w miednicy mniejszej narządów mogą w niedoświadczonych rękach doprowadzić do błędnego zespolenia jelitowo-pochwowego. Szczególne ryzyko tego powikłania istnieje u kobiet po przebytym wycięciu macicy, u których występuje krótki kikut pochwy. Badanie przez pochwę, poprzedzające zaciśnięcie zszywacza, obowiązek śródoperacyjnej kontroli szczelności zespolenia za pomocą podania błękitu metylenowego lub powietrza oraz ocena ciągłości krążków tkankowych powstałych po zespoleniu mechanicznym umożliwiają doraźne rozpoznanie i naprawę ubytku w pochwie (6, 7).

Sposób leczenia przetok po resekcji odbytnicy zależy od lokalizacji zmiany, wielkości ubytku oraz okresu, jaki upłynął od pierwotnej operacji do rozpoznania. Opóźnienie ostatecznego zaopatrzenia przetoki jest korzystne, ponieważ wpływa na poprawę warunków miejscowych w postaci zmniejszenia liczby oraz charakteru zrostów, ustąpienia pooperacyjnego stanu zapalnego w jamie brzusznej oraz zapalnego obrzęku i kruchości ściany jelita. Wielu autorów

zaleca wyłonienie protekcyjnej ileo- lub kolostomii przed zaopatrzeniem przetoki w celu ograniczenia zakażenia tkanek w okolicy przetoki. Małe przetoki mogą niekiedy ulec samoistnemu zagojeniu. Dopuszczalne jest podjęcie próby leczenia zachowawczego, polegające na zastosowaniu całkowitego żywienia pozajelitowego. Przetoki przetrwale wymagają leczenia operacyjnego. Wysokie przetoki operuje się z dostępu brzuszno-tyczkowego, dążąc do resekcji pierwotnego zespolenia jelitowego z ujściem przetoki i zaopatrzenia odbytku w pochwie. W przypadku leczenia jatrogennych

przetok niskich z dostępu przezpochwowego lub przezodbytniczowego występują dwie główne trudności. Po pierwsze, część obwodu przetoki jest otoczona metalowymi zszywkami. Po drugie, oddzielenie połączenia pochwy z odbytnicą, a następnie warstwowe zeszywanie ściany odbytnicy, przegrody odbytniczno-pochwowej i ściany pochwy może niekorzystnie wpłynąć na średnicę zespolenia i doprowadzić do zwężenia odbytnicy (5).

W piśmiennictwie nie napotkaliśmy doniesień o przeprowadzeniu podobnych operacji naprawczych.

#### Adres do korespondencji

\*Jacek Hermann  
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,  
Endokrynologicznej i Chirurgii  
Onkologii Gastroenterologicznej UM  
ul. Przybyszewskiego 49,  
60-355 Poznań  
tel. +48 (61) 869-12-75,  
faks +48 (61) 869-16-84  
e-mail: jacekhermann@gmail.com

nadesłano: 17.02.2015

zaakceptowano do druku: 04.03.2015

#### Piśmiennictwo

1. Debeche-Adams TH, Bohl JL: Rectovaginal fistulas. *Clin Colon Rectal Surg* 2010; 23(2): 99-103.
2. Champagne BJ, McGee MF: Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am* 2010; 90(1): 69-82.
3. Knight CD, Griffen FD: An improved technique for low anterior resection of the rectum using the EEA stapler. *Surgery* 1980; 88(5): 710-714.
4. Rex JC Jr, Khubchandani IT: Rectovaginal fistula: complication of low anterior resection. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(4): 354-356.
5. Matthiessen P, Hansson L, Sjö Dahl R, Rutegård J: Anastomotic-vaginal fistula (AVF) after anterior resection of the rectum for cancer-occurrence and risk factors. *Colorectal Dis* 2010; 12(4): 351-357.
6. Heald RJ: The "Holy Plane" of rectal surgery. *J R Soc Med* 1988; 81(9): 503-508.
7. Milley PS, Nichols DH: A correlative investigation of the human rectovaginal septum. *Anat Rec* 1969; 163(3): 443-451.