

*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK, AGNIESZKA KUCHARCZYK

Krytyczne zwężenie kanału odbytu po hemoroidektomii – opis przypadku

Critical anal stricture following haemorrhoidectomy – case study

Warszawski Ośrodek Proktologii, Szpital św. Elżbiety, Warszawa
Kierownik Ośrodka: dr hab. med. Małgorzata Kołodziejczak

Summary

Anal stricture is defined as a narrowing of the anal diameter with accompanying reduction of tissue elasticity. Secondary causes of anal stricture may be surgery complications, including the most common complication of post-haemorrhoidectomy stenosis. Anal stricture may be a consequence of other proctologic surgeries (anal fissure, fistula) or may result from the use of alternative techniques in the anal canal (e.g. cryotherapy) or be related to inflammatory bowel diseases (Crohn's disease, ulcerative colitis), radiation or cancers. Conservative treatment is used in most cases of anal stricture, whereas the surgical treatment is reserved for severe, III-degree stricture. This article presents a case of a 61-year old male patient with a critical III-degree anal stricture following Milligan-Morgan haemorrhoidectomy, who had symptoms of subileus. Applied treatment included dissection of stricture and anal anodermal advancement flap-plasty. Post-operative period and wound healing were free of any complications. Subsequent ambulatory control examinations performed over the period of 3 months revealed no symptoms of stricture or incontinence in this patient.

Surgical reconstruction of the anal canal by anodermal advancement flap-plasty may be an effective method of treatment of post-haemorrhoidectomy anal stricture.

Key words

anal stricture, anodermal advancement
flap-plasty, post-haemorrhoidectomy
anal stricture

WSTĘP

Zwężenie odbytu określa się jako zmniejszenie jego średnicy oraz zmniejszenie elastyczności tkanek (1). Biorąc pod uwagę etiologię schorzenia, zwężenia odbytu dzieli się na pierwotne i wtórne. Zwężenia pierwotne związane są najczęściej z wadami rozwojowymi kanału odbytu i leczone są przez chirurgów dziecięcych. Inne zwężenia o etiologii pierwotnej, niebędące wadami wrodzonymi, to rzadko występujące zwężenia u ludzi w podeszłym wieku związane ze starym zanikiem włókien sprężystych.

Przyczynami wtórnych zwężeń odbytu najczęściej są powikłania po operacjach proktologicznych, w tym najczęściej zwężenie po hemoroidektomii, które, według różnych autorów, występuje od 1,5 do 4% (2, 3). Zwężenie odbytu może wystąpić po każdej metodzie operacyjnej wycięcia hemoroidów. Przyczyną tego powikłania mogą być błędy w technice operacyjnej, infekcja rany i związane z tym złe gojenie lub naturalna skłonność pacjenta do bliznowacenia rany i wystą-

pienia zwężenia. Zwężenie odbytu może być też komplikacją po innych operacjach proktologicznych, np. przetok odbytu, szczelin. Może być konsekwencją zastosowania alternatywnych technik zabiegowych w kanale odbytu (np. krioterapii), a także chorób zapalnych jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego). Szczególnie trudną do leczenia grupą pacjentów ze zwężeniami są pacjenci nowotworowi, w tym po naświetlaniach. W tych przypadkach często nieodzwonne jest wyłonienie stomii. Inne, rzadko występujące przyczyny zwężeń to urazy wypadkowe i seksualne odbytu. Ze względu na stopień zaawansowania choroby, zwężenia można podzielić na: małe, średnie i ciężkie (klasyfikacja Milsuma i Maziera), zaś ze względu na poziom umiejscowienia zwężenia na: niskie – umiejscowione do ok. 0,5 cm poniżej linii zębatej, średnie – umiejscowione od 0,5 cm poniżej i 0,5 cm powyżej linii zębatej, oraz wysokie – od 0,5 cm powyżej linii zębatej (3). Typowe objawy zwężenia odbytu to: ból podczas wypróżnienia, krwawienia przy oddawaniu stolca, zaparcia, poczucie dyskomfortu. W krańcowych przypadkach zwężeń

III stopnia mogą rozwinąć się objawy niskiej niedrożności. Rozpoznanie opiera się głównie na badaniu proktologicznym, które zazwyczaj jest trudne, bolesne i często wymaga znieczulenia pacjenta. Sposób leczenia zwężeń odbytu zależy od przyczyny, stopnia i wysokości zwężenia. Większość zwężeń odbytu leczy się zachowawczo rozszerzaniem kanału odbytu przy pomocy palca lub specjalnych dilatatorów, uzupełniając leczenie dietą bogatobłonnikową i lekami przeciwzaparcio- wymi. Leczenie operacyjne dedykowane jest pacjentom ze zwężeniami III stopnia, przy czym stosowanych jest wiele metod operacyjnych, w zależności od indywidualnego przypadku pacjenta i preferencji chirurga w zakresie wykonywanej metody.

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 61-letniego pacjenta z krytycznym zwężeniem odbytu III stopnia po operacji wycięcia guzków krwawniczych sposobem Milligana-Morgana.

OPIS PRZYPADKU

61-letni pacjent przyjęty został w trybie pilnym do Oddziału Proktologii z powodu krytycznego zwężenia kanału odbytu po hemoroidektomii z objawami podniedrożności przewodu pokarmowego. W wywiadzie operacja hemoroidów w innym ośrodku sposobem Milligana-Morgana wykonana cztery miesiące wcześniej, powikłana zwężeniem odbytu. Cztery tygodnie po operacji wycięcia hemoroidów pacjent reoperowany w tym samym ośrodku z powodu zwężenia kanału odbytu. Wykonano plastykę kanału odbytu (brak opisu szczegółów technicznych zabiegu), operacja nieskuteczna – wystąpił nawrót zwężenia. Pacjent skarżył się na wielokrotne nieskuteczne parcia (oddawał kilkanaście płynnych stolców dziennie, w małych ilościach) oraz na wzdęcia i bóle brzucha.

Choroby dodatkowe: pacjent przebył 2 lata wcześniej zawał mięśnia sercowego. Obecnie przyjmowane leki: Bisocard, Polocard, Romazic. Przebyte inne operacje: wycięcie miejscowe raka rąbka czerwieni wargowej 20 lat temu.

Badanie przedmiotowe: stan ogólny dobry, przytomny, z dobrym kontaktem. W zakresie klatki piersiowej bez odchyłań od normy. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny, z żywą perystaltyką.

Badanie proktologiczne: oglądaniem stwierdza się zwężony odbyt (ujście o średnicy około 4 mm). Badanie palcem i wzornikiem niemożliwe (zwężenie III stopnia) (ryc. 1).

Badania dodatkowe:

- grupa krwi: ORh +/- dodatni,
- morfologia: WBC: 5,3 K/uL, RBC: 4,48 M/uL, HGB: 14,3 g%, HTC: 40,8%, PLT: 158 K/uL,
- układ krzepnięcia: wsk. PT – 91,2%, INR – 1,12, APTT – 31,3 s,
- Na – 138,1 mEq/L, K – 4,1 mEq/L, glukoza – 85 mg%, kreatynina – 0,8 mg%,
- EKG: bez cech świeżego niedokrwienia.

Pacjenta zakwalifikowano do operacji. Wykonano wycięcie blizny zwężającej i plastykę kanału odbytu przesuniętym płatem anodermalnym typu Y-V. W przebiegu okołooperacyjnym bez powikłań. Miejscowo gojenie rany prawidłowe, stan ogólny pacjenta dobry, nie gorączkował, dolegliwości bólowe o nieznacznym natężeniu. Pacjent



Ryc. 1. Zwężenie odbytu u pacjenta po hemoroidektomii.

wypisany do domu z zaleceniem dylatacji kanału odbytu i częstej kontroli ambulatoryjnej. W kontroli 3 miesiące po zabiegu bez objawów zwężenia, z prawidłowym trzymaniem gazów i stolca.

DYSKUSJA

Przedstawiony pacjent jest przykładem rzadko występującej, ciężkiej komplikacji po hemoroidektomii sposobem Milligana-Morgana w postaci zwężenia odbytu III stopnia. U pacjenta wystąpiły objawy niskiej niedrożności w postaci częstych, nieskutecznych wypróżnień (biegunki paradoksalne) i wzdęć brzucha, także bólów w trakcie wypróżnienia. Zwężenie odbytu może być powodowane różnymi chorobami, m.in. chorobami zapalnymi jelit, urazami odbytu, jednak najczęściej opisywaną przyczyną jest zwężenie po hemoroidektomii (4, 5).

Najczęstszym błędem technicznym w przypadku operowania hemoroidów mogącym doprowadzić do zwężenia kanału odbytu jest niepozostawienie pomiędzy ranami po wyciętych guzkach krwawniczych odpowiedniej szerokości „mostków” błony śluzowej. Dlatego też stosowana niegdyś często operacja Whiteheada wycięcia guzków krwawniczych polegająca na okrężnym ich wycięciu doprowadzała w dużym odsetku do zwężeń kanału odbytu spowodowanych okrężną blizną. Również jeszcze kilka lat temu popularna i często wykonywana operacja staplerowego wycięcia błony śluzowej odbytnicy sposobem Longo przestała być wykonywana ze względu na duży odsetek występujących po niej powikłań, w tym również zwężeń. W obszernej analizie 1107 pacjentów, u których wykonano hemoroidektomię staplerową, u 15% wystąpiły powikłania, w tym do zwężenia doszło w 0,8% przypadków. 55% pacjentów z tej grupy było leczonych zachowawczo z zastosowaniem dylatacji, a 45% miało wykonaną plastykę kanału odbytu (6). W przypadku przedstawionego pacjenta trudno ustalić, czy bezpośrednia przyczyna powstania zwężenia wynikała z błędnej techniki operacyjnej, czy też ze złego gojenia rany i naturalnej skłonności do powstania blizn zwężających, gdyż pierwsze dwie operacje były przeprowadzone poza naszym ośrodkiem.

Drugą istotną, a niedocenianą przyczyną zwężeń po operacjach proktologicznych jest brak kontroli pooperacyjnych. Okres gojenia się kanału odbytu, który wynosi minimum 6 tygodni, jest to czas, w którym można jeszcze metodami

zachowawczymi (dylatacją) zapobiec powstającemu zwężeniu. W prezentowanym przypadku pacjent był reoperowany już w 4. tygodniu po zabiegu, kiedy to jeszcze tkanki odbytu są w stanie zapalnym, nie zdążyła wytworzyć się blizna i w większości przypadków można podjąć próbę leczenia zachowawczego polegającą na regularnym rozszerzaniu odbytu palcem lub dylatorem. Skutkiem zbyt wczesnej reoperacji u omawianego pacjenta było złe gojenie tkanek i w efekcie niepowodzenie pierwszego zabiegu naprawczego.

W niewielkiego stopnia i nisko położonych zwężeniach można wykonać boczną zamkniętą sfinkterotomię, w zwężeniach znaczący stopnia skuteczną operacją jest plastyka kanału odbytu z przesuniętym płatem śluzówkowym lub anodermalnym. W piśmiennictwie opisanych jest wiele modyfikacji zastosowania płatów śluzówkowych i anodermalnych w operacjach zwężenia odbytu. U opisywanego pacjenta wykonano z dobrym efektem plastykę kanału odbytu przy pomocy przesuniętego płata anodermalnego. Pierwszy technikę plastyki kanału odbytu z przesuniętym płatem skórnym opisał Martin już w 1944 roku (7). Stosowane są płaty anodermalne różnego kształtu: Y-V, V-Y, typu „domek”, czy też S-plastyka. Maria i wsp. (8) w 42-osobowej grupie pacjentów ze zwężeniem odbytu wykonali plastykę kanału odbytu Y-V (u 29 pacjentów) i „diamond flap” (u 13 pacjentów). Obie techniki okazały się równie skuteczne. Dobry efekt terapeutyczny może dać też plastyka kanału odbytu przesuniętym płatem błony śluzowej, co potwierdzają liczne doniesienia (9, 10). Casadesus i wsp. (10) zastosowali przesunięty płat błony śluzowej u 63% pacjentów operowanych z powodu zwężenia odbytu, uzyskując 100% wyleczeń. Warunkiem zastosowania powyższej metody operacyjnej jest brak stanu zapalnego błony śluzowej odbytnicy. Unikalny sposób wytworzenia płata z powięzi Bucka u podstawy penisa i przeciągnięcia go przez tunel wytworzony w tkankach krocza opisali Sakai i Yoshinaga (11). Powyższą technikę operacyjną autorzy zastosowali u 52-letniego mężczyzny z okrężnym zwężeniem odbytu po hemoroidektomii. Niektóre doniesienia podają, że zwężenia po hemoroidektomiach wykonanych „na ostro” są częstsze niż po operacjach planowych (12, 13). W materiale Eu i wsp. (2) w grupie 704 pacjentów po hemoroidektomiach planowych i w trybie ostrego dyżuru (500 planowych, 204

wykonanych w trybie ostrym) w 27 przypadkach (3,8%) zwężenia występowały zarówno po operacjach wykonanych w trybie ostrym, jak i planowym, bez istotnych różnic statystycznych. U 18 (66%) pacjentów ze zwężeniem zastoso-
sowano leczenie zachowawcze polegające na rozszerzaniu kanału odbytu, stosowaniu leków rozluźniających stolec i miejscowo znieczulających, u 5 (18%) pacjentów wykonano sfinkterotomię boczną, a u 4 (14%) anoplastykę. W żadnym przypadku nie zanotowano nawrotu zwężenia. We wnioskach autorzy podkreślają, że zwężenie jest stosunkowo rzadkim powikłaniem po hemoroidektomii, a wykrycie i leczenie zwężenia we wczesnej fazie po operacji zwiększa szanse na definitywne wyleczenie.

Wielu autorów dyskutowało również problem wpływu rodzaju hemoroidektomii (otwarta czy zamknięta) na możliwość wystąpienia powikłania w postaci zwężenia odbytu, jednak większość z nich nie znajduje istotnych różnic w tym względzie. Obszerna analiza 2840 przypadków pacjentów po hemoroidektomii (2189 po otwartej, 341 po zamkniętej i 310 po technikach operacji łączonych) wykazała 3% powikłań chirurgicznych w tej grupie, w tym 1,8% zwężenia odbytu (odsetek powikłań po operacji Milligan-Morgan wyniósł 3%, po operacji Fergusona – 3,5%, po technikach łączonych – 2,5%). Powyższa analiza wykazała większą skłonność do występowania zwężeń po operacji u kobiet (2%), a krwawień u mężczyzn (1,1%). Powikłania były częściej obserwowane u pacjentów starszych, w 7. i 8. dekadzie życia (14, 15).

PODSUMOWANIE

Podsumowując przedstawiony przypadek pacjenta ze zwężeniem odbytu, należy stwierdzić, że przestrzeganie zasad techniki operacyjnej, czyli oszczędzanie błony śluzowej podczas wykonywania zabiegu w kanale odbytu, częste kontrole po operacji oraz ostrożna, często odroczone kwalifikacja do zabiegu naprawczego tak, by reoperacja nie była wykonana zbyt wcześnie po pierwotnym zabiegu, pozwalają zminimalizować ryzyko wystąpienia zwężenia po operacji proktologicznej.

Na koniec warto zacytować autora jednej z prac: „Najlepszą profilaktyką zwężenia po zabiegu jest prawidłowo przeprowadzona hemoroidektomia” (16).

Adres do korespondencji

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety
ul. Gószczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 (22) 542-08-16
e-mail: drkolodziejczak@o2.pl

Piśmiennictwo

1. Lagares-Garcia JA, Nogueras JJ: Anal stenosis and mucosal ectropion. *Surg Clin N Am* 2000; 82: 1225-1231.
2. Eu KW, Teoh TA, Seow-Choen F, Goh HS: Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *Aust N Z J Surgery* 1995; 65: 101-103.
3. Milsom JW, Mazier WP: Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surg Gynec Obstet* 1986; 163: 60-64.
4. Mentess BB, Yavuzer R, Cavusoglu T et al.: Surgical treatment of anal stenosis following perineal shotgun injury. *Plastic Reconstr Surg March* 2001; 107(3): 891-893.
5. Michelassi F, Melis M, Rubin M, Hurst RD: Surgical treatment of anorectal complications in Crohns disease. *Surg* 2000 Oct; 128(4): 597-603.
6. Ravo B, Amato A, Bianco V et al.: Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? *Tech Coloproctol* 2002; 6: 83-88.
7. Martin EG: The plastic use of skin in simple anal stricture, reconstruction of anal lining, pilonidal disease. *Transactions of the American Proctologic Society* 1944; 44: 195-200.
8. Maria G, Brisinda G, Civello IM: Anoplasty for the treatment

nadesłano: 20.02.2015

zaakceptowano do druku: 27.02.2015

of anal stenosis. *Am J Surg* 1998; 175: 158-160. **9.** Khubchandani IT: Anal stenosis. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1353-1360. **10.** Casadesus D, Villasana LE, Diaz H et al.: Treatment of anal stenosis: a 5-year review. *ANZ J Surg* 2007 Jul; 77(7): 557-559. **11.** Sakai S, Yoshinaga R: The prepuce flap in the reconstruction of male anal stenosis. *Brith J Plastic Surg* 1999; 52(8): 660-662. **12.** Smith M: Early operation for acute haemorrhoids. *Br J Surg* 1967; 54: 141-144. **13.** Hansen JB, Jorgensen SJ: Radical emergency operation for prolapsed and strangulated haemorrhoids. *Acta Chir Scand* 1975; 141: 810-812. **14.** Santos G, Coutinho C, Meyer M et al.: Surgical complications in 2840 cases of hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan, Ferguson and combined techniques. *J Coloproctol* 2012; 32(3): 271-290. **15.** Kołodziejczak M, Kosim A: Klasyfikacja hemoroidektomii i jej powikłania. *Nowa Med* 2013; 2: 48-51. **16.** Liberman H, Thorson AG: How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000; 179(4): 325-329.