

*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK^{1,2}, PRZEMYSŁAW CIESIELSKI^{1,2}

Poporodowe uszkodzenia zwieraczy odbytu – zasady postępowania

Obstetric anal sphincter injuries – management guidelines

¹Warsaw Proctology Center, St. Elisabeth Hospital, Mokotów Medical Center, Warsaw

²Department of General Surgery, County Hospital in Ostrów Mazowiecka

Streszczenie

Nietrzymanie gazów i stolca jest poważnym kalectwem, znacznie upośledzającym jakość życia pacjenta w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Ocenia się, że nawet około 15% populacji ludzi dorosłych cierpi na problemy dotyczące obniżenia kontynencji, jakkolwiek problem wydaje się nadal epidemiologicznie niedoszacowany. U kobiet uraz porodowy jest najczęstszą przyczyną inkontynencji, nazywanej „cichą chorobą”, gdyż nie mówią o niej pacjentki, a lekarze też w sposób aktywny nie pytają się pacjentek po porodzie o inkontynencję. Zbyt niska refundacja operacji rekonstrukcji zwieraczy przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawia, że małe jest zainteresowanie na oddziałach chirurgicznych wykonywaniem operacji naprawczych zwieraczy, a trudność zabiegu operacyjnego wymagającego dużego doświadczenia, a także ryzyko powikłań po tej operacji powodują, że zabiegi te równie niechętnie wykonuje się w sektorze prywatnym. Doraźne, prawidłowe zaopatrzenie uszkodzenia zwieraczy po porodzie sprawia, że u pacjentki nie występują powikłania czynnościowe w postaci inkontynencji gazów i stolca. Planowe, odległe rekonstrukcje obciążone są większym odsetkiem powikłań niż rekonstrukcje doraźne, dlatego też powinny być poprzedzone diagnostyką obrazową i czynnościową. W artykule omówiono problem inkontynencji poporodowej, jednocześnie przedstawiając algorytmy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w doraźnej i planowej rekonstrukcji zwieraczy.

Summary

Gas and stool incontinence is a serious disability, which significantly impairs the patient's quality of life in the personal, professional and social sphere. Although it is estimated that continence problems affect up to 15% of the adult population, the problem still seems to be epidemiologically underestimated. In women, obstetric trauma is the most common cause of incontinence, referred to as "the silent affliction" as the patients do not talk about it, and doctors do not actively ask patients about incontinence after delivery. Insufficient reimbursement of sphincter repair by the National Health Fund means that there is little interest in performing sphincter repair in surgical departments, while the difficulty of the surgery requiring extensive experience, as well as the risk of postoperative complications make these procedures unattractive for the private sector. Proper emergency treatment of postpartum sphincter damage prevents functional complications in the form of gas and faecal incontinence. Elective, distant reconstructions have a higher complication rate than emergency reconstructions, and therefore should be preceded by imaging and functional diagnosis. The paper discusses the problem of postpartum incontinence, presenting the diagnostic and therapeutic algorithms for emergency and elective sphincter repair.

Słowa kluczowe:

uraz poporodowy zwieraczy, pęknięcie krocza IV stopnia, inkontynencja

Keywords:

postpartum sphincter damage, grade 4 perineal rupture, incontinence

WSTĘP

Nietrzymanie gazów i stolca jest ciężkim kalectwem, znacznie upośledzającym jakość życia w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Ocenia się, że nawet około 15% populacji ludzi dorosłych cierpi na problemy dotyczące obniżenia kontynencji. Należy wspomnieć, że problem ten dotyczy również mężczyzn i w ostatnich latach jest u nich coraz lepiej diagnozowany i dostrzegany (1). Nadal najczęstszą przyczyną inkontynencji u kobiet jest uraz porodowy, w tym uraz neurogeny, morfologiczny zwieraczy i mieszany. Uszkodzenie zwieraczy odbytu jest poważnym powikłaniem po porodzie siłami natury. Szybkie rozpoznanie i prawidłowe doraźne zeszycie zwieraczy sprawia, że u pacjentki nie występują powikłania czynnościowe w postaci inkontynencji gazów i stolca. Dostępne dane epidemiologiczne podają, że częstość występowania uszkodzenia zwieraczy w trakcie porodu wynosi od 0,25 do 6%, ale nie u wszystkich pacjentek uraz zwieraczy skutkuje inkontynencją. U pierwiastek odsetek uszkodzeń jest wyższy i wynosi od 1,4 do nawet 16%, a u wieloródek od 0,4 do 2,7%. U kobiet, które doznały urazu zwieraczy podczas pierwszego porodu, ryzyko powtórnego urazu zwieraczy przy następnym porodzie jest wyższe i wynosi od 5,1 do 10,7% (2). Czynnikiem ryzyka uszkodzeń są też: poród instrumentalny, zaawansowany wiek matki, makrosomia, nacięcie pośrodkowe krocza, poród pośladowy i przedłużony drugi okres porodu (3). Według własnych praktycznych obserwacji opartych na przypadkach pacjentek zgłaszających się po porodzie z problemem inkontynencji, najczęstszym czynnikiem ryzyka uszkodzeń zwieraczy jest poród instrumentalny, a w szczególności kleszczowy, zaś w przypadku uszkodzeń neurogennych – przedłużony drugi okres porodu. Jest to zbieżne z doniesieniami na ten temat (4).

Należy podkreślić, że częstszą przyczyną poporodowej inkontynencji jest uszkodzenie neurogenne niż morfologiczne uszkodzenie mięśni zwieraczy i nie każda pacjentka zgłaszająca po porodzie objawy inkontynencji ma uszkodzone mięśnie zwieracza. Odległe obserwacje wykazują, że upośledzenie trzymania stolca i gazów u pacjentek po okołoporodowym urazie zwieraczy dotyczą od 35 do 60% kobiet (2). U pacjentek z izolowanym neurogennym uszkodzeniem zwieraczy leczenie opiera się głównie na rehabilitacji (gimnastyka zwieraczy, elektrostymulacja).

ROZPOZNANIE USZKODZENIA ZWIERACZY

Rozpoznanie uszkodzenia zwieraczy w trakcie porodu z reguły nie stanowi większej trudności. Brak „zwartości” odbytu, ziejąca rana i widoczne w ranie kikuty przerwanego mięśnia to typowe znamiona uszkodzenia poporodowego zwieraczy. Badanie zestawione przez pochwę i odbyt pozwala wykryć wszelkie ubytki w przegrodzie odbytniczo-pochwowej oraz zdiagnozować we wczesnym etapie przetokę odbytniczo-pochwową. Przy świeżym uszkodzeniu zwieraczy praktycznie nie posługujemy się badaniami dodatkowymi, takimi jak ultrasonografia transrektalna, rezonans magnetyczny czy anorektomanometria. Te badania diagnostyczne dedykowane są pacjentkom kwalifikowanym do planowych operacji rekonstrukcyjnych. Ponadto w trakcie dyżuru badania te

INTRODUCTION

Gas and stool incontinence is a serious disability, which significantly impairs the patient's quality of life in the personal, professional and social sphere. It is estimated that continence problems affect up to 15% of the adult population. It should be mentioned that this problem also affects men and it has been increasingly better diagnosed and noticed in this group in recent years (1). Obstetric trauma, including neurogenic, morphological and mixed injuries, remains the most common cause of incontinence. Anal sphincter damage is a serious complication after vaginal delivery. Rapid diagnosis and proper emergency sphincter suturing prevent functional complications in the form of gas and faecal incontinence. The available epidemiological data indicate that the incidence of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) is 0.25 to 6%, but they do not lead to incontinence in all patients. The rate of sphincter damage is higher in primigravidas, i.e. from 1.4 up to 16% compared to 0.4 to 2.7% in multiparas. The risk of second sphincter injury during another delivery is higher, ranging from 5.1 to 10.7%, in women who suffered sphincter injury during their first labour (2). Other risk factors include instrumental delivery, advanced maternal age, macrosomia, mid-perineal incision, breech delivery and prolonged second stage of labour (3). According to our practical observations based on cases of patients presenting with postpartum incontinence, instrumental delivery, forceps delivery in particular, and prolonged second stage of labour in the case of neurogenic injuries, are the most common risk factor for sphincter damage. This is consistent with literature reports (4).

It should be emphasised that neurogenic damage is a more common cause of postpartum incontinence than morphological damage to the sphincter muscles, and not every patient reporting symptoms of postpartum incontinence actually has damaged sphincter muscles. Long-term observational studies show that impaired stool and gas continence after perinatal sphincter injury occurs in 35 to 60% of patients (2). In patients with isolated neurogenic damage to the sphincters, treatment is mainly based on rehabilitation (sphincter gymnastics, electrostimulation).

DIAGNOSIS OF SPHINCTER DAMAGE

The diagnosis of obstetric sphincter damage usually poses no difficulty. The lack of “anal tightness”, a gaping wound and visible stumps of the torn muscle within the wound are typical signs of postpartum sphincter damage. Bimanual rectovaginal examination allows to detect any defects in the rectovaginal septum and to diagnose rectovaginal fistula at an early stage. Additional tests, such as transrectal ultrasound, magnetic resonance imaging or anorectal manometry are practically not used in fresh sphincter damage. These diagnostic tests are dedicated to patients qualified for elective reconstructive surgeries. Furthermore, they are

są praktycznie niedostępne, choć też ich wykonanie ma znaczenie czysto akademickie, gdyż najczęściej uszkodzone zwieracze są dobrze widoczne.

DORAŻNE ZAOPATRYWANIE POPORODOWEGO USZKODZENIA MIĘŚNI ZWIERACZY

Doraźna rekonstrukcja powinna być wykonana najlepiej do 6 godzin od uszkodzenia, jakkolwiek doświadczony kolo-proktolog może się podjąć rekonstrukcji nawet w kilkanaście godzin po urazie, uzyskując zadowalający efekt.

Istotne z punktu widzenia nie tylko medycznego, ale i prawnego jest to, aby rekonstrukcję zwieraczy wykonywał najbardziej doświadczony lekarz z zespołu dyżurnego lub co najmniej asystował przy zabiegu naprawczym. Jeśli jest taka możliwość, zabieg powinien się odbyć na bloku operacyjnym, w znieczuleniu. Zdajemy sobie sprawę, że nie zawsze taki sposób postępowania jest możliwy. Jeśli w najbliższych godzinach po porodzie nie mamy dostępu do bloku operacyjnego, zabieg wykonuje się na sali porodowej w możliwie szybkim terminie. Urazy porodowe są łatwiejsze do zaopatrzenia niż np. uszkodzenia doznane w wypadkach komunikacyjnych, gdyż najczęściej tkanki krocza po porodzie nie są zmiążdżone, a rana wygląda „jak równe przecięcie nożem”, ponadto jest czysta.

ETAPY REKONSTRUKCJI (5) (RYC. 1, 2)

1. Chirurgiczne opracowanie rany, usunięcie krwaków i dokładna hemostaza.
2. Zidentyfikowanie kikutów uszkodzonych mięśni, przy wątpliwościach można zastosować bodziec elektryczny powodujący kurczenie mięśni.
3. Jeśli uszkodzenie jest IV stopnia (uszkodzenie dotyczy też odbytnicy), to rekonstrukcję rozpoczyna się od założenia szwów na błonę śluzową odbytnicy, tworząc podparcie dla rekonstrukcji zwieraczy.
4. Zeszycie mięśni – w większości przypadków mięśnie nie wymagają uruchomienia. Jeśli mamy do czynienia z całkowitym przecięciem mięśni – najlepiej zeszyc je metodą „na zakładkę”, jeśli uszkodzenie jest częściowe – metodą zszycia mięśni „koniec do końca”. Autorzy stosują wówczas szew typu U. Stosowane są cienkie szwy wchłaniające monofilamentowe, np. vicryl.
5. Zeszycie ścian pochwy – po zszyciu odbytnicy i mięśni zszyc się tylną ścianę pochwy w sposób typowy szwem ciągłym.
6. Zeszycie pozostałych mięśni krocza, a następnie skórę w sposób pionowy, „podwyższając” krocze. Na koniec zabiegu należy zbadać pacjentkę badaniem zestawionym przez pochwę i odbyt, sprawdzając szczelność zszycia.

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Dostępne w piśmiennictwie algorytmy postępowania po doraźnej rekonstrukcji nie przewidują pełnej antybiotykoterapii po zabiegu, a jedynie profilaktykę antybiotykową. W praktyce własnej zalecamy jednak podanie pacjentce pełnej antybiotykoterapii, uważając, że ewentualne powikłanie infekcyjne w ranie i jej rozejście skutkują dla pacjentki wielomiesięcznym leczeniem i najczęściej kolejną operacją.

practically unavailable during the on-call time, and are of purely academic importance, as torn sphincters are clearly visible in most cases.

EMERGENCY REPAIR OF OBSTETRIC SPHINCTER INJURY

The repair should be performed up to 6 hours after the injury; however, an experienced coloproctologist may undertake the reconstruction even between 10 and 20 hours after the injury, still obtaining a satisfactory outcome.

It is important from both medical and legal point of view that the most experienced doctor in the team on duty performs or at least assists in the repair. If possible, the procedure should take place in the operating theatre, under anaesthesia. This, however, is not always possible. With no access to the operating suite in the hours following delivery, the procedure is performed as soon as possible in the delivery suite. Postpartum injuries are easier to treat than e.g. those after traffic accidents, as postpartum perineal tissues are usually not crushed, the wound looks like a “an even cut with a knife”, as well as is clean.

STAGES OF RECONSTRUCTION (5) (FIGS. 1, 2)

1. Surgical wound debridement, removal of haematomas, and accurate haemostasis.
2. Identification of stumps of damaged muscles; electrical stimulus may be used to induce muscle contraction in doubtful cases.
3. For grade 4 sphincter tear (with rectal involvement), the repair begins with placing sutures on the rectal mucosa to provide support for sphincter repair.
4. Suturing the muscles – these muscles need no mobilisation in most cases. Overlap suture technique should be used for completely cut muscles, whereas end-to-end suturing technique should be used for partially cut muscles. The authors use U-type loops in such cases. Thin monofilament absorbable sutures, such as vicryl, are used.
5. Suturing the vaginal wall – after suturing the rectum and the muscles, the posterior wall of the vagina is sutured in a typical manner with a continuous suture.
6. Suturing the remaining perineal muscles, and then the skin in a vertical manner, “raising” the perineum. At the end of the procedure, the patient should undergo bimanual vaginal/rectal examination to verify the tightness of sutures.

POSTOPERATIVE MANAGEMENT

The algorithms for the management after emergency reconstruction available in the literature do not recommend full antibiotic therapy after the procedure, but only antibiotic prophylaxis. In our practice, however, we recommend full antibiotic therapy, considering that any infectious complications in the wound and its dehiscence result in many months of treatment and, usually, another surgery.



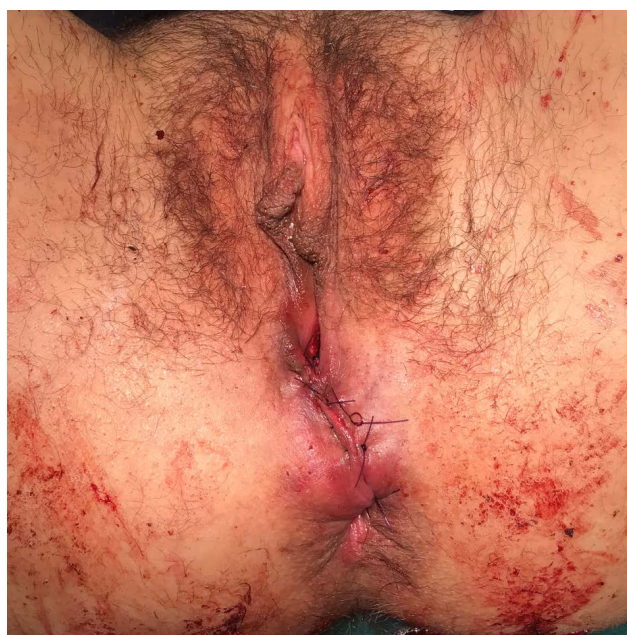
Ryc. 1. Okołoporodowy uraz krocza

Fig. 1. Perinatal perineal trauma

Przez 2 dni po zabiegu zaleca się dietę ścisłą (wodę i płyny klarowne, bulion), a potem lekkostrawną. Powszechne zalecanie diety płynnej może powodować niekorzystną dla gojenia rany biegunkę. Od 3. dnia po zabiegu zaleca się ćwiczenia zwieraczy (krótkie serie 2 razy dziennie). Po zagojeniu rany pacjentka powinna wykonywać ćwiczenia pod kontrolą palca w kanale odbytu (to najprostsza, najbardziej naturalna metoda biofeedbacku, a palec własny pacjenta jest najlepszym manometrem). Bardzo ważna jest rozmowa z pacjentką, najlepiej następnego dnia po zabiegu, i wyjaśnienie jej istoty powikłania, sposobu postępowania i pielęgnacji rany. Ten bezpośredni, życzliwy kontakt z pacjentką i wskazanie jej dalszej drogi postępowania często ma decydujący wpływ na uniknięcie ewentualnych roszczeń prawnych. Ważne są też kontrole po tygodniu i po miesiącu od zabiegu. Po 4-6 tygodniach powinno się, jeśli jest taka możliwość, wykonać ultrasonograficzne badanie transrektalne, co powinno potwierdzić ciągłość mięśni zwieraczy po zeszyciu.

Przy niepowodzeniu zabiegu i rozejściu się kikutów mięśni nie należy od razu reoperować pacjentki, a odczekać z rekonstrukcją zwieraczy minimum 4 miesiące. U niektórych pacjentek należy wyłonić stomię. Są to pacjentki z bardzo rozległymi urazami ściany odbytnicy. W decyzji o potrzebie wyłonienia stomii należy brać pod uwagę rozległość rozerwania ściany odbytnicy, stopień wypełnienia odbytnicy stolcem, a także doświadczenie operatora.

Część pacjentek ma tzw. uszkodzenia ukryte (tzw. *occult defects*), widoczne jedynie w ultrasonograficznym badaniu transrektalnym. Te uszkodzenia zazwyczaj są rozpoznawane później, w kilka lub kilkanaście tygodni po porodzie, kiedy pacjentka zgłasza się do lekarza z powodu występujących objawów gazów i stolca i w wykonanym ultrasonograficznym badaniu transrektalnym widoczne jest uszkodzenie mięśni



Ryc. 2. Obraz po doraźnej rekonstrukcji zwieraczy

Fig. 2. Status after emergency sphincter repair

For 2 days after the procedure, a strict diet (water and clear liquids, broth), followed by easily digestible diet is recommended. The widely recommended liquid diet can cause diarrhoea, which may interfere with wound healing. Sphincter exercises are recommended (short series 2 times a day) from the third day after the procedure. After the wound has healed, the patient should perform finger-guided (finger in the anal canal) exercises (this is the simplest and the most natural method of biofeedback, with the patient's own finger being the best manometer). It is very important to talk to the patient, preferably the next day after the procedure, to explain the complication, as well as provide advice on further management and care for the wound. This direct, friendly contact with the patient and indication of the further course of treatment often has a decisive impact on avoiding possible legal claims. Check-ups a week and a month after the procedure are also important. After 4-6 weeks, if possible, transrectal ultrasound should be performed to confirm the continuity of the sphincter muscles after suturing.

In the event of failure of the procedure and the dehiscence of muscle stumps, the patient should not be reoperated immediately, but sphincter reconstruction should be delayed for at least 4 months. Stoma may be needed in some patients. These are patients with extensive rectal wall damage. The decision about the need for a stoma should take into account the extent of rectal wall rupture, the degree of rectal filling, and the operator's experience.

Some patients present with so-called occult defects, evident only with transrectal ultrasound. These lesions are usually diagnosed later, several or dozen or so weeks after delivery, when the patient makes an appointment due to

zwieraczy. Bywa też, że uszkodzenie zostaje rozpoznane przypadkowo w ultrasonograficznym badaniu transrektalnym wykonywanym z innego powodu nawet po kilkunastu latach od porodu. Badanie ultrasonograficzne może również wykazać uszkodzenie w obrębie mięśni dźwigaczy, które nie skutkuje bezpośrednio nietrzymaniem gazów lub stolca, ale obniżeniem dna miednicy i utrudnieniem pasażu.

PLANOWA REKONSTRUKCJA ZWIERACZY

Jeśli mięśnie zwieracze nie zostaną zeszyte bezpośrednio po uszkodzeniu, wówczas operację rekonstrukcyjną należy odłożyć o kilka miesięcy (4-6 miesięcy od porodu). Jest to czas niezbędny do regeneracji tkanej i ustąpieniu odczynu zapalnego.

Przed zabiegiem planowej rekonstrukcji konieczne jest wykonanie badań diagnostycznych obrazowych i czynnościowych, w tym autorzy najczęściej posługują się ultrasonografią transrektalną i sfinkterometrią. Idealem jest nawiązanie współpracy z dobrym specjalistą diagnostyki obrazowej, gdyż precyzja opisu decyduje o kwalifikacji do zabiegu. W Warszawskim Ośrodku Proktologii posługujemy się opracowanym przez zespół schematem opisu uszkodzeń (6).

Opis badania transrektalnego musi być precyzyjny, powinien się w nim znaleźć przede wszystkim informacja „jak dużo obwodu mięśnia brakuje”.

DIAGNOSTYKA CZYNNOŚCIOWA

W ocenie stopnia inkontynencji posługujemy się ogólnie stosowaną na świecie skalą Wexnera (7) oraz anorektomanometrią lub ostatnio z powodu dobrej dostępności częściej sfinkterometrią.

ETAPY REKONSTRUKCJI PLANOWEJ (RYC. 3-6)

Etapy rekonstrukcji zwieraczy są podobne, jak w doraźnym zaopatrzeniu zwieraczy.

Różnica jest w etapie początkowym.

Cięcie skóry powinny być poprowadzone poprzecznie między pochwą a odbytnicą, należy odpreparować odbytnicę od pochwy pod kontrolą palca w kanale odbytu. Następnie uruchamia się kikuty uszkodzonych mięśni i zeszywa, jeśli uruchomienie mięśni jest możliwe – metodą na zakładkę. Często operację uzupełnia się o plastykę tyłnej ściany pochwy i plastykę dźwigaczy.

Postępowanie pooperacyjne jest podobne, jak po doraźnej rekonstrukcji.

Na koniec przedstawiamy algorytm postępowania w przypadku uszkodzenia krocza III i IV stopnia (zał. 1).

PODSUMOWANIE

Urazy okolicy krocza z uszkodzeniem zwieraczy skutkują znacznym okaleczeniem pacjentów. W większości przypadków do urazów dochodzi w wyniku powikłań okołoporodowych. W związku z tym dotyczą one młodych dobrze odżywionych kobiet, u których warunki do gojenia są bardzo dobre. Kluczem do sukcesu terapeutycznego jest decyzja o pierwotnej, jak najszybszej rekonstrukcji oraz posiadanie umiejętności do zaopatrzenia urazu z pogranicza ginekologii i chirurgii. Urazy inne niż porodowe (np. komunikacyjne)

gas and stool incontinence symptoms, and the transrectal ultrasound shows damage to the sphincter muscles. It also happens that the injury is diagnosed accidentally during transrectal ultrasound performed for a different reason, even several years after childbirth. Ultrasound may also reveal damage to the levator muscles, which does not directly result in gas or stool incontinence, but pelvic floor descent and blocked passage.

ELECTIVE SPHINCTER REPAIR

If the sphincter muscles are not sutured immediately after injury, reconstructive surgery should be postponed for several months (4 to 6 months after birth). This is the time necessary for tissue regeneration and resolution of the inflammation.

The best scenario is to establish cooperation with a good specialist in diagnostic imaging as precise interpretation is decisive in the qualification for the procedure. In the Warsaw Proctology Centre, we use a special interpretation system for sphincter injury, which was developed by our team (6).

Interpretation of transrectal ultrasound must be precise and should first of all include data on how much of the muscle circumference is missing.

Functional diagnosis

We use the commonly used Wexner Score (7) and anorectal manometry to assess the degree of incontinence. Recently, we have increasingly used sphincterometry due to its good availability.

STAGES OF ELECTIVE RECONSTRUCTION (FIGS. 3-6)

The stages of reconstruction are similar to those in emergency sphincter management. Only the initial stage is different. The skin incision should be made crosswise between the vagina and the rectum; the rectum should be dissected from the vagina under finger guidance (finger in the anal canal). Then, the stumps of the damaged muscles are mobilised and sewn together. If muscle mobilisation is possible – the overlap technique is used. The procedure is often complemented with posterior vaginal wall and levator plasty. Postoperative management is similar to that of emergency reconstruction.

We summarise our work by presenting an algorithm for the management of grade 3 and 4 perineal tears (att. 1).

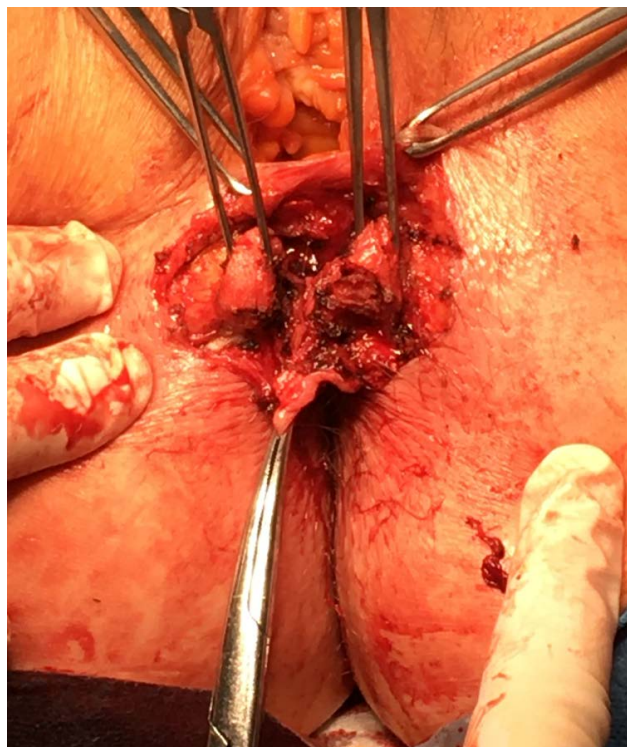
CONCLUSIONS

Perineal injuries with sphincter damage are a serious impairment. In most cases, injuries occur as a result of perinatal complications, and therefore, in young, properly nourished women with good healing capabilities. The decision to perform primary reconstruction as soon as possible and appropriate skills to treat trauma on the borderline of gynaecology and surgery are key factors for therapeutic success. Injuries other than childbirth (e.g. communication) are associated with greater tissue contamination and the risk of injury to



Ryc. 3. Stary uraz poporodowy

Fig. 3. Old postnatal trauma



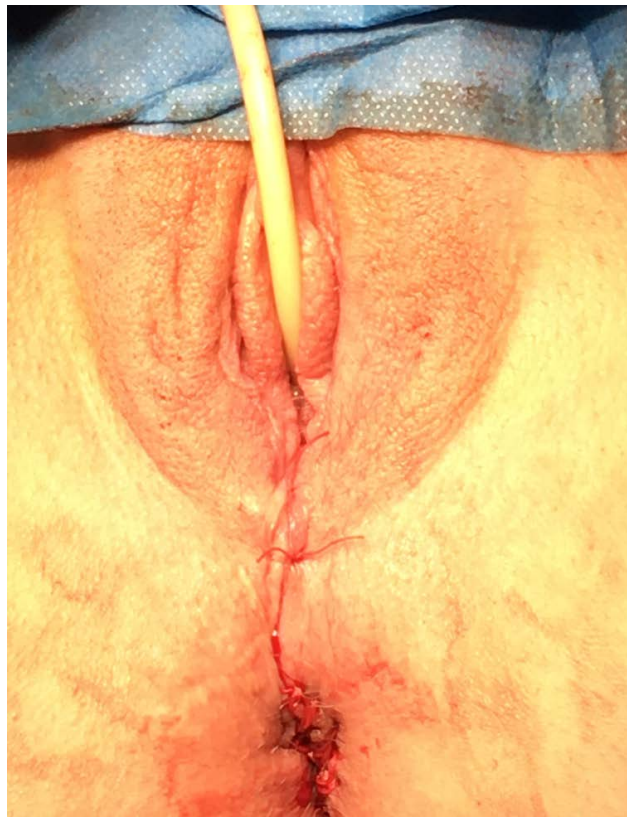
Ryc. 4. Wypreparowane zwieracze

Fig. 4. Dissected sphincters



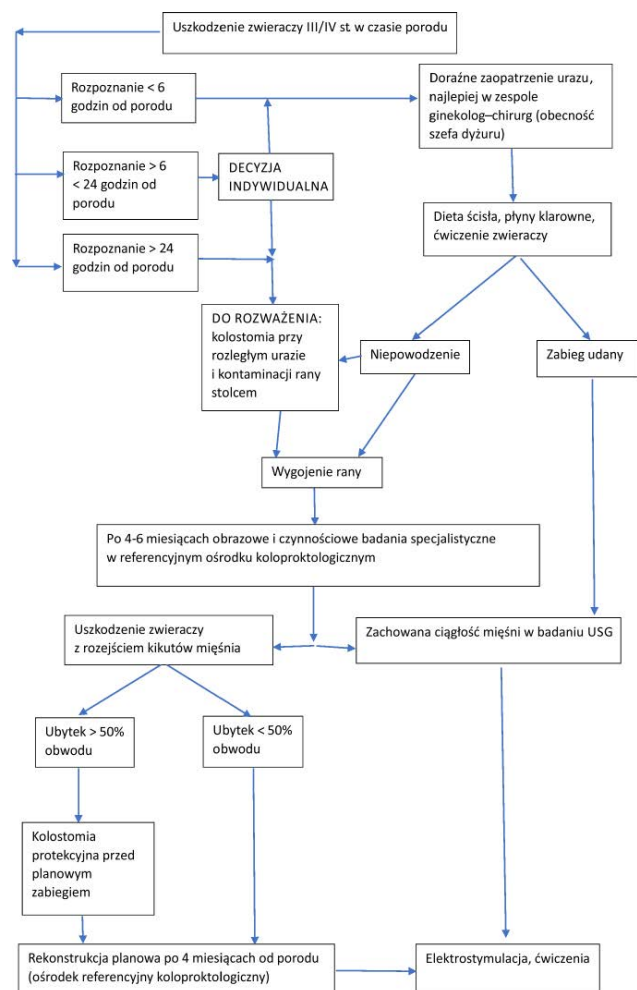
Ryc. 5. Zeszyte zwieracze

Fig. 5. Sutured sphincters



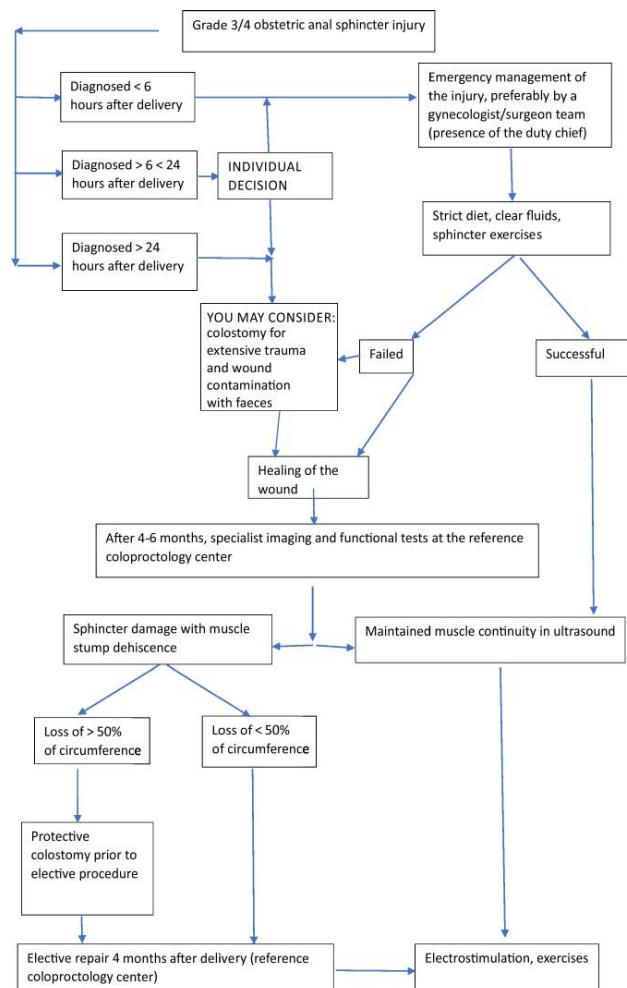
Ryc. 6. Obraz rany po operacji rekonstrukcyjnej

Fig. 6. The wound after reconstructive surgery



Zał. 1. Algorytm postępowania w przypadku uszkodzenia krocza III i IV stopnia

wiąz się z większą kontaminacją tkanek oraz ryzykiem obrażeń innych okolic wymagających w tym samym czasie pilniejszego zaopatrzenia. Dlatego częściej doraźnie wymagają jedynie oczyszczenia rany i wyłonienia stomii, a ostateczna rekonstrukcja schodzi na plan dalszy. Operacje planowych rekonstrukcji zwieraczy są trudnymi technicznie zabiegami i osiągnięcie wyleczenia warunkuje dobre zaplanowanie czasu i rodzaju operacji (ze stomią prewencyjną czy bez?) i przeprowadzenie jej w optymalnym składzie osobowym (chirurg i ginekolog). Ważnymi elementami tego złożonego procesu są poinformowanie pacjentki, jej zgoda, a przede wszystkim zrozumienie przez kobietę poszczególnych długotrwałych etapów diagnostyki, następnie leczenia operacyjnego. Pomaga w tym świadomość, że to właśnie pierwsza próba rekonstrukcji ma największe szanse powodzenia.



Att. 1. Management algorithm for grade 3 and 4 perineal tears

other areas that require more urgent care at the same time. Therefore, such patients usually require wound cleaning and a stoma on an ad hoc basis, while the final reconstruction is performed at a later stage. Elective sphincter repairs are technically difficult procedures, and achieving a cure requires good planning of the time and type of surgery (with or without a preventive stoma?), as well as they should be performed by an optimally composed team (a surgeon and a gynaecologist). Informing the patient, consent, and above all, understanding of the individual long-term stages of diagnosis, and then surgical treatment, are important elements of this complex process. The awareness that it is the first repair attempt that has the best chance of success is also helpful.

Konflikt interesów
Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji
Correspondence

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety w Warszawie
ul. Goszczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 603-387-787
drkolodziejczak@o2.pl

nadesłano/submitted:

05.04.2021

zaakceptowano do druku/accepted:

26.04.2021

Piśmiennictwo/References

1. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS et al.: Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. *Am J Gastroenterol* 2015; 110(1): 127-136.
2. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X et al.: Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018; 46(12): 913-921.
3. Sharma A, Rao SSC: Epidemiologic Trends and Diagnostic Evaluation of Fecal Incontinence. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2020; 16(6): 302-309.
4. Ali M, Migisha R, Ngonzi J et al.: Risk Factors for Obstetric Anal Sphincter Injuries among Women Delivering at a Tertiary Hospital in Southwestern Uganda. *Obstet Gynecol Int* 2020; 2020:6035974.
5. Kołodziejczak M (red.): Leczenie chorób proktologicznych w ciąży i okresie porodu. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2011.
6. Sudoł-Szopińska I, Santoro GA, Kołodziejczak M et al.: Magnetic resonance imaging template to standardize reporting of anal fistulas. *Tech Coloproctol* 2021; 25(3): 333-337.
7. Jorge JM, Wexner SD: Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.