

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

Leczenie przetok odbytu – przegląd najnowszych doniesień 2023/2024

Treatment of anal fistula – a review of recent 2023/2024 reports

¹Warsaw Proctology Centre, Saint Elizabeth's Hospital in Warsaw

²Department of General Surgery, Hospital in Ostrów Mazowiecka

Streszczenie

Sposób leczenia przetok odbytu, szczególnie wysokich, skomplikowanych, od lat wywołuje dyskusje i kontrowersje. Pojawiają się liczne doniesienia i algorytmy leczenia przetok, często ze sobą sprzeczne.

W pierwszej części artykułu autorzy dokonali przeglądu najciekawszych doniesień dotyczących leczenia przetok odbytu z ostatnich 2 lat. Druga część poświęcona jest omówieniu wytycznych Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Kolorektalnych z 2023 roku dotyczących diagnostyki i leczenia ropni i przetok odbytu. Uzupełnienie stanowi autorski komentarz praktyczny.

W podsumowaniu zwrócono uwagę na fakt, że żadna z aktualnych prac nie zawiera zaleceń dotyczących kontroli pooperacyjnych po operacjach przetok. Jest to ważny element leczenia pacjenta z przetoką, w dużym stopniu pozwalający zapobiec nawrotom choroby. Większość rekomendacji jest spójnych z wydanymi w ostatnich latach, jakkolwiek kilka zaleceń jest nowatorskich.

Autorzy zachęcają do śledzenia aktualnego postępu wiedzy w pojawiających się corocznie Wytycznych Kolorektalnych Towarzystw Naukowych, zwracając jednak uwagę, że należy dostosowywać zalecenia do możliwości danego ośrodka oraz przy wyborze metody leczenia brać pod uwagę własne doświadczenia zawodowe.

Słowa kluczowe

przetoka odbytu, rekomendacje, LIFT

Summary

The treatment of anal fistulas, high complicated ones in particular, has been generating debate and controversy for years. Many reports and algorithms for the treatment of fistula-in-ano, often contradicting each other, have been published.

The first part of the article is a review of the most interesting reports on the management of anal fistula published in the last 2 years. The second part discusses the 2023 guidelines of the European Society of Coloproctology for the diagnostic and therapeutic management of anal abscess and fistula. This section includes our practical commentary.

It was concluded that none of the recent papers offers recommendations for postoperative follow-up in anal fistula, although this is an important element of the management of patients with anal fistula, which largely allows for preventing recurrence. Most recommendations are consistent with those published in recent years, although there are a few novel propositions.

We encourage keeping up with current advances in the annual Guidelines of Colorectal scientific societies, noting, however, that the recommendations should be tailored to the capabilities of the individual centres, whose professional experience should be considered when choosing the therapeutic strategy.

Keywords

anal fistula, recommendations, LIFT

WSTĘP

Sposób leczenia przetok odbytu, szczególnie wysokich, skomplikowanych, od lat wywołuje dyskusje i kontrowersje. W 2023 roku ukazało się wiele publikacji dotyczących leczenia ropni i przetok odbytu. W artykule przedstawimy te, które wydają się nam najciekawsze.

Część z wniosków i zaleceń zawartych w doniesieniach z 2023 roku nie odbiega w sposób znaczący od dotychczasowego sposobu postępowania. Jimenez i Mandava (1) w opracowaniu z 2023 roku zalecają:

- w przypadku ropni odbytu – nacięciu i drenażu,
- w prostych i niskich przetokach – fistulotomię,
- w wysokich i złożonych przetokach: operację sposobem LIFT (ang. *ligation of the intersphincteric fistula tract*) lub operację z płatem odbytnicy.

W przetokach w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna autorzy zalecają oddzielne postępowanie.

Komentarz: Jest to spójne z dotychczasowymi zaleceniami, w wysokich przetokach właściwą procedurę z reguły poprzedzamy drenażem luźnym setonem.

Kolejna praca poświęcona już tylko przetokom Leśniowskiego-Crohna potwierdza, że leczenie sterydami i/lub infliksimabem powinno być stosowane jedynie po skutecznym drenażu infekcji setonem. Podobnie powinno się postępować w przetokach na bazie gruźlicy lub hydradenicje, zakładając seton przed leczeniem antybiotykami (2).

Komentarz: Nie jest to nowość, że przed podaniem leczenia immunosupresyjnego czy sterydów należy ograniczyć infekcję i otworzyć zbiorniki ropne i zadrenować kanały przetok.

Bardzo interesującą, według autorów, nowatorską pracę dotyczącą przetok Leśniowskiego-Crohna przedstawili Perez i Eisenstein (3). Autorzy wykazali, że u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna długo trwająca przetoka może ulec metaplastyce nowotworowej. Szczególnie istotna jest weryfikacja histopatologiczna, jeśli prawidłowo drenowana przetoka nagle zaczyna się „źle prowadzić”. Autorzy piszą, że może to być sygnał raka – nie zawsze kolczystokomórkowego, czasami gruczolowego. Dodatkowo w celu zróżnicowania autorzy zalecają uzupełnianie diagnostyki o MRI (3).

Komentarz: Rak w przetoce opisywany jest sporadycznie, jednakże długo trwający stan zapalny (do takich należy np. hydradenit czy anorektalna postać choroby Leśniowskiego-Crohna) predysponuje do powstania raków skóry. Przy zabiegu operacyjnym obligatoryjnie pobiera się wycinki, jednak zalecenie autorów sprawdzania histopatologii przy długotrwałym drenażu jest nowatorskie i wymaga uwagi.

W 2023 roku ukazała się też praca dotycząca bakteriologii przetok. Yang i wsp. (4) wykazali, że w przetoce są głównie bakterie pochodzące ze skóry, tj. z okolicy ujścia zewnętrznego, a nie z jelita – ujścia wewnętrznego. Fakt ten może mieć wpływ na przyszłe planowanie leczenia antybiotykami w przypadku nacieku zapalnego lub ropnia.

Komentarz: Nasze doświadczenie wykazało, że w większości posiewów z kanałów przetok i ropni hodowano *Escherichia*

INTRODUCTION

The treatment of anal fistulas, high complicated ones in particular, has been generating debate and controversy for years. Many papers on the management of anal abscess and fistula were published in 2023.

In this article, we present those we found most interesting. Some of the conclusions and recommendations discussed in the 2023 reports do not significantly deviate from the previous practice. In their 2023 article, Jimenez and Mandava recommend (1):

- incision and drainage for anal abscesses,
- fistulotomy for simple and low fistulas,
- ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) or advancement flap for high and complex fistula-in-ano.

The authors recommend a separate management for fistulas in Crohn's disease.

Comment: This is consistent with previous recommendations; the actual procedure is generally preceded by loose seton drainage in high fistulas.

Another paper dedicated only to Crohn's fistulas confirms that steroids and/or infliximab should only be used after successful drainage of the infection site using a seton. Similarly, antibiotic therapy should be preceded by seton drainage in tuberculosis- or hidradenitis-related fistulas (2).

Comment: It is not new that infection should be limited, fluid collections opened and fistulous tracts drained before immunosuppressive treatment or steroids are used.

In our opinion, a very interesting novel paper on Crohn's fistulas was presented by Perez and Eisenstein (3). They showed that a chronic fistula can undergo malignant transformation in patients with Crohn's disease. Histopathological verification is particularly important if a properly draining fistula suddenly starts to “misbehave”. The authors pointed out that this may indicate malignancy, not necessarily squamous cell carcinoma, but sometimes adenocarcinoma. The authors recommend extending the diagnosis with MRI for differentiation (3).

Comment: Fistulous carcinoma is described occasionally; however, persistent inflammation (such as hidradenitis or anorectal Crohn's disease) predisposes to skin cancer. Intraoperative biopsy specimens are obligatory, but the authors' recommendation to verify histopathology during long-term drainage is innovative and requires attention.

A paper on fistulous bacteriology was also published in 2023. Yang et al. (4) showed that mainly cutaneous bacteria are found in fistulae, i.e. from the external outlet area, rather than from the bowel (the internal outlet). This fact may have implications for future planning of antibiotic treatment in the case of inflammatory infiltration or abscess.

Comment: our experience showed that most cultures from fistulous tracts and abscesses grew *Escherichia coli* and

coli, z beztlenowych *Bacteroides* spp. (5). Wyniki autorów z cytowanej pracy są zaskakujące.

Unikalna i ciekawa praca powstała w czasie epidemii COVID 2020-2022, kiedy pacjenci z przetokami przezwieraczowymi nie mieli dostępu do operacji. Pacjenci ci byli leczeni silikonowymi setonami tnącymi. Po 4 miesiącach aż 91,5% pacjentów zostało wyleczonych bez istotnych komplikacji, w tym bez problemu z nietrzymaniem stolca (6).

Komentarz: Przy niskich przezwieraczowych przetokach metoda „setonem tnącym” jest od wielu lat akceptowana. Należy założyć, że w cytowanej pracy leczeni pacjenci mieli przetoki niskie, obejmujące poniżej 30% masy zwieracza, w przeciwnym wypadku zaskakujący byłby brak powikłań pooperacyjnych w postaci inkontynencji. W opinii własnej fistulotomia z doraźnym zeszcieniem zwieraczy daje lepszy efekt kosmetyczny i czynnościowy oraz wiąże się z mniej uciążliwym gojeniem.

Interesującą metaanalizę wielu badań dotyczących ponad 2200 pacjentów ze skomplikowaną przetoką przedstawili An i wsp. (7). Autorzy porównali trzy metody leczenia: fistulotomię, fistulektomię z rekonstrukcją i LIFT.

Autorzy wnioskują, że fistulektomia jest najskuteczniejszą i najbezpieczniejszą metodą leczenia.

Komentarz: Powyższe 3 metody stosuje się w różnych przetokach, w związku z tym według autorów trudno porównywać wyniki operacji. Na przykład w wysokich skomplikowanych przetokach „izolowana fistulektomia” może skutkować inkontynencją.

Podobne wątpliwości mamy do innej pracy przedstawionej przez Huang i wsp. (8), w której autorzy porównali metodę TROPIS, SCT oraz LIFT. Autorzy tej pracy wykazali:

- dla pacjentów ze złożoną przetoką odbytu metoda otwarcia przetoki od strony kanału odbytu (TROPIS) ma najwyższy wskaźnik wyleczenia,
- SCT (komórki macierzyste) – najmniejszy wskaźnik nawrotów,
- w metodzie LIFT – najmniej powikłań pooperacyjnych.

Komentarz: Każda z powyższych metod stosowana jest w innych przetokach (o innym przebiegu anatomicznym), więc trudno je porównywać. Luo i wsp. (9) w publikacji z 2024 roku przedstawili wyniki staplerowego przekroczonego zamknięcia przetoki odbytniczo-pochwowej. Autorzy wykazują wyższą skuteczność tej procedury (mniej nawrotów i komplikacji pooperacyjnych) w porównaniu z operacją z płatem śluzówkowym odbytnicy (9).

W 2023 roku ukazały się Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Koloproktologicznego dotyczące diagnozy, klasyfikacji i badania przedoperacyjnego ropni i przetok odbytu (10). W rekomendacjach nie uwzględniono najnowszych klasyfikacji przetok (np. Garga) (11, 12).

Poniżej przedstawiamy najważniejsze rekomendacje dotyczące leczenia ropni odbytu zawarte w Wytycznych:

- W czasie nacięcia ropnia jednoczesowa fistulotomia nie jest rekomendowana.

anaerobic *Bacteroides* spp. (5). The results of the authors from the cited paper are surprising.

A unique and interesting paper was written during the 2020-2022 COVID pandemic, when patients with transsphincteric fistulae had no access to surgery. These patients were treated with silicone cutting setons. After 4 months, up to 91.5% of patients were cured without significant complications, including faecal incontinence (6).

Comment: Cutting seton has been accepted as treatment method for low transsphincteric fistulas for many years. It should be assumed that the patients treated in the cited study had low fistulas involving less than 30% of the sphincter mass, otherwise the absence of postoperative complications in the form of incontinence would be surprising. In our opinion, fistulotomy with immediate sphincter repair provides better cosmetic and functional outcomes and is associated with better healing.

An interesting meta-analysis of many studies involving more than 2,200 patients with complicated fistula was presented by An et al (7). The authors compared three treatment methods: fistulotomy, fistulectomy with sphincter repair and LIFT. They concluded that fistulectomy is the most effective and safest treatment method.

Comment: Since the above 3 methods are used in different types of fistula, it is difficult to compare the treatment outcomes. For example, “isolated fistulectomy” may lead to incontinence in high complicated fistula.

We have similar doubts about another paper presented by Huang et al. (8), which compared transanal opening of the intersphincteric space (TROPIS), stem cell transplantation (SCT) and LIFT. The authors of this paper showed:

- the highest cure rate in patients with complex anal fistula treated with TROPIS,
- the lowest recurrence rate in SCT,
- the least postoperative complications in LIFT.

Comment: Since each of the above methods is used in a different type of fistula (with a different anatomical course), it is difficult to compare them. In 2024, Luo et al. (9) published the outcomes of stapler-assisted transvaginal repair of rectovaginal fistula. The authors showed a higher success rate for this procedure (less recurrences and postoperative complications) compared to advancement flap (9).

In 2023, ESCP Guidelines for the diagnosis, classification and preoperative investigation of anal abscess and fistula were published (10). More recent classifications for anal fistulas (e.g. Garg) were not included in the recommendations (11, 12).

The following are the key recommendations for the treatment of anal abscess included in the Guidelines:

- Immediate fistulotomy at abscess incision is not recommended.

- Nie zaleca się rutynowego pakingu w trakcie nacięcia ropnia.
- Empiryczna antybiotykoterapia w trakcie nacięcia i drenażu ropnia nie jest rekomendowana jako metoda zapobiegawcza przed powstaniem przetoki.
- U pacjentów po nacięciu ropnia antybiotykoterapia jest zalecana u pacjentów septycznych i z deficytem odporności immunologicznej.

Komentarz: Powyższe wytyczne są spójne z poprzednimi rekomendacjami. Od wielu lat większość chirurgów podkreśla, że właściwym leczeniem ropnia jest jego szybkie, szerokie otwarcie i drenaż, a nie antybiotykoterapia. Pełną antybiotykoterapię stosuje się u szczególnych pacjentów z deficytem odporności immunologicznej.

Przedstawiamy też najważniejsze wytyczne dotyczące diagnostyki przetok odbytu:

- Ocena kliniczna pacjentów z przetoką odbytu powinna obejmować wywiad i badanie kliniczne w celu oceny innych przyczyn powstawania przetoki.
- Należy ocenić i omówić z pacjentem przed operacją przetoki modyfikowalne czynniki ryzyka złego gojenia się ran, takie jak: palenie tytoniu, cukrzyca i otyłość.
- U pacjentów z przetoką odbytu, u których wywiad kliniczny wskazuje na nieswoiste zapalenie jelit, należy wykonać badania wykluczające choroby Leśniowskiego-Crohna.
- Anorektomanometria nie jest rekomendowana jako badanie rutynowe u pacjentów z przetoką odbytu.

Komentarz: Autorzy zgadzają się z opinią, że wywiad i badanie kliniczne są najważniejszym elementem diagnostycznym.

Anorektomanometria również w Polsce nie jest wykonywana rutynowo u pacjentów przed operacją przetoki odbytu.

Wynika to z braku praktycznych i ekonomicznych możliwości wykonywania anorektomanometrii u wszystkich pacjentów z przetoką. Dobrym „wyjściem” z sytuacji jest sfinkterometria, będąca badaniem szybkim, tanim i prostym, pozwalającym ocenić podstawowe parametry czynnościowe: wartość ciśnienia skurczowego i spoczynkowego w kanale odbytu.

Kolejne wytyczne dotyczące diagnostyki przedoperacyjnej przetok przedstawiamy poniżej:

- U pacjentów z podejrzeniem przetoki złożonej należy przed zabiegiem wykonać MR, gdyż ocena EAUS nie jest wystarczająca.
- Przedoperacyjną EAUS można uznać za podstawowe narzędzie do oceny większości pacjentów z przetoką odbytu lub gdy MRI nie jest łatwo dostępne, lub istnieje potrzeba oceny specyficznych cech klinicznych.

Komentarz: Zalecenie jest spójne z wytycznymi z poprzednich lat. Również i autorzy artykułu w przypadku przetok wysokich i złożonych korzystają z NMR, zaś w przypadkach przetok prostych i niskich z ultrasonografii transrektalnej.

- Routine packing at abscess incision is not recommended.
- Empirical antibiotics following abscess incision and drainage are not recommended to prevent fistula development.
- Antibiotic therapy following abscess incision may be considered in septic and immunodeficient patients.

Comment: These guidelines are consistent with previous recommendations. For many years, most surgeons have emphasised that rapid incision and drainage rather than antibiotic therapy is an appropriate treatment for an abscess. Full antibiotic therapy is used for specific patients with immune deficits.

We also present the key guidelines for the diagnosis of anal fistula:

- Clinical assessment in patients with an anal fistula must include history and clinical examination to assess for other causes of fistula formation.
- Modifiable risk factors for poor wound healing, such as smoking, diabetes and obesity, should be assessed and discussed with the patient before surgery.
- Investigations to exclude Crohn’s disease should be performed in patients with an anal fistula if there is a clinical history indicating inflammatory bowel disease.
- Use of anal manometry is not currently recommended in routine clinical practice in patients with an anal fistula.

Comment: We agree that medical history and clinical examination are the most important diagnostic elements.

Anorectal manometry is also not routinely performed in patients prior to anal fistula surgery in Poland.

This is due to practical and financial barriers that prevent performing anorectal manometry in all patients with fistula. Sphincterometry, which is a quick, inexpensive and simple test to assess the basic functional parameters (squeeze and resting pressure in the anal canal), is a good ‘way out’ of the situation.

Further guidelines for the preoperative diagnosis of anal fistula are as follows:

- Preoperative MRI should be performed for suspected complex fistula as EAUS assessment is not sufficient.
- Preoperative EAUS can be considered as a primary tool to assess most patients affected by anal fistula, or where MRI is not readily available or there is a need to assess specific clinical features.

Comment: The recommendation is consistent with guidelines from previous years. We also use NMR for high and complex fistulas and transrectal US for low and simple fistulas.

Poniżej przedstawiamy wytyczne dotyczące postępowania przedoperacyjnego u pacjentów z przetoką:

- Nie zaleca się przedoperacyjnej antybiotykoterapii u pacjentów z przetoką odbytu.
- Nie zaleca się przygotowania jelit do operacji przetoki.

Komentarz: Na naszym oddziale wykonuje się przed zabiegiem w dniu poprzedzającym dwie wlewki doodbytnicze. Nie stosuje się przygotowania przepływowego, które oczyszcza dobrze wyższe odcinki jelita, a nie zawsze dobrze oczyszcza odbytnicę. Po zastosowaniu przygotowania przepływowego czasem płynna treść spływa do odbytnicy z wyższego odcinka jelita i uniemożliwia dokładne wykonanie zabiegu.

- U pacjentów po operacji przetok odbytu można rozważyć wykonywanie nasiadówek zgodnie z preferencjami chirurga lub pacjenta.

Komentarz: Autorzy nie są zwolennikami nasiadówek po operacji przetoki. Rana może krwawić, szwy się rozchodzą i ulegają wcześniejszemu rozpuszczeniu.

Wytyczne dotyczące zabiegów częściowo oszczędzających zwieracze (ang. *partial sphincter-preserving procedures*):

- Fistulotomię należy stosować u pacjentów z międzyzwieraczową lub nisko przezwieraczową przetoką odbytu i prawidłową przedoperacyjną kontynencją, po dokładnej ocenie anatomii przetoki, symptomatologii, oceny zwieraczy, ryzyka nietrzymania i zapoznaniu się z oczekiwaniami pacjenta.

- Fistulotomia czy fistulektomia i jednoczasowa rekonstrukcja mogą być stosowane w wyselekcjonowanej grupie pacjentów z wysokimi przezwieraczowymi przetokami odbytu.

Komentarz: W praktyce własnej wykonujemy też ten zabieg w przetokach niskich, zapobiegając deformacji typu „dziurka od klucza” i dodatkowo uszczelniając kanał odbytu.

- Marsupializacja może być stosowana po fistulektomii i fistulotomii w prostych przetokach.
- Stosowanie tnącego setonu nie jest zalecane w leczeniu niskich przetok.
- Stosowanie tnącego setonu nie jest zalecane w leczeniu wysokich przetok.

Komentarz: Reasumując, eksperci nie zalecają stosowania tnącego setonu. Autorzy od wielu lat nie wykonują zabiegu z tnącym setonem, w wysokich przetokach grozi to inkontynencją, w niskich mamy do dyspozycji inne zabiegi związane z mniej uciążliwym gojeniem.

- Stosowanie luźnych setonów można rozważyć jako długoterminowe rozwiązanie u pacjentów, u których występują złożone, nawracające przetoki i u których istnieje ryzyko pogorszenia kontynencji w wyniku kolejnych operacji.
- Stosowanie luźnych setonów można rozważyć jako długoterminowe rozwiązanie u pacjentów, którzy nie chcą następnym operacji.

Komentarz: To powyższe zalecenia są zgodne z wytycznymi z poprzednich lat, w praktyce własnej często stosujemy luźny seton w powyższych sytuacjach.

Below, we present guidelines for the preoperative management of patients suffering from fistula:

- Preoperative antibiotics are not recommended in patients with anal fistula.
- Preoperative bowel preparation is not recommended in patients with anal fistula.

Comment: In our department, enema is performed twice the day before surgery. No bowel irrigation, which adequately cleanses higher bowel segments, but does not always provide a good rectum cleanse, is used. When irrigation is used, the liquid contents sometimes flow down into the rectum from higher intestinal segments, making it impossible to perform the procedure accurately.

- Sitz bath can be considered according to surgeon or patient preference postoperatively in anal fistula.

Comment: We do not advocate the use of sitz baths following fistula surgery. The wound may bleed, the sutures can loosen and dissolve prematurely.

Guidelines for partial sphincter-preserving procedures:

- Fistulotomy should be used in patients with intersphincteric or low transsphincteric anal fistula and normal preoperative continence, following a thorough assessment of fistula anatomy, symptomatology, involvement of sphincters, risk of incontinence and patient expectations.

- Fistulotomy or fistulectomy and immediate sphincter reconstruction can be used in highly selected patients with high transsphincteric anal fistula.

Comment: In our practice, we also perform this procedure in low fistulas, preventing keyhole defects and further sealing of the anal canal.

- Marsupialization can be performed following fistulotomy and fistulectomy for simple anal fistula.
- Cutting seton should not be used for simple anal fistula.
- Cutting seton is not recommended in high anal fistula.

Comment: In short, experts do not recommend a cutting seton. We have not used a cutting seton for many years as it is associated with the risk of incontinence in high fistulas and there are other treatment options with less problematic healing available for low fistulas.

- Loose setons can be considered as a long-term solution in patients who have complex, recurrent fistulas and are at risk of worsening incontinence from further invasive treatment.
- Loose setons can be considered as a long-term solution in patients who do not want to have further surgery.

Comment: The above recommendations are in line with guidelines from previous years. In our practice, we often use a loose seton in the above situations.

- Wstępne założenie setonów można rozważyć u pacjentów przed jakimkolwiek zabiegiem oszczędzającym zwieracze, w przypadku nadmiernego stanu zapalnego i ropienia lub u pacjentów, u których problemem jest słabe gojenie.
Komentarz: Większość proktologów jest zgodna, że wstępne założenie setonu zmniejsza stan zapalny i zwiększa szanse na powodzenie zabiegu docelowego.
 - Bridging setons can be considered in patients prior to any sphincter-preserving procedure in the presence of excessive inflammation and suppuration, or in whom poor healing is a concern.
Comment: most proctologists will agree that bridging setons reduce inflammation and increase success rates for the target procedure.
- Wytyczne dotyczące procedur oszczędzających zwieracze (ang. *sphincter-preserving procedures*):
- Przesunięty płat błony śluzowej może być stosowany w leczeniu wysokich przetok odbytu.
Komentarz: Z tej metody w praktyce własnej korzystamy sporadycznie, gdyż związana jest z wysoką nawrotowością. Wypadnięciu płata może zapobiec założenie „szwu guzikowego”. Jest to szew przeprowadzony przez środek płata i przytwierdzający go do podłoża.
 - Nie ma wystarczających danych, aby zalecić dodatkowe łyżeczkowanie kanału lub dodatkowe wycięcie w przypadku operacji z przesuniętym płatem odbytnicy.
 - Każda z metod może być stosowana.
 - Operacja LIFT może być stosowana jako leczenie pierwszego rzutu w leczeniu wysokich przezzwieraczowych przetok odbytu.
 - Nie można zarekomendować metody BioLIFT z powodu braku potwierdzenia wysokiej skuteczności i długoterminowych wyników.
Komentarz: Operacja LIFT jest zabiegiem trudnym technicznie i w Polsce wykonywana jest w kilku ośrodkach. W naszym kraju nie jest operacją „pierwszego rzutu” w leczeniu wysokich przetok przezzwieraczowych. Nie mamy osobistego doświadczenia w operacji BioLIFT, LIFT ma pewne ograniczenia anatomiczne (przetoka nie powinna być zbyt szeroka), więc nie zawsze może być zastosowany.
 - U pacjentów po niepowodzeniu pierwszej próby można rozważyć powtórzenie LIFT. Należy jednak zachować ostrożność przy powtarzaniu zabiegów, ponieważ skumulowany wpływ LIFT na kompleks zwieraczy jest nieznany.
 - Zatyczki (fistula plug) mogą być stosowane w leczeniu przetok odbytu.
Komentarz: Obie metody są w Polsce nier refundowane, krzywa uczenia jest krótka, ale metody związane są z wysoką nawrotowością.
 - Nie rekomenduje się OTSC (ang. *over-the-scope clip*).
 - Nie rekomenduje się stosowania płatów anodermalnych w leczeniu przetok odbytu.
 - Nie rekomenduje się kleju fibrynowego (ang. *fibrin glue*) w leczeniu przetok odbytu.
Komentarz: OTSC wymaga odpowiedniego sprzętu, jest to metoda kosztowna, nie jest też nigdzie wykonywana na wielką skalę, więc trudno o ocenę wyników. Płaty anodermalne są skuteczną metodą w leczeniu
- Guidelines for sphincter-preserving procedures:
- Advancement flap can be used for the management of high anal fistula.
Comment: This method is used extremely rarely in our practice, as it is associated with a high recurrence rate. Flap prolapse can be prevented by placing a “button suture”. This is a suture that runs through the middle part of the flap, attaching it to the base.
 - There is insufficient data to recommend either additional curettage or core-out to be performed with rectal advancement flap. Either method could be used.
 - LIFT can be used in the first-line treatment of high transsphincteric anal fistulas.
 - No recommendation can be made for the use of BioLIFT because of the lack of evidence for efficacy and long-term outcomes.
Comments: LIFT is technically difficult and performed in Poland in only a few centres. In our country, it is not a first-line treatment for high transsphincteric fistulas. We lack personal experience with BioLIFT. Due to some anatomical limitations (the fistula should not be too wide), LIFT cannot be used in all cases.
 - Repeated LIFT can be considered in patients following failure from the first attempt. However, repeat procedures should be undertaken with caution, as the cumulative effect of LIFT on the sphincter complex is unknown.
 - Fistula plug can be considered in the management of anal fistula.
Comment: Both methods are not reimbursed in Poland, the learning curve is short, but the methods are associated with a high recurrence rate.
 - No recommendation can be made for the use of over-the-scope clip (OTSC) in the management of anal fistula.
 - No recommendation can be made for the use of anocutaneous flap in the management of anal fistula. Very low-level evidence.
 - No recommendation can be made for the use of anocutaneous flap in the management of anal fistula.
 - Fibrin glue should not be used in the management of anal fistula.
Comment: Since OTSC requires appropriate equipment, is expensive and therefore is not performed anywhere on a large scale, it is difficult to assess outcomes. Anocutaneous flaps are an treatment of anal strictures;

zwężen odbytu, w leczeniu niskich przetok brak jest jednoznacznych wyników.

- Nie rekomenduje się macierzy kolagenowej w leczeniu przetok odbytu.
- Nie rekomenduje się zeszcicia otworu wewnętrznego jako jedyne go leczenia przetoki odbytu.
- Nie można zalecić stosowania zmiany przebiegu anatomicznego w wysokich przetokach odbytu ze względu na brak solidnych danych co do skuteczności metody.

Komentarz: Osobiście zeszcicie otworu jako jedyną metodę stosuję w sytuacjach, kiedy nic innego nie mogę zrobić, bardzo rzadko, w nadzwieraczowych przetokach odbytu u pacjentów z anatomicznie wysokim kanałem odbytu.

UWAGI SPECJALNE – SYTUACJE SZCZEGÓLNE

- Paliatywne założenie setonu należy wziąć pod uwagę u pacjentów z nawracającymi infekcjami okolicy anorektalnej.
- Paliatywne założenie setonu może być zaproponowane pacjentowi z przetoką, który chce uniknąć przyszłych interwencji chirurgicznych, oraz z wysokim ryzykiem uszkodzenia zwieraczy podczas zabiegu.
- Wyłonienie stomii powinno być rozważone u pacjentów z licznymi infekcjami i niekontrolowanymi stanami septycznymi związanymi z przetoką odbytu.

Komentarz: Drenaż luźnym setonem jest dobrym wyjściem terapeutycznym u pacjentów „trudnych”, ze skomplikowaną przetoką, z przewlekłymi infekcjami anorektalnymi.

PODSUMOWANIE

W aktualnym piśmiennictwie autorzy nie znaleźli zaleceń dotyczących kontroli pooperacyjnych po operacjach przetok, co uważamy za szczególnie ważne w leczeniu pacjenta z przetoką i zapobieganiu ewentualnym jej nawrotom.

W wytycznych z 2023 roku brak jest odniesienia do aktualnych klasyfikacji przetok (np. klasyfikacja Garga). Pomimo wprowadzenia w ostatnich latach wielu metod oszczędzających zwieracze (laser, zatyczki, osocze małopłytkowe), eksperci nie rekomendują ich jako metody pierwszego rzutu w leczeniu przetok żadnego typu.

Aktualnie rekomendowana jest metoda LIFT, niemniej nie jest to łatwa technika operacyjna i niewiele ośrodków w Polsce ją wykonuje.

Należy śledzić aktualny postęp wiedzy i coroczne wytyczne, jednakże dostosowywać zalecenia do możliwości ośrodka oraz przy wyborze metody leczenia brać pod uwagę własne doświadczenia zawodowe.

however, there are no clear results concerning the treatment of low fistulas.

- No recommendation can be made for the use of collagen matrix in the management of anal fistula.
- No recommendation can be made for the use of suture repair of the internal opening alone in the management of anal fistula.
- No recommendation can be made for the use of rerouting in high anal fistulas because of a lack of robust data on the efficacy.

Comment: I personally use suture repair of the opening as the only method in situations where nothing else can be done, very rarely, in suprasphincteric fistulas in patients with an anatomically high anal canal.

SPECIAL CONSIDERATIONS

- A palliative seton may be considered for the management of recurrent perianal infections.
- Palliative seton may be offered to patients with an anal fistula who wish to avoid further surgical intervention and a risk of injury to the sphincter mechanism.
- A stoma may be considered in patients with multiple and uncontrollable perianal sepsis associated with an anal fistula.

Comment: Drainage with a loose seton is a good therapeutic option in “difficult” patients with a complicated fistula and chronic perianal infections.

CONCLUSIONS

We found no recommendations for postoperative follow-up in fistula, which we consider to be particularly important in both the management of these patients and prevention of possible recurrence, in the current literature.

The 2023 guidelines make no reference to current fistula classifications (e.g. Garg classification). Despite the introduction of a number of sphincter-sparing methods in recent years (laser, plugs, thrombocytopenic plasma), experts do not recommend them as a first-line treatment for fistulas of any type.

The LIFT technique is currently recommended; however, this relatively difficult surgical modality is performed in only few centres in Poland.

It is important to keep up with current advances in knowledge and annual guidelines, adapting the proposed recommendations to the possibilities of a given centre. Also, the centre’s professional experience should be taken into account when choosing a treatment strategy.

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:

8.01.2024

zaakceptowano do druku/accepted:

22.01.2024

Piśmiennictwo/References

1. Jimenez M, Mandava N: Anorectal Fistula. 2023 Feb 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32809492.
2. Nottingham JM, Rentea RM: Anal Fistulotomy. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32310458.
3. Perez S, Eisenstein S: Cancer in Anal Fistulas. *Clin Colon Rectal Surg* 2023; 37(1): 41-45.
4. Yang J, Li L, Su W et al.: Microbiomic signatures of anal fistula and putative sources of microbes. *Front Cell Infect Microbiol* 2024; 14: 1332490.
5. Kesler M, Koch A, Rychlik M et al.: Ocena zasadności stosowanej profilaktyki antybiotykowej (klindamycyny) u pacjentów operowanych z powodu przetoki odbytu w materiale własnym. *Nowa Med* 2021; 1: 5-11.
6. Tomasicchio G, Giove C, Dezi A et al.: The management of low trans-sphincteric anal fistula during the COVID-19 pandemic: revisiting the role of the seton. *Updates Surg* 2024; 76(1): 163-167.
7. An Y, Gao J, Xu J et al.: Efficacy and safety of 13 surgical techniques for the treatment of complex anal fistula, non-Crohn CAF: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Surg* 2024; 110(1): 441-452.
8. Huang H, Ji L, Gu Y et al.: Efficacy and Safety of Sphincter-Preserving Surgery in the Treatment of Complex Anal Fistula: A Network Meta-Analysis *Front Surg* 2022; 9: 825166.
9. Luo MY, Chen WP, Chen HX et al.: Stapled transperineal rectovaginal fistula repair for low- and mid-level rectovaginal fistulas: A comparison study with rectal mucosal advancement flap repair. *Asian J Surg* 2024; S1015-9584(24)00002-2.
10. Reza L, Gottgens K, Kleijnen J et al.: Guidelines European Society of Coloproctology: Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula. *Colorectal Dis* 2024; 26: 145-196.
11. Garg P: Garg classification for anal fistulas: I sit better than existing classification? – a review. *Indian J Surg* 2018; 80(6): 606-608.
12. Garg P: Assessing validity of existing fistula-in-ano classification In a cohort of 848 operated and MRI-assessed anal fistula patient: Cohort study. *Ann Med Surg (Lond)* 2020; 59: 122-126.