

Jak uniknąć błędu w kwalifikacji do operacji proktologicznej – 7 kluczowych pytań

How to avoid misqualification for colorectal surgeries – 7 key questions

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

²Department of General Surgery, District Hospital in Ostrów Mazowiecka, Poland

Streszczenie

W artykule omówiono problem właściwej kwalifikacji do zabiegu proktologicznego. Biorąc pod uwagę realia pracy chirurga i często zbyt mało czasu na wywiad z pacjentem, zdarza się, że kwalifikacja do operacji jest zbyt pochopna. Cele chirurga nie zawsze są też tożsame z oczekiwaniami, które wiąże pacjent z planowanym zabiegiem. Żeby uniknąć błędnej kwalifikacji do zabiegu i w konsekwencji związanych z tym kłopotów, autorka sformułowała 7 następujących pytań, jakie powinien zadać chirurg pacjentowi, a także i sobie samemu, przed zakwalifikowaniem pacjenta do zabiegu proktologicznego: 1. Czy w ogóle operować pacjenta i czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby? 2. Jakiej najbardziej uciążliwej dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować? 3. Jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przeprowadzonego zabiegu? 4. Czy pacjent dobrze trzyma gazy i stolec? 5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą pogorszyć przebieg gojenia? 6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)? 7. Czy kontakt (porozumienie) między mną (lekarzem-operatorem) a pacjentem jest dobry? W artykule omówiono przykładowo kilka proktologicznych jednostek chorobowych i związanych z nimi pułapek w kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. Właściwa kwalifikacja do operacji proktologicznej, a czasem odstępianie od zabiegu, jest elementem decydującym o wyleczeniu pacjenta, a także w dużej części pozwala uniknąć pooperacyjnych komplikacji.

Summary

This paper discusses the issue of proper qualification for colorectal surgery. Given the reality of a surgeon's work and often insufficient time for collecting patient's history, it happens that the qualification for surgery is hasty. Also, the surgeon's objectives are not always the same as the patient's expectations associated with the planned procedure. In order to avoid an erroneous qualification for surgery and its consequences, I have formulated the following 7 questions that surgeons should ask both their patients and themselves before qualifying these patients for colorectal surgeries: 1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted? 2. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically? 3. What are the patient's expectations of the

Słowa kluczowe

inkontynencja, szczelina odbytu,
choroba hemoroidalna, wypadanie
odbytnicy

Keywords

incontinence, anal fissure,
haemorrhoidal disease, rectal prolapse

surgery performed? 4. What is the patient's (gas and stool) continence status? 5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing? 6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)? 7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good? This paper discusses several examples of colorectal disorders and the associated pitfalls in the preoperative qualification process. Correct qualification for colorectal surgery, which may sometimes mean abandonment of the procedure itself, plays a key role in the patient's recovery and often helps avoid postoperative complications.

WSTĘP

Biorąc pod uwagę realia pracy polskiego chirurga i często za mało czasu na wywiad z pacjentem, zdarza się, że zbyt pochopnie można zakwalifikować pacjenta do operacji proktologicznej. Zabiegi proktologiczne są przeprowadzane w obrębie lub w okolicy zwieraczy odbytu i wiążą się z ryzykiem obniżenia kontynencji. Cele chirurga nie zawsze są też spójne z oczekiwaniami, które wiąże pacjent z planowanym zabiegiem. Żeby uniknąć błędnej kwalifikacji do zabiegu i w konsekwencji związanych z tym kłopotów, autorka sformułowała 7 kluczowych pytań, jakie powinien zadać chirurg pacjentowi, a także i sobie samemu, przed zakwalifikowaniem pacjenta do zabiegu proktologicznego.

Poniżej przedstawiono te pytania:

1. Czy w ogóle operować pacjenta i czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby?
2. Jakie najbardziej uciążliwe dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować?
3. Jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przeprowadzonego zabiegu?
4. Czy pacjent dobrze trzyma gazy i stolec?
5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą w sposób znaczący pogorszyć przebieg gojenia?
6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)?
7. Czy kontakt (porozumienie) między mną lekarzem-operatorzem a pacjentem jest dobry?

Dla przykładu przedstawiono praktyczne zastosowanie tych pytań w odniesieniu do kilku jednostek proktologicznych.

CHOROBA HEMOROIDALNA

Pytanie 1. Czy w ogóle operować i czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby?

W początkowych etapach zaawansowania choroby hemoroidalnej należy zawsze spróbować leczenia zachowawczego w postaci diety przeciwzaparciowej i leków o działaniu ogólnym i miejscowym. Również w II i III etapie choroby w leczeniu stosuje się alternatywne małoinwazyjne metody zabiegowe (zakładanie gumek, obliteracje). Dlatego też w odniesieniu do pacjenta z chorobą hemoroidalną na pytanie: „czy w ogóle operować”, najczęściej odpowiadamy NIE. Również według danych z piśmiennictwa tylko ok. 5-10% pacjentów z chorobą hemoroidalną wymaga operacji (1).

INTRODUCTION

Given the reality of the Polish surgeon's work and often insufficient time for collecting patient's history, the process of qualifying for colorectal surgery may be too hasty. Colorectal procedures are performed within or around the anal sphincter and therefore involve the risk of incontinence. The surgeon's objectives are also not always consistent with patient's expectations of the planned intervention. In order to avoid an erroneous qualification for surgery and its consequences, I have formulated the following 7 questions that surgeons should ask both their patients and themselves before qualifying these patients for colorectal surgeries:

1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted?
2. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically?
3. What are the patient's expectations of the surgery performed?
4. What is the patient's (gas and stool) continence status?
5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing?
6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)?
7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good?

As an example, the practical application of these questions in several colorectal disorders is presented.

HAEMORRHOIDAL DISEASE

Question 1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted?

Conservative treatment in the form of an anti-constipation diet, as well as general and topical agents should always be used in the early stages of haemorrhoidal disease (HD). Alternative, minimally invasive interventions (rubber band ligation, obliteration) are also used in grade II and III haemorrhoids. Therefore, in the case of HD patients, the answer to the question on whether to perform a surgery is most often NO. According to the literature, only about 5-10% of HD patients require surgery (1).

As for minimally invasive techniques, patients nowadays most often ask about the laser technique, which is used for grade II and III haemorrhoids, but may not meet the expect-

Biorąc po uwagę techniki małoinwazyjne, obecnie pacjenci najczęściej pytają o technikę laserową, która ma swoje miejsce w leczeniu choroby hemoroidalnej w II i III stopniu, natomiast zastosowana w stopniu IV może nie spełnić oczekiwań pacjenta. Wśród pacjentów obiegowo funkcjonuje przekonanie, że po obliteracji hemoroidów laserem nie ma bólu, obrzęku i pacjent błyskawicznie wraca się do pełnego zdrowia. Kwalifikując pacjenta do zabiegu laserowego, powinno się go poinformować, że metoda laserowa „też jest operacją”, że po zabiegu mogą wystąpić ból i obrzęk oraz utrzymująca się przez kilka tygodni wydzielina z odbytu.

Przed zakwalifikowaniem pacjenta z chorobą hemoroidalną do zabiegu należy mieć na uwadze stopień zaawansowania choroby. Dla przykładu błędna kwalifikacja do zabiegu laserowego pacjentki z wypadniętymi hemoroidami IV stopnia i przerośniętymi fałdami brzeżnymi może być przyczyną jej rozczarowania z powodu nieakceptowalnego efektu kosmetycznego związanego z nieusuniętymi fałdami oraz najprawdopodobniej z nieskutecznością zabiegu.

Pytanie 2. Jakie najbardziej uciążliwe dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować?

Wskazaniem do operacji hemoroidów są krwawienia i wypadanie hemoroidów. Jeśli pacjent nie zgłasza żadnej z tych dolegliwości, nie należy proponować mu operacji. Dla przykładu, pacjenta 90-letniego, z chorobą hemoroidalną nawet IV stopnia, do której „się przyzwyczaił”, nie namawiamy do operacji, mając na uwadze niewielkie dolegliwości i ryzyko powikłań okołoperacyjnych związanych z wiekiem.

Często pacjenci postrzegają hemoroidy jako przeszkodę mechaniczną w oddawaniu stolca. Pacjentowi należy wyjaśnić, że choroba hemoroidalna jest skutkiem, a nie przyczyną zaparc.

Hemoroidektomia nie zlikwiduje zaparc oraz bólu, który może być związany z obecnością szczeliny lub zakrzepów brzeżnych. Ból po hemoroidektomii może w pierwszych dniach po zabiegu nawet czasowo się nasilić.

Pytanie 3. Jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przeprowadzonego zabiegu?

U wielu kobiet oczekiwania są „kosmetyczne”, pacjentki postrzegają fałdy brzeżne jako hemoroidy i wówczas nie należy wykonywać hemoroidektomii, a jedynie wycięcie fałdów brzeżnych.

Pytanie 4. Czy pacjent dobrze trzyma gazy i stolec?

To pytanie należy zadać pacjentowi przed każdym zabiegiem proktologicznym, również przed hemoroidektomią, chociaż teoretycznie operacja hemoroidów nie dotyczy zwieraczy. Guzki krwawnicze pełnią rolę uszczelniającą odbytu i w około 30% pogarszają trzymanie gazów. Jeśli pacjent już przed hemoroidektomią ma osłabioną kontynencję, wówczas wskazania do hemoroidektomii są bardzo zawężone i ograniczają się do pacjentów z obfitymi krwawieniami skutkującymi anemią. Wówczas należy uprzedzić pacjenta o możliwym powikłaniu w postaci gorszego trzymania gazów po operacji. Już wiele lat temu Stelzer pisał, że hemoroidektomia jest

tations of grade IV patients. There is a belief among patients that the haemorrhoid laser procedure (HeLP) ensures rapid full recovery with no pain or oedema. Each patient qualified for HeLP should be informed that this treatment modality is in fact “a surgery” that may be accompanied by pain and oedema and that anal discharge usually persists for several weeks.

Before qualifying a HD patient for surgical treatment, the stage of the disease should be considered. For example, misqualifying a patient with prolapsed grade IV haemorrhoids and overgrown anodermal folds for laser surgery may result in their disappointment due to the unacceptable cosmetic outcome associated with the remaining folds and, most likely, treatment failure.

Question 2. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically?

Bleeding and haemorrhoid prolapse are the indications for haemorrhoidectomy. If the patient does not report any of these symptoms, surgery should not be offered. For example, a 90-year-old patient with grade IV haemorrhoidal disease, to which he or she “has become accustomed”, should not be persuaded to undergo surgery due to tolerable symptoms and the risk of age-related perioperative complications.

Patients often perceive haemorrhoids as a mechanical obstruction preventing normal bowel movements. It should be explained to the patient that HD is an effect rather than the cause of constipation. Haemorrhoidectomy will not eliminate constipation or the pain that may be associated with the presence of a fissure or anal thrombosis. Pain after haemorrhoidectomy may even temporarily worsen in the first few days after surgery.

Question 3. What are the patient's expectations of the surgery performed?

Many women have “cosmetic” expectations and perceive anodermal folds as haemorrhoids. In such cases, no haemorrhoidectomy should be performed, but only excision of the folds.

Question 4. What is the patient's (gas and stool) continence status?

This question should be asked before any colorectal procedure, including haemorrhoidectomy, although haemorrhoid surgery does not theoretically involve the sphincter. Haemorrhoids seal the anus and cause about 30% worsening of gas continence. If the patient already suffers from incontinence before haemorrhoidectomy, then the indications for haemorrhoidectomy are very narrow and limited to patients with heavy bleeding leading to anaemia. The patient should then be informed of the possible complication of poorer postoperative gas continence. It was already many years ago that Stelzer wrote that haemorrhoidectomy is only a seem-

tylko pozornie łatwą operacją i inkontynencja jest jednym z powikłań po tym zabiegu (2, 3).

Pytanie 5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą pogorszyć przebieg gojenia?

Zoperowanie pacjenta w okresie aktywnego stanu zapalnego jelit może być przyczyną powikłań związanych z gojeniem rany. Wieloośrodkowe analizy pacjentów z chorobami zapalnymi jelit i po hemoroidektomii wykazują średnio u 9% pacjentów komplikacje pooperacyjne, w tym gorszy przebieg pooperacyjny stwierdza się u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna niż u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (11 vs 5%) (4, 5). Również zoperowanie pacjenta np. z ciężką nerwicą lub depresją „nieustawionego” na lekach psychiatrycznych może być wstępem do kłopotów.

Pytanie 6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)?

W przypadku choroby hemoroidalnej operacja może być bezpiecznie wykonana na każdym oddziale chirurgii ogólnej szpitala publicznego.

Hemoroidektomię wykonuje się też w oddziałach komercyjnych. Najpoważniejszym wczesnym powikłaniem po hemoroidektomii jest krwawienie po zabiegu, co należy mieć na uwadze podczas kwalifikacji pacjenta do operacji w ośrodku niepublicznym. Wówczas trzeba podać pacjentowi bezpośredni kontakt telefoniczny do siebie i poinstruować go, aby natychmiast do nas dzwonił w razie wystąpienia powikłań (konieczne jest zaplecze działającego bloku operacyjnego).

Pytanie 7. Czy kontakt (porozumienie) między mną (lekarzem-operatorem) a pacjentem jest dobry?

Brak dobrej relacji między operatorem a pacjentem jest poważną przesłanką do odmówienia zabiegu ze wskazań planowych i ewentualnego poproszenia o konsultację innego chirurga.

SZCZELINA ODBYTU

Pytanie 1. Czy w ogóle operować? Czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby?

W przypadku szczeliny odbytu wszelkie algorytmy terapeutyczne zalecają wstępne zachowawcze leczenie szczeliny, stąd pominięcie etapu terapii zachowawczej i nierozważne szybkie zakwalifikowanie pacjenta do operacji może, w razie wystąpienia powikłań związanych z samym zabiegiem, narazić lekarza na roszczenia prawne pacjenta.

Nie powinno się kwalifikować do operacji kobiet z poporodową szczeliną odbytu. Etiopatogeneza szczeliny poporodowej różni się od typowej odkryptowej szczeliny i najczęściej u pacjentek po porodzie stwierdza się obniżone (nie podwyższone!) napięcie zwieraczy. W związku z tym pochopna kwalifikacja do operacji może skutkować rozwinięciem się pełnej inkontynencji gazów.

ingly easy procedure, with incontinence being one of its complications (2, 3).

Question 5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing?

Operating on a patient during the active phase of inflammatory bowel disease (IBD) can cause wound healing complications. Multicentre analyses of patients with IBD and those after haemorrhoidectomy reported postoperative complications rates of 9%, with a worse postoperative course found in patients with Crohn's disease than those with ulcerative colitis (11 vs. 5%) (4, 5). Also, operating on a patient with, for example, severe neurosis or depression not controlled with pharmacotherapy can be challenging.

Question 6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)?

For haemorrhoidal disease, surgery can be safely performed in any general surgery department of a public hospital. Haemorrhoidectomy is also performed in commercial units. Postoperative bleeding, which must be kept in mind when qualifying a patient for surgery in a non-public centre, is the most serious early complication after haemorrhoidectomy. The patient should be also provided with a direct telephone number and instructions to immediately contact the attending doctor if complications arise (support facilities of an operational surgical unit are essential).

Question 7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good?

The lack of a good relationship between the operator and the patient is a serious reason to refuse surgery for elective indications and possibly ask for a consultation with another surgeon.

ANAL FISSURE

Question 1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted?

All therapeutic algorithms recommend initial conservative treatment of anal fissure, hence skipping conservative treatment and imprudent, rapid qualification for surgery may expose the doctor to patient's legal claims if any complications related to the procedure itself should arise.

Women with postpartum anal fissure should not be qualified for surgery. The aetiopathogenesis of a postpartum fissure differs from that of a typical cryptic fissure, with postpartum patients tending to have decreased (rather than increased!) sphincter tone. Therefore, a hasty qualification for surgery may result in the development of complete gas incontinence.

Pytanie 2. Jakie najbardziej uciążliwe dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować?

W przypadku szczeliny sprawa jest jednoznaczna – zazwyczaj pacjent przychodzi z bólem i oczekuje po operacji ustąpienia dolegliwości bólowych.

Pytanie 3. Jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przeprowadzonego zabiegu?

Po operacji szczeliny powinien ustąpić ból.

Pytanie 4. Czy pacjent dobrze trzyma gazy i stolec?

Zadanie powyższego pytania jest niezbędne przed operacją szczeliny. Sfinkterotomia lewoboczna i sfinkterotomia tylna powierzchowna mogą spowodować w kilku do nawet 20% przypadków nietrzymanie gazów u pacjenta (6-9). Stąd u pacjentów z wyjściową przedoperacyjną inkontynencją lub np. z biegunkami powinno się unikać wykonania tego zabiegu i zastosować inne leczenie. W materiale własnym w leczeniu szczelin zachowawczo blokerami kanałów wapniowych nie zaobserwowaliśmy objawów ubocznych w postaci inkontynencji, a wysoką skuteczność terapii w ostrych szczelinach odbytu (10).

Pytanie 5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą pogorszyć przebieg gojenia?

W przypadku błędnej kwalifikacji do operacji szczeliny, która związana jest np. z chorobą Leśniowskiego-Crohna, operacja może zamienić szczelinę w niegojącą się, bolesną ranę.

W przypadku szczeliny należy uprzedzić o kilkutygodniowym wycieku treści surowiczo-krwistej z odbytu – jeśli pacjent nie otrzymał tej informacji, często jest przekonany, że „rana mu ropieje” lub „ma nawrót szczeliny”.

Pytanie 6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)?

Operacja szczeliny jest niedużym zabiegiem i może być wykonana właściwie na każdym oddziale chirurgicznym. Często zabiegi pacjentów ze szczeliną wykonywane są w ośrodkach niepublicznych. Operując pacjenta w ośrodku komercyjnym, pomimo małej rozległości zabiegu, należy brać pod uwagę choroby dodatkowe pacjenta (np. objawy niewydolności krążenia, przebyte zawały itd.). Sfinkterotomia – pozornie prosty zabieg – wymaga też doświadczenia i nieprawidłowo wykonana może skutkować nietrzymaniem gazów i brudzeniem bielizny u pacjenta.

Pytanie 7. Czy kontakt (porozumienie) między mną (lekarzem-operatorem) a pacjentem jest dobry?

Brak dobrej relacji między operatorem a pacjentem jest poważną przesłanką do odmówienia zabiegu ze wskazań planowych i ewentualnego poproszenia o konsultację innego chirurga.

Question 2. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically?

Obviously, patients with anal fissure report pain and expect this symptom to resolve postoperatively.

Question 3. What are the patient's expectations of the surgery performed?

The pain should resolve postoperatively.

Question 4. What is the patient's (gas and stool) continence status?

It is essential to ask the above question before fissure surgery. Lateral internal sphincterotomy and posterior superficial sphincterotomy can cause gas incontinence in a few to up to 20% of patients (6-9). Hence, this approach should be avoided and a different treatment option should be used in patients with baseline preoperative incontinence or, for example, diarrhoea. We observed no adverse effects in the form of incontinence, and a high efficacy of the therapy in acute anal fissures in our patients treated conservatively with calcium channel blockers (10).

Question 5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing?

If a fissure associated with, for example, Crohn's disease, is misclassified for surgery, it can turn into a non-healing, painful wound. Patients operated on for anal fissure should be informed about the leakage of serous-bloody contents from the anus for several weeks; if the patient is not given this information, he or she is often convinced that "the wound is festering" or that "the fissure has recurred".

Question 6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)?

Fissure surgery is a minor procedure and can be performed in virtually any surgical department. These procedures are often performed in non-public centres. When operating on a patient in a commercial centre, despite the small extent of the procedure, the patient's comorbidities (e.g. symptoms of circulatory failure, history of myocardial infarction, etc.) must be taken into account. Sphincterotomy, which is a seemingly simple procedure, also requires experience and, if performed incorrectly, can result in gas incontinence and underwear soiling.

Question 7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good?

The lack of a good relationship between the operator and the patient is a serious reason to refuse surgery for elective indications and possibly ask for a consultation with another surgeon.

PRZETOKA

Pytanie 1. Czy w ogóle operować i czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby?

Pacjent z przetoką prawie zawsze wymaga operacji.

Pacjenci podczas wizyty kwalifikacyjnej często pytają się o metody małoinwazyjne. Żeby zakwalifikować pacjenta do metody małoinwazyjnej (laser, kleje, pasty), przetoka musi anatomicznie spełniać określone warunki. Do właściwej kwalifikacji pomocne są badania obrazowe (ultrasonografia transrektalna, rezonans magnetyczny) opisujące nam szerokość głównego kanału przetoki, obecność zbiorników i odgałęzień, a także wysokość przetoki.

Niewzięcie pod uwagę powyższych elementów anatomicznych i błędna kwalifikacja do zabiegu obliteracji laserem (szeroki kanał o średnicy większej niż 5-6 mm) to prawie pewne kłopoty i powikłania w postaci nieskuteczności zabiegu, a nawet ryzyko wystąpienia ropnia w przebiegu pooperacyjnym.

Pytania 2, 3. Jakie najbardziej uciążliwe dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować? Jakie są jego oczekiwania dotyczące przeprowadzonego zabiegu?

W przypadku przetoki odpowiedź na oba pytania jest spójna, a rozmowa z pacjentem i właściwa kwalifikacja do zabiegu są szczególnie ważne. Należy uświadomić pacjentowi, że „nie będzie od razu zdrowy”. Poinformować go, że po zabiegu będzie rana, którą trzeba troskliwie pielęgnować przez kilka tygodni. Jeśli przetoka jest wysoka, obejmuje dużą masę zwieraczy, pacjenta należy uprzedzić o podzieleniu zabiegu na etapy i dokładnie wyjaśnić, że ma to na celu ograniczenie ryzyka pooperacyjnej inkontynencji. W mojej praktyce zdarzały się przypadki, że pacjent nie zrozumiał istoty operacji dwuetapowej i komentował ją w ten sposób, że zabieg się nie udał i musiał być operowany drugi raz.

Pytanie 4. Czy dobrze trzyma gazy i stolec?

U pacjenta z przetoką i z osłabioną przedoperacyjną kontynencją nieprawidłowa kwalifikacja do procedury zbyt inwazyjnej może się wiązać z dalszym pogorszeniem kontynencji i stałym kalectwem. Szczególnie dotyczy to pacjentów, którzy już przebyli operacje w innych ośrodkach i byli operowani przez różnych lekarzy. Pacjentów z osłabioną kontynencją najczęściej kwalifikuje się do ostrożnych, dwuetapowych procedur związanych z zakładaniem drenaży i ograniczeniem infekcji przed elektrywną operacją.

Pytanie 5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą pogorszyć przebieg gojenia?

W przypadku pacjenta z przetoką, np. w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, zakwalifikowanie go do zbyt inwazyjnej operacji przetoki może nie tylko nie poprawić, ale nawet pogorszyć jego stan zdrowotny. Z reguły stosuje się wówczas zabiegi drenażowe przetoki, a główne leczenie jest gastrologiczne – często terapia biologiczna. Z kolei pacjent z ciężką, niekontrolowaną depresją, może być psychicznie nieprzygotowany do wielotygodniowej pielęgnacji rany i związanych z tym ograniczeń. Szczegółowy wywiad

ANAL FISTULA

Question 1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted?

Surgery is usually necessary to treat an anal fistula.

Patients often ask about minimally invasive methods during the qualifying visit. However, there are certain anatomical criteria to be met by the fistula in order to qualify the patient for a minimally invasive approach (laser, glues, pastes). Imaging tools (transrectal ultrasound, magnetic resonance imaging) to assess the width of the main fistulous tract, the presence of vessels and branches, as well as the height of the fistula, are helpful for proper qualification. Failure to consider these anatomical aspects and misqualification for laser obliteration (a wide tract > 5-6 mm in diameter) will most likely lead to problems and complications in the form of treatment failure and even the risk of postoperative abscess formation.

Questions 2 and 3. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically? What are the patient's expectations of the surgery performed?

In the case of fistula, the answer to both questions is consistent. Talking to the patient and proper qualification for surgery is particularly important. The patient should be also informed that “treatment outcomes will not be immediate”, and that there will be a postoperative wound requiring care for several weeks. Patients with high fistulas involving a large portion of sphincter should be informed that the procedure will be performed in stages to reduce the risk of postoperative incontinence. In my practice, there have been cases where the patient did not understand the nature of the two-stage procedure and commented it as treatment failure and the need for another surgery.

Question 4. What is the patient's (gas and stool) continence status?

Misqualifying a patient with an anal fistula and preoperative incontinence for an overly invasive procedure may be associated with further deterioration of continence and permanent disability. This is especially true for patients who have already undergone surgery at other centres and have been operated on by different doctors. Patients with impaired continence most often qualify for careful, two-stage procedures involving the placement of drains and limiting infection before elective surgery.

Question 5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing?

Qualifying a patient with an anal fistula, e.g. in the course of Crohn's disease, for overly invasive fistula surgery may not only fail to improve, but even worsen the patient's condition. Typically, fistula drainage procedures are used in such cases and the main treatment is gastrological, often based on biological therapy. A patient with severe, uncontrolled depression, on the other hand, may be mentally unprepared

z pacjentem podczas pierwszej wizyty pozwoli nam uniknąć błędnej kwalifikacji.

Należy też uprzedzić pacjenta o uciążliwości przebiegu pooperacyjnego. W przypadku operacji przetoki leczenie po zabiegu jest równie ważne, jak operacja – jeśli pacjent nie jest o tym uprzedzony, może np. zaplanować bezpośrednio po zabiegu wielogodzinną wycieczkę autokarem, co uniemożliwi mu właściwą pielęgnację rany i może być źródłem pooperacyjnej infekcji i komplikacji w gojeniu.

Pytanie 6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)?

Operacje przetok są różne, począwszy od niewielkich operacji niskich przetok międzyzwieraczowych, które większość chirurgów potrafi wykonać, aż do skomplikowanych, rozgałęzionych przetok wymagających rozległych wieloetapowych operacji. Wydaje się, że pacjenci z wysokimi skomplikowanymi przetokami powinni być kwalifikowani do operacji w referencyjnych ośrodkach koloproktologicznych i operowani przez doświadczonych w wykonywaniu tych operacji chirurgów. Pochopna kwalifikacja pacjenta ze skomplikowaną przetoką do operacji na oddziale wykonującym kilka zabiegów przetok rocznie może narazić pacjenta na wieloletnie leczenie i powikłany przebieg choroby. Zaproponowana kilka lat temu przez hinduskiego chirurga klasyfikacja Garga, dzieląca przetoki na 5 typów (pierwsze 2 typy to przetoki niskie i proste), zaleca, aby typy 3-5 (przetoki skomplikowane) operowali chirurdzy koloproktolodzy wyspecjalizowani w leczeniu przetok odbytu (11).

Pytanie 7. Czy kontakt (porozumienie) między mną (lekarzem-operatorem) a pacjentem jest dobry?

W przypadku przetoki leczenie pooperacyjne trwa kilka tygodni, a często kilka miesięcy. Brak dobrego porozumienia między lekarzem a pacjentem bardzo utrudnia leczenie. W związku z tym jeszcze przed zabiegiem należy uprzedzić pacjenta o uciążliwości przebiegu pooperacyjnego. W przypadku operacji przetoki leczenie po zabiegu jest równie ważne jak operacja – jeśli pacjent nie jest o tym uprzedzony, może np. zaplanować bezpośrednio po zabiegu wielogodzinną wycieczkę autokarem, co uniemożliwi mu właściwą pielęgnację rany i może być źródłem pooperacyjnej infekcji i komplikacji w gojeniu.

WYPADANIE ODBYTNICY

Pytanie 1. Czy w ogóle operować i czy wykorzystano wszystkie metody nieinwazyjnego leczenia choroby?

Duża część pacjentek (częściej są to kobiety) i pacjentów z wypadaniem odbytnicy jest w podeszłym wieku i choruje dodatkowo na inne schorzenia, np. układu krążenia, choroby neurologiczne czy cukrzycę. Jeśli pacjentka jest w złym stanie ogólnym, krążeniowo niewydolna, a wypadanie odbytnicy jest odprowadzalne, wówczas ze względu na ryzyko powikłań ogólnych nie kwalifikuje się jej do operacji. Jeśli natomiast u pacjentów nie ma istotnych przeciwwskazań

for weeks of wound care and the associated limitations. Collecting detailed patient's history at the first visit will help avoid misqualification.

The patient should also be informed about the inconvenience of the postoperative course. In the case of fistula surgery, the postoperative treatment is just as important as the surgery itself. If the patient is not informed about this, he or she may, for example, plan a long-term bus trip immediately after the procedure, which will prevent him or her from taking proper care of the wound and may be a source of postoperative infection and healing complications.

Question 6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)?

Fistula surgeries range from minor procedures for low intersphincteric fistulas, which most surgeons are able to perform, to complex, branching fistulous tracts requiring extensive multistage surgeries. It seems that patients with high complex fistulas should be qualified for surgery in reference coloproctology centres and operated on by experienced surgeons. Hasty qualification of a patient with a complicated fistula for surgery in a unit that performs several such procedures per year may expose the patient to years of treatment and a complicated course of the disease. The Garg classification proposed a few years ago by an Indian surgeon, dividing fistulas into 5 types (the first 2 types are low and simple fistulas), recommends that types 3-5 (complicated fistulas) should be operated on by colorectal surgeons specialised in the treatment of anal fistulas (11).

Question 7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good?

The postoperative treatment of anal fistula takes several weeks, often up to several months. The lack of good doctor-patient communication makes the treatment process very challenging. Therefore, the patient should be informed about the inconvenience of the postoperative course already before the surgery. The postoperative treatment is just as important as the procedure itself. If the patient is not informed about this, he or she may, for example, plan a long-term bus trip immediately after the procedure, which will prevent him or her from taking proper care of the wound and may be a source of postoperative infection and healing complications.

RECTAL PROLAPSE

Question 1. Is surgical treatment necessary and have all non-invasive options been exhausted?

A large proportion of patients (more often females) with rectal prolapse (RP) are elderly and burdened with comorbidities such as cardiovascular and neurological diseases or diabetes. Patients in poor general condition, with cardiovascular insufficiency, but reducible rectal prolapse are not qualified for surgery due to the risk of general complications. On the other hand, patients with no significant anaesthetic

anestezjologicznych – kwalifikuje się ich do zabiegu, nie lecząc ich zachowawczo.

Pytania 2 i 3. Jakie najbardziej uciążliwe dolegliwości zgłasza pacjent i czy operacja może je zlikwidować? Jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przeprowadzonego zabiegu?

Dużą część pacjentów z wypadaniem odbytnicy skarży się na zaparcia. Należy uprzedzić, że operacja wypadania odbytnicy nie zlikwiduje zaparć, a nawet może je w wielu przypadkach nasilić (szczególnie jeśli stosuje się technikę rektopleksji).

Prawidłowo wykonana operacja powinna zlikwidować chorobę podstawową, jaką jest wypadanie odbytnicy.

Pytanie 4. Czy pacjent dobrze trzyma gazy i stolec?

Prawie wszyscy pacjenci z wypadaniem odbytnicy skarżą się na inkontynencję. Przy kwalifikacji do zabiegu należy uprzedzić pacjenta, że nie zawsze po operacji kontynencja gazów i stolca się poprawia. Najczęściej pacjenci wymagają po operacji rehabilitacji zwieraczy pod kontrolą fizjoterapeuty.

W przypadku pacjentów z wypadaniem odbytnicy szczególnie ważna jest odpowiednia kwalifikacja do metody operacyjnej, ponieważ rozpatrywane są dwa dostępy operacyjne – kroczykowy i brzuszny. Wybranie dostępu operacyjnego do zabiegu powinno uwzględniać: wiek, stan ogólny pacjenta, jego choroby dodatkowe (wówczas preferowany dostęp kroczykowy, najczęściej operacja Altemeiera), mechanizm wypadania, długość odcinka wypadniętego jelita, a także przebyte wcześniej zabiegi operacyjne (jeśli pacjent był już raz operowany z powodu wypadania odbytnicy – raczej nie powtarza się tej samej procedury). Operacja z dostępu brzuszno, często związana z resekcją wydłużonej pętli esicy, jest bardziej skuteczna i preferowana u ludzi młodych. W celu właściwej kwalifikacji konieczne jest wykonanie diagnostyki przed zabiegiem, w tym najlepiej defekografii pozwalającej ocenić długość pętli esicy i mechanizm wypadania.

Pytanie 5. Czy nie współistnieją inne choroby (np. zapalne jelit, internistyczne, psychiczne), które mogą pogorszyć przebieg gojenia?

U pacjentów w podeszłym wieku przy wyborze metody operacyjnej najczęściej bierzemy pod uwagę dodatkowe choroby układu krążenia, które mogą być źródłem powikłań ogólnych.

Pytanie 6. Czy moje umiejętności i możliwości ośrodka, w którym zamierzam wykonać operację, są odpowiednie dla danego pacjenta (stan ogólny pacjenta, rozległość zabiegu, wymagany czas hospitalizacji)?

Operacje wypadania odbytnicy nie są często przeprowadzanym zabiegiem, wymagają doświadczenia w wykonywaniu operacji koloproktologicznych i wydaje się, że powinny być przeprowadzane w koloproktologicznych ośrodkach referencyjnych.

contraindications are eligible for surgery without previous conservative treatment.

Questions 2 and 3. What are the most bothersome symptoms reported by the patient and can they be eliminated surgically? What are the patient's expectations of the surgery performed?

A large proportion of patients with RP complain of constipation. They should be informed that rectal prolapse repair will not eliminate constipation, but may even exacerbate it in many cases (especially if the rectopexy technique is used). When performed correctly, the procedure should eliminate the underlying disease, i.e. rectal prolapse.

Question 4. What is the patient's (gas and stool) continence status?

Almost all patients with RP complain of incontinence. When qualifying for surgery, the patient should be informed that gas and stool continence does not always improve after surgery. Most often patients require postoperative sphincter rehabilitation under the supervision of a physiotherapist. Appropriate preoperative qualification is particularly important in RP patients, as two types of surgical access are considered: perineal and abdominal. The choice of surgical access should take into account the patient's age, general condition, comorbidities (in which case perineal access is preferred, usually Altemeier surgery), the mechanism of prolapse, the length of the prolapsed bowel segment, and previous surgical treatment (if the patient has already been operated on for rectal prolapse – the same procedure is unlikely to be repeated). Abdominal repair, often involving resection of an elongated sigmoid loop, is more successful and preferred in younger patients. Preoperative diagnosis, preferably including defecography to assess the length of the sigmoid loop and the mechanism of prolapse, are necessary for proper qualification.

Question 5. Are there any comorbidities (e.g. inflammatory bowel disease, internal diseases, psychiatric conditions) that may impair healing?

The choice of surgical approach in elderly patients most often takes into account cardiovascular comorbidities, which can lead to general complications.

Question 6. Are my skills and the capacity of the centre where I intend to perform the surgery appropriate for the patient (patient's general condition, extent of surgery, required length of hospital stay)?

Rectal prolapse repair is not a common procedure. The procedure requires experience in colorectal surgery and it seems that it should be performed in colorectal reference centres.

Pytanie 7. Czy kontakt (porozumienie) między mną (lekarzem-operatorem) a pacjentem jest dobry?

Brak dobrej relacji między operatorem a pacjentem jest poważną przesłanką do odmówienia zabiegu ze wskazań planowych i ewentualnego poproszenia o konsultację innego chirurga.

PODSUMOWANIE

Tak jak operacje powinno się wykonywać w ten sposób, aby każdy ruch „posuwał nas do przodu”, tak też ukierunkowany, konkretny wywiad pozwala na sprawną i prawidłową kwalifikację pacjenta proktologicznego. Zadanie 7 kluczowych pytań pacjentowi i samemu sobie przed planowym zabiegiem proktologicznym weryfikuje pozytywnie lub czasem negatywnie wstępną kwalifikację do operacji. Właściwa kwalifikacja do planowej operacji proktologicznej, a czasem odstępnie od zabiegu lub skierowanie pacjenta do ośrodka referencyjnego, jest elementem decydującym o wyleczeniu pacjenta, a także w dużej części pozwala uniknąć komplikacji pooperacyjnych.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence to:

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

nadesłano/submitted:

10.04.2024

zaakceptowano do druku/accepted:

30.04.2024

Question 7. Is the contact (understanding) between the operating doctor (me) and the patient good?

The lack of a good relationship between the operator and the patient is a serious reason to refuse surgery for elective indications and possibly ask for a consultation with another surgeon.

CONCLUSIONS

Just as surgery should be performed in such a way that every manoeuvre “is getting us ahead”, a targeted, thorough collection of medical history allows for the efficient and correct patient qualification. Asking both the patient and oneself these 7 key questions prior to an elective colorectal surgery allows for positive or sometimes negative verification of the initial qualification for surgery. Correct qualification for colorectal surgery, which may sometimes mean abandonment of the procedure itself, plays a key role in the patient’s recovery and often helps avoid postoperative complications.

Piśmiennictwo/References

1. de Freitas MOS, JAD Santos, Figueiredo MFS, Sampaio CA: Analysis of the main surgical techniques for hemorrhoids. *J Coloproctology* 2016; 36(2): 104-114.
2. Stelzner F: Hemorrhoidectomy – a simple operation? Incontinence, stenosis, fistula, infection and fatalities. *Chirurg* 1992; 63(4): 316-326.
3. Stelzner F: Surgery without anatomy? *Chirurg* 2016; 87(8): 683-687.
4. Grossi U, Gallo G, Di Tanna GL et al.: Surgical Management of Hemorrhoidal Disease in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review with Proportional Meta-Analysis. *J Clin Med* 2022; 11: 709.
5. Salgueiro P, Caetano AC, Oliveira AM et al.: Portuguese Society of Gastroenterology Consensus on the Diagnosis and Management of Hemorrhoidal Disease. *GE-Port. J Gastroenterol* 2020; 27: 90-102.
6. Elsebae MM: A study of fecal incontinence in patients with chronic anal fissure: Prospective, randomized, controlled trial of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *World J Surg* 2007; 31(10): 2052-2057.
7. Kiyak G, Korukluoğlu B, Kuşdemir A et al.: Results of lateral internal sphincterotomy with open technique for chronic anal fissure: Evaluation of complications, symptom relief, and incontinence with long-term follow-up. *Dig Dis Sci* 2009; 54(10): 2220-2224.
8. Hananel N, Gordon PH: Lateral internal sphincterotomy for fissure-in-ano-revisited. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(5): 597-602.
9. Liratzopoulos N, Efremidou EI, Papageorgiou MS et al.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: Our experience in 246 patients. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(2): 143-147.
10. Bielecki K, Kolodziejczak M: A prospective randomized trial of diltiazem and glyceryltrinitrate ointment in the treatment of chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2003; 5(3): 256-257.
11. Garg P: Comparing existing classifications of fistula-in-ano in 440 operated patients: Is it time for a new classification? A Retrospective Cohort Study. *Int J Surg* 2017; 42: 34-40.