

PAULINA MALINOWSKA<sup>1</sup>, \*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK<sup>1-3</sup>

## Pierwsza wizyta kontrolna po operacji proktologicznej – kiedy i na co zwrócić uwagę. Sytuacje alarmowe

First follow-up visit after proctological surgery – when and what to look for.  
Emergency situations

<sup>1</sup>Warsaw Proctology Center, St. Elizabeth's Hospital, Warsaw

<sup>2</sup>Department of General Surgery, Maria Skłodowska-Curie District Hospital, Ostrów Mazowiecka

<sup>3</sup>Department of General and Transplant Surgery, Infant Jesus Hospital in Warsaw

### Streszczenie

Pierwsza wizyta kontrolna po przebytej operacji proktologicznej ma duże znaczenie w procesie leczenia. W trakcie wizyty oceniamy nie tylko postęp procesu gojenia, ale również weryfikujemy, czy pacjent potrafi prawidłowo zmieniać opatrunek. W trakcie pierwszej wizyty wyjaśniamy również wątpliwości, które często pojawiają się u pacjentów już po wypisaniu ze szpitala. Termin pierwszej kontroli pooperacyjnej jest ustalany indywidualnie w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu oraz od jego rozległości. Średnio wypada ona w ciągu pierwszych 2 tygodni po przeprowadzonej operacji. W przypadku zabiegu nacięcia ropnia odbytu czy operacji cysty włosowej kontrola pooperacyjna powinna odbyć się w ciągu kilku pierwszych dni po wypisaniu ze szpitala. Niezależnie od rodzaju przeprowadzonej operacji wystąpienie podwyższonej temperatury, znaczne nasilenie bólu po przejściowej poprawie, wystąpienie intensywnego krwawienia stanowią sytuacje alarmowe, które wymagają pilnej konsultacji chirurgicznej. W przypadku krwawienia konieczna jest szybka ocena, czy pacjent wymaga rewizji rany w warunkach bloku operacyjnego.

Gdy pacjent podczas pierwszej wizyty zgłasza objawy inkontynencji po operacji przetoki lub szczeliny odbytu, należy go uspokoić oraz poinformować, że oceny funkcji zwieraczy można dokonać minimum po 6-8 tygodniach od zabiegu.

W artykule omówiono szczegółowo postępowanie pooperacyjne w najczęstszych proktologicznych jednostkach chorobowych. Opisano również sytuacje alarmowe, które wymagają modyfikacji wcześniej zaplanowanego postępowania.

### Summary

The first follow-up visit after proctological surgery is crucial to the healing process. During this visit, we not only assess the healing process but also verify the patient's ability to change dressings correctly. During the first visit, we also address any concerns that patients often have after discharge. The date of the first postoperative follow-up is determined individually depending on the type of procedure performed and its extent. On average, it occurs within the first two weeks after surgery. In the case of anal abscess incision or pilonidal cyst surgery, the postoperative follow-up should occur within the first few days after discharge.

Regardless of the type of surgery performed, the occurrence of elevated temperature, significant pain after temporary improvement, or heavy bleeding constitute emer-

### Słowa kluczowe:

hemoroidektomia, szczelina odbytu, przetoka odbytu, cysta włosowa

### Keywords:

hemorrhoidectomy, anal fissure, anal fistula, pilonidal cyst

gency situations that require urgent surgical consultation. In the event of bleeding, a rapid assessment is necessary to determine whether the patient requires wound revision in the operating room.

If the patient reports symptoms of incontinence during the first visit after surgery for anal fistula or fissure, he or she should be reassured and informed that the assessment of sphincter function can be performed at least 6-8 weeks after the procedure. This article provides a detailed discussion of postoperative management for the most common proctological conditions. It also describes emergency situations that require modification of previously planned procedures.

## WSTĘP

Pierwsza wizyta kontrolna po operacji proktologicznej ma duże znaczenie w procesie leczenia. W artykule zwrócono uwagę na istotne elementy oceny stanu pacjenta oraz prawidłowe zalecenia. W celu usystematyzowania tematu przedstawiono schematy i sytuacje alarmowe według najczęstszych proktologicznych jednostek chorobowych.

## PIERWSZA WIZYTA PO HEMOROIDEKTOMII

### Kiedy

Pierwsza wizyta powinna się odbyć w ciągu tygodnia, najdalej 2 tygodni, po operacji. W większości przypadków po 2-3 dniach od wypisu ze szpitala następuje kryzys związany z nasileniem bólu po wypróżnieniu. W trakcie pobytu w szpitalu pacjent otrzymuje leki przeciwbólowe, często narkotyczne i w formie dożylniej; w domu przyjmuje leki w formie doustnej i preparaty o działaniu miejscowym o słabszym działaniu.

### Na co zwrócić uwagę

Ponieważ najczęstszą skargą pacjenta po hemoroidektomii jest ból, a ten wiąże się z napięciem zwieraczy odbytu, należy zwrócić uwagę na napięcie zwieraczy (1, 2). Należy podjąć próbę wprowadzenia palca do kanału odbytu przy użyciu 2% lignokainy i delikatnie spróbować rozszerzyć kanał odbytu. Jeśli pacjent skarży się na nietrzymanie stolca lub uczucie parcia w odbytnicy, może być to związane z powstaniem kamienia kałowego w odbytnicy, co można zdiagnozować badaniem *per rectum* (3). Jeśli bańka odbytnicy wypełniona jest masami stolca, wówczas jedynym zaleceniem dla pacjenta jest wykonanie wlewki doodbytniczej. Opróżnienie odbytnicy z mas kałowych zazwyczaj powoduje ustąpienie dolegliwości (ryc. 1).

### Sytuacja alarmowa

Rzadkim, ale poważnym powikłaniem jest krwawienie, które może być niewidoczne na zewnątrz z powodu „blokady zwieraczy” (4). Jeśli pacjent po hemoroidektomii ma objawy wstrząsu hemodynamicznego (spadek ciśnienia, wzrost tętna), należy wprowadzić palec do kanału odbytu i wykluczyć krwawienie do odbytnicy. Tego typu krwawienie należy zaopatrzyć w warunkach bloku operacyjnego w znieczuleniu.

Inną sytuacją alarmową jest silny ból, ale w połączeniu z wysoką temperaturą. Wówczas należy podejrzewać infekcję i ropień. Jeśli „nie wyczuwamy” ropnia przy badaniu proktologicznym, należy wykonać badanie obrazowe (ultrasonograficzne badanie transrektalne lub rezonans magnetyczny).

## INTRODUCTION

The first follow-up visit after proctological surgery is crucial to the treatment process. This article highlights essential elements of patient assessment and appropriate recommendations. To systematize the topic, it presents patterns and emergency situations based on the most common proctological conditions.

## FIRST VISIT AFTER HEMORRHOIDECTOMY

### When

The first visit should take place within a week, or at most two weeks, after surgery. In most cases, a crisis occurs 2-3 days after hospital discharge, associated with increased pain after defecation. During the hospital stay, the patient receives pain medications, often narcotics and intravenously; at home, they take oral medications and less potent topical preparations.

### What to pay attention to

Since the most common patient complaint after hemorrhoidectomy is pain, which is related to anal sphincter tension, attention should be paid to sphincter tone (1, 2). An attempt should be made to insert a finger into the anal canal using 2% lignocaine and gently dilate the anal canal. If the patient complains of fecal incontinence or a feeling of pressure in the rectum, this may be related to the formation of a fecal stone in the rectum, which can be diagnosed by digital rectal examination (3). If the rectal ampulla is filled with fecal masses, the only recommendation for the patient is to perform a rectal enema. Emptying the fecal masses from the rectum usually resolves the symptoms (fig. 1).

### Emergency situation

A rare but serious complication is bleeding, which may not be visible externally due to sphincter blockage (4). If a patient with hemorrhoidectomy presents with symptoms of hemodynamic shock (decreased blood pressure, increased heart rate), a finger should be inserted into the anal canal to rule out rectal bleeding. This type of bleeding should be managed in the operating room under anesthesia.

Another alarming situation is severe pain combined with a high temperature. In this case, infection and an abscess should be suspected. If an abscess is not felt during a proctological examination, an imaging test (transrectal ultrasound or magnetic resonance imaging) should be performed.



**Ryc. 1.** Rana po operacji dużych hemoroidów  
**Fig. 1.** Wound after surgery for large hemorrhoids

### Zalecenia

Zalecenia po hemoroidektomii dotyczą uregulowania rytmu wypróżnień (unikanie zarówno zaparć, jak i biegunek) oraz pielęgnacji rany pooperacyjnej. Zaleca się dokładną toaletę operowanej okolicy 2 razy dziennie i po każdym wypróżnieniu (mycie wodą z mydłem lub dedykowanym preparatem do mycia krocza). W zależności od preferencji i doświadczenia operatora – stosowanie miejscowo preparatów antyseptycznych, preparatów zawierających lignokainę, preparatów zawierających antagonistów kanału wapniowego czy metronidazol.

### PIERWSZA WIZYTA PO OPERACJI PRZETOKI

#### Kiedy

Termin pierwszej wizyty zależy od typu przetoki i rozległości zabiegu. W przypadku tzw. operacji bezpiecznych, z małą możliwością „przytkania się” rany, tj. operacji przetoki z drenażem sp. Hipokratesa lub fistulotomii, kontrola może być wykonana w terminie ok. 2 tygodni po operacji. W przypadku rozległych ran po operacji wysokich, rozgałęzionych przetok pierwsza kontrola powinna nastąpić już w ciągu tygodnia po zabiegu.

#### Na co zwrócić uwagę

Należy sprawdzić prawidłowość wykonywanych opatrunków, jeszcze raz poinstruować pacjenta lub kogoś z rodziny o sposobie ich wykonywania, skontrolować, czy rana zbyt szybko się nie goi (powinna goić się „od dna”). Obserwujemy

### Recommendations

Post-hemorrhoidectomy recommendations include regulating bowel habits (avoiding both constipation and diarrhea) and postoperative wound care. Thorough cleansing of the surgical area twice daily and after each bowel movement (washing with soap and water or a dedicated perineal cleanser) is recommended. Depending on the surgeon's preference and experience, topical antiseptics, preparations containing lignocaine, preparations containing calcium channel blockers, or metronidazole may be used.

### FIRST VISIT AFTER FISTULA SURGERY

#### When

The date of the first visit depends on the type of fistula and the extent of the procedure. In the case of so-called safe procedures with a low risk of wound obstruction, such as fistula surgery with Hippocratic drainage or fistulotomy, a follow-up visit can be performed approximately two weeks after surgery. In the case of extensive wounds following surgery for high, branching fistulas, the first visit should occur within a week of the procedure.

#### What to pay attention to

The correct application of dressings should be verified, the patient or a family member should be instructed in their application, and the wound should be checked for excessive healing (it should heal from the bottom up). The amount, appearance, and odor of discharge should be observed. The



**Ryc. 2.** Rana po operacji przetoki  
**Fig. 2.** Wound after fistula surgery



**Ryc. 3.** Rana po operacji przetoki  
**Fig. 3.** Wound after fistula surgery

ilość, wygląd i zapach wydzieliny. Sprawdzamy sprawność zwieraczy, polecając pacjentowi ich zaciśnięcie podczas badania *per rectum*. Jeśli pacjent zgłasza objawy inkontynencji, należy go uspokoić i poinformować, że oceny zwieraczy można dokonać dopiero po minimum 6-8 tygodniach od zabiegu. Wówczas intensyfikujemy ćwiczenia zwieraczy oraz zalecamy dietę przeciwbiegunkową (5, 6) (ryc. 2, 3).

### Sytuacja alarmowa

Jeśli jest duża ilość wydzieliny, należy w miarę możliwości zdjąć większość lub wszystkie szwy, zalecić częstsze płukanie, pobrać posiewy z rany, ale też dać antybiotyki empirycznie.

Sytuacją alarmową jest obfite krwawienie z rany. Jeśli miejsce krwawienia jest widoczne na zewnątrz, można je zaopatrzyć ambulatoryjnie, jeśli jest głębiej, z kanału odbytu – należy je zaopatrzyć w warunkach bloku operacyjnego, w znieczuleniu.

### Zalecenia

Podobnie jak po hemoroidektomii ważne jest unikanie zaparcia oraz biegunek.

Zalecenia dotyczące pielęgnacji rany obejmują zmianę opatrunku 2 razy dziennie oraz po każdym wypróżnieniu. W przypadku stosowania opatrunków specjalistycznych, np. ze srebrem lub z algami morskimi, opatrunek można zmieniać raz dziennie (oraz po każdym wypróżnieniu). W przypadku rozległych ran zaleca się unikanie forsownych wysiłków fizycznych w celu zmniejszenia ryzyka krwawienia. Nie ma natomiast przeciwwskazań do umiarkowanej aktywności fizycznej.

Zgodnie z opublikowanymi wytycznymi European Society of Coloproctology „Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula” nie odnotowano

function of the sphincters should be checked, instructing the patient to tighten them during a rectal examination. If the patient reports symptoms of incontinence, reassure them and inform them that sphincter assessment can only be performed at least 6-8 weeks after the procedure. At that time, sphincter exercises should be intensified and an antidiarrheal diet should be recommended (5, 6) (figs. 2, 3).

### Emergency situation

If there is a large amount of discharge, most or all of the stitches should be removed if possible, more frequent irrigation should be recommended, wound cultures should be taken, and antibiotics should be given empirically.

An emergency situation is profuse bleeding from the wound. If the bleeding site is visible externally, it can be treated outpatiently; if it is deeper, from the anal canal, it should be treated in the operating room under anesthesia.

### Recommendations

As after a hemorrhoidectomy, it is important to avoid constipation and diarrhea.

Wound care recommendations include changing the dressing twice daily and after each bowel movement. If using specialized dressings, such as those with silver or seaweed, the dressing may be changed once daily (and after each bowel movement). For large wounds, it is recommended to avoid strenuous physical activity to reduce the risk of bleeding. However, moderate physical activity is not contraindicated.

According to the published guidelines of the European Society of Coloproctology “Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula”, no differences in

różnic w przebiegu procesu gojenia przy stosowaniu tzw. nasiadówek – nie wpływają one na zmniejszenie bólu pooperacyjnego ani na poprawę gojenia rany (7). Nie ma obecnie wskazań do ich wykonywania po operacji przetoki odbytu.

## **PIERWSZA WIZYTA PO OPERACJI SZCZELINY**

### **Kiedy**

Po operacji szczeliny pierwsza wizyta powinna nastąpić w ciągu tygodnia do 2 tygodni po zabiegu.

### **Na co zwrócić uwagę**

Należy zwrócić uwagę na napięcie zwieraczy, które powinno być mniejsze niż przed zabiegiem, a także na ilość i barwę wydzieliny. W razie przykrego zapachu i ropnego charakteru wydzieliny należy pobrać posiew i zalecić empirycznie antybiotyki.

Pytamy pacjenta o kontynencję gazów i stolca – jeśli zgłasza gorsze trzymanie, zalecamy intensyfikację ćwiczeń zwieraczy i zagęszczenie diety (5, 6).

### **Sytuacja alarmowa**

Po operacji szczeliny ból powinien być mniejszy niż przed zabiegiem. Jeśli jest odwrotnie, może to świadczyć o nieprawidłowym gojeniu związanym np. z infekcją.

Krwawienie po operacji szczeliny zdarza się bardzo rzadko, jednak dwukrotnie zdarzyło mi się w swojej praktyce zawodowej obserwować obfite krwawienie z odbytu po operacji szczeliny. Jeśli jest z brzegu rany – można je zaopatrzyć ambulatoryjnie, jeśli z kanału – należy to zrobić w warunkach bloku operacyjnego.

### **Zalecenia**

Zalecenia dotyczą przede wszystkim regulacji rytmu wypróżnień.

Ze względu na lokalizację rany poza dokładną toaletą, czyli myciem operowanej okolicy 2 razy dziennie oraz po każdym wypróżnieniu, nie ma potrzeby zakładania specjalnych opatrunków. Zgodnie z preferencją operatora oraz pacjenta miejscowo można stosować preparaty antyseptyczne w żelu lub preparaty w maści wspomagające proces gojenia. Warto uprzedzić pacjenta o możliwym utrzymującym się wycieku treści surowiczej, okresowo podbarwionej krwiście przez okres gojenia kanału odbytu (6-8 tygodni).

## **PIERWSZA WIZYTA PO OPERACJI CYSTY WŁOSOWEJ**

### **Kiedy**

Według naszej opinii taka wizyta powinna nastąpić w ciągu 3-4 dni po zabiegu. Większość współczesnych technik operacyjnych polega na doszczętnym wycięciu cysty, „wypłaszczeniu” szpary pośladowej i asymetrycznym zeszytciu rany. Przez pierwsze 3-4 dni po zabiegu zalecamy pacjentowi unikanie pozycji siedzącej. Pacjent może stać, chodzić, leżeć, ale jak najmniej siedzieć, żeby uniknąć napięcia w zeszytych tkankach (8). Podstawowym „niebezpieczeństwem” związanym z gojeniem rany jest zebranie się płynu surowiczego-krwistego, wtórne ropienie i rozejście się rany. Dlatego też

the healing process were observed when using the so-called sitz baths – they do not reduce postoperative pain or improve wound healing (7). There are currently no indications for their use after anal fistula surgery.

## **FIRST VISIT AFTER FISSURE SURGERY**

### **When**

After fissure surgery, the first visit should take place within one to two weeks after the procedure.

### **What to pay attention to**

Attention should be paid to sphincter tone, which should be lower than before the procedure, as well as the amount and color of discharge. If the discharge is foul-smelling and purulent, a culture should be obtained and an empirical antibiotic should be prescribed.

We ask the patient about gas and stool continence – if he reports worse continence, we recommend intensifying sphincter exercises and thickening the diet (5, 6).

### **Emergency situation**

After fissure surgery, pain should be less than before. If it's the opposite, it may indicate improper healing, such as due to infection.

Bleeding after fissure surgery is very rare, but I have twice observed profuse bleeding from the anus after fissure surgery in my professional practice. If it's from the wound margin, it can be treated on an outpatient basis; if it's from the canal, it should be done in the operating room.

### **Recommendations**

The recommendations primarily concern the regulation of bowel movements.

Due to the location of the wound, thorough toileting, which involves washing the surgical area twice daily and after each bowel movement, is not necessary. According to the surgeon's and patient's preferences, local antiseptic gels or ointments can be applied to aid the healing process. It is important to warn the patient about the possibility of persistent, serous, periodically blood-tinged discharge during the healing period of the anal canal (6-8 weeks).

## **FIRST VISIT AFTER PILONIDAL CYST SURGERY**

### **When**

In our opinion, such a visit should occur within 3-4 days after the procedure. Most modern surgical techniques involve complete excision of the cyst, “flattening” the gluteal cleft, and asymmetric suturing of the wound. For the first 3-4 days after the procedure, we recommend that the patient avoid a sitting position. The patient can stand, walk, or lie down, but sit as little as possible to avoid tension in the sutured tissues (8). The primary “danger” associated with wound healing is the accumulation of serosanguineous fluid, secondary suppuration, and wound dehiscence. Therefore, inspection of the



Ryc. 4. Blizna po operacji cysty włosowej

Fig. 4. Scar after pilonidal cyst surgery

kontrola rany w kilka dni po zabiegu i ewentualne ewakuowanie płynu pozwala na uniknięcie tego powikłania (9) (ryc. 4).

#### Na co zwrócić uwagę

Na ewentualny obrzęk rany, wyciek płynu między szwami.

#### Sytuacja alarmowa

Podwyższona temperatura lub obfite krwawienie.

#### Zalecenia

Zalecenia dotyczą pacjentów leczonych operacyjnie nie uwzględniają małoinwazyjnych metod leczenia, takich jak: SiLAT – laserowe leczenie torbieli pilonidalnej, EPIST – endoskopowe leczenie, leczenie sp. Gipsa (10).

Poza zaleceniami dotyczącymi trybu życia rekomendujemy codzienną zmianę opatrunku – 2 razy dziennie oraz po każdym wypróżnieniu, po dokładnym umyciu operowanej okolicy z wykorzystaniem preparatów antyseptycznych oraz jałowych opatrunków. W zależności od postępu gojenia modyfikujemy postępowanie w trakcie kolejnych wizyt. W przypadku powikłanego gojenia rany pacjent może wymagać kontroli ambulatoryjnych co 5-7 dni.

wound several days after the procedure and possible evacuation of the fluid helps avoid this complication (9) (fig. 4).

#### What to pay attention to

For possible swelling of the wound, fluid leakage between the stitches.

#### Emergency situation

Elevated temperature or heavy bleeding.

#### Recommendations

The recommendations concern patients treated surgically and do not include minimally invasive treatment methods, such as: SiLAT – laser treatment of pilonidal cyst, EPIST – endoscopic treatment, treatment with Gyps procedure (10).

In addition to lifestyle recommendations, we recommend daily dressing changes – twice daily and after each bowel movement, after thoroughly cleansing the surgical area using antiseptic preparations and sterile dressings. Depending on healing progress, we modify the procedure during subsequent visits. In cases of complicated wound healing, the patient may require outpatient follow-up every 5-7 days.

## PIERWSZA WIZYTA PO OPERACJI REKONSTRUKCJI ZWIERACZY

### Kiedy

Jeśli pacjentka czuje się dobrze, pierwsza wizyta powinna odbyć się w ciągu ok. 2 tygodni po zabiegu. Wówczas można zdjąć szwy.

### Na co zwrócić uwagę

Na prawidłowość gojenia się rany (obrzęk, zaczerwienienie, wydzielina), należy też ocenić napięcie bierne i czynne zwieraczy. W przypadkach operacji zwieraczy po porodzie należy ocenić integralność przegrody odbytniczo-pochwowej, badając pacjentkę badaniem zestawionym przez pochwej i odbyt (ryc. 5, 6).

### Sytuacja alarmowa

Sytuacją alarmową jest rozejście się zeszytych mięśni. Wówczas, jeśli pacjentka jest bez stomii, czasem trzeba zakwalifikować ją do wyłonienia stomii.

### Zalecenia

Poza zwykłą pielęgnacją rany, jeśli pacjentka jest bez stomii, zaleca się unikanie pokarmów mogących wywołać biegunkę. Pacjentka może rozpocząć ćwiczenia zwieraczy od razu, natomiast elektrostymulację po całkowitym zagojeniu rany, co następuje po ok. 4-6 tygodniach (11).

## FIRST VISIT AFTER SPHINCTER RECONSTRUCTION SURGERY

### When

If the patient feels well, the first visit should take place approximately two weeks after the procedure. At that time, the stitches can be removed.

### What to pay attention to

The passive and active tone of the sphincters should also be assessed to assess wound healing (swelling, redness, discharge). In cases of postpartum sphincter surgery, the integrity of the rectovaginal septum should be assessed by examining the patient with a combined vaginal and rectal examination (figs. 5, 6).

### Emergency situation

An emergency situation is separation of the sutured muscles. In this case, if the patient does not have a stoma, it may be necessary to consider the creation of a stoma.

### Recommendations

In addition to standard wound care, if the patient does not have a stoma, it is recommended to avoid foods that can cause diarrhea. The patient can begin sphincter exercises immediately, but electrical stimulation may be initiated after the wound has completely healed, which occurs after approximately 4-6 weeks (11).



Ryc. 5. Krocze po rekonstrukcji zwieraczy  
Fig. 5. Perineum after sphincter reconstruction



Ryc. 6. Obraz krocza po rekonstrukcji zwieraczy  
Fig. 6. Perineum image after sphincter reconstruction

## PODSUMOWANIE

Pierwsza kontrola proktologiczna po przeprowadzonej operacji stanowi istotny element w procesie leczenia. Biorąc pod uwagę możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych, ważne jest, aby pacjent był poinstruowany, jak zachować się w przypadku wystąpienia sytuacji alarmowych (12).

Wskazane jest, aby pierwsza wizyta pooperacyjna była przeprowadzona przez operatora, co daje możliwość zweryfikowania poprawności wykonywanych opatrunków przez pacjenta, wyjaśnienia wątpliwości oraz ustalenia dalszego postępowania. Można wówczas „wychwycić” wszelkie nieprawidłowości w gojeniu oraz wdrożyć szybko leczenie, co pozwala zapobiec powikłaniom pooperacyjnym.

## CONCLUSIONS

The first proctological examination after surgery is a crucial element of the treatment process. Given the potential for postoperative complications, it is important that the patient is instructed on what to do in the event of an emergency (12).

It is recommended that the first postoperative visit be conducted by the surgeon, who can verify the correctness of the patient's dressings, clarify any concerns, and determine further management. This allows any healing irregularities to be identified and treatment to be initiated promptly, helping to prevent postoperative complications.

### 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:

08.01.2026

### zaakceptowano do druku/accepted:

29.01.2026

### Piśmiennictwo/References

1. Bikfalvi A, Faes Ch, Freys SM et al.: PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery. A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Eur J Anaesthesiol Intensive Care Med* 2023; 2(3): e0023.
2. Lohsiriwat V, Jitmungngan R: Strategies to Reduce Post-Hemorrhoidectomy Pain: A Systematic Review. *Medicina* 2022; 58: 418.
3. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Opieka pooperacyjna nad pacjentem proktologicznym. *Chirurgia po Dyplomie* 2021; 5.
4. Langenbach MR, Florescu RV, Köhler A et al.: Tamponade dressing versus no dressing after haemorrhoidectomy: multicentre, randomized clinical trial. *BJS Open* 2022; 6(3): zrac070.
5. Garg P, Yagnik VD, Kaur B et al.: Efficacy of Kegel exercises in preventing incontinence after partial division of internal anal sphincter during anal fistula surgery. *World J Clin Cases* 2022; 10(20): 6845-6854.
6. Okawa Y: Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training for Treating Faecal Incontinence. *Gastrointest Disord* 2024; 6(3): 774-783.
7. Reza L, Gottgens K, Kleijnen J et al.: European Society of Coloproctology: Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula. *Colorectal Disease* 2024; 26: 145-196.
8. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Choroby proktologiczne diagnostyka i leczenie. *PZWL, Warszawa* 2022; 7: 162.
9. Białas A: Wpływ opieki pooperacyjnej po zabiegu proktologicznym na proces leczenia – doświadczenia własne na tle aktualnego piśmiennictwa. *Nowa Med* 2024; 31(2): 46-55.
10. Di Castro A, Guerra F, Levi Sandri GB, Ettorre GM: Minimally invasive surgery for the treatment of pilonidal disease. The Gips procedure on 2347 patients. *Int J Surg* 2016; 36(Pt A): 201-205.
11. Mazur-Biały AI, Kołomańska-Bogucka D, Opławski M, Tim S: Physiotherapy for Prevention and Treatment of Fecal Incontinence in Women-Systematic Review of Methods. *J Clin Med* 2020; 9(10): 3255.
12. Kunitake H: Complications Following Anorectal Surgery. *Clin Colon Rectal Surg* 2016; 29(1): 14-21.