

Retrospektywna analiza porównawcza pacjentów operowanych z powodu przetoki odbytu

Retrospective comparative analysis of patients operated on for rectal fistula

Ewa Płachecka

Pododdział Proktologiczny Chirurgii Ogólnej, Śródmiejski Szpital na Solcu w Warszawie

AUTORKA DO KORESPONDENCJI:

Ewa Płachecka

ul. Teodora 5/21

92-236 Łódź

e-mail: roza1955@tlen.pl

STRESZCZENIE

Retrospektywna analiza porównawcza pacjentów operowanych z powodu przetoki odbytu

Cel badań. Porównanie chorych i metod leczenia hospitalizowanych z powodu przetoki odbytu w latach 2001–2002 z okresem lat 2008–2009.

Materiał i metody. W latach 2001–2002 w oddziale proktologicznym z powodu ropni i przetok odbytu leczono 178 chorych, 110 mężczyzn, 68 kobiet, a w latach 2008–2009 operowano 602 chorych, 355 mężczyzn i 247 kobiet. Połowa chorych znajdowała się w przedziale wiekowym 31–50 lat. Dokonano oceny rodzajów przetok odbytu oraz sposobów leczenia w latach 2008–2009.

Wyniki. Stwierdzono zwiększenie liczby operowanych a także metod operacyjnych. W pierwszym okresie powodem operacji najczęściej była przetoka przezwieraczowa [39,3%] oraz przetoka nadzwieraczowa [24,2%]. W tych latach najczęstszym rodzajem zabiegu było proste wycięcie przetoki [80,9%], drenaż nitkowy [16,8%] oraz sliding flap repair [2,3%].

W latach 2008–2009 przyczyną operacji nadal najczęściej była przetoka przezwieraczowa [55,6%] i nadzwieraczowa [20,8%]. Stwierdzono znaczne rozszerzenie metod operacyjnych – z trzech w pierwszym do ośmiu w drugim okresie. Najczęstszym zabiegiem było wycięcie przetoki [50,0%], drenaż nitkowy [30,2%]. Uległa zwiększeniu liczba operowanych metodą sliding flap repair [3,8%].

Wnioski. W okresie badanego dziesięciolecia nastąpił trzykrotny wzrost operowanych z powodu przetoki odbytu. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w czwartej i piątej dekadzie życia. Stwierdzono prawie dwukrotnie większą liczbę operowanych mężczyzn. W badanym okresie nastąpiło znaczne rozszerzenie rodzaju wykonywanych operacji w przetoce odbytu.

Słowa kluczowe: przetoka odbytu, operacje sposobem Hipokratesa, sliding flap repair

ABSTRACT

Retrospective comparative analysis of patients operated on for rectal fistula

Aim. To compare patients and methods of surgical treatment of rectal fistula between the years 2001–2002 and 2008–2009.

Material and methods. One hundred and seventy-eight patients (110 men and 68 women) were operated due to rectal abscesses and fistulas at the Proctology Unit in years 2001–2002, and 602 patients (355 men and 247 women) underwent fistula surgery in 2008–2009. Half the number of patients was between the age of 31 and 50 years. Different types of rectal fistulas and methods of surgical treatment performed in these two periods were evaluated.

Results. An increase in the number of operated patients and the methods of surgical treatment was found. In the first evaluation period, patients were most frequently subject to operation because of trans-sphincter (39.3%) and extra-sphincter (24.2%) fistulas. The surgical procedure most often involved simple fistula excision (80.9%), set on drainage (16.8%) and sliding flap repair (2.3%). In 2008–2009 the most frequent cause of operation was still trans-sphincter (55.6%) and extra-sphincter (20.8%) fistula. The number of treatment methods increased from three in the first period to eight in the second one. The most frequently used surgical techniques were fistula excision (50.0%) and set on drainage (30.2%). Moreover, there were more patients (3.8%) operated on with sliding flap repair method.

Conclusions. During the 10-year evaluation, a three-fold increase in the number of patients operated on rectal fistula occurred. Patients in the fourth and fifth decade of life constituted the most numerous group. Almost a 2-fold increase in the number of operated men was observed. A considerable rise in the types of performed rectal fistula surgeries was found in the examined period.

Key words: rectal fistula, operations according to Hippocrates, sliding flap repair

WSTĘP

W okresie ostatnich dziesięcioleci obserwuje się szybki wzrost liczby pacjentów, którzy z powodu różnych chorób odbytu i odbytnicy zgłaszają się do chirurga. Oprócz coraz częściej rozpoznawanego raka odbytnicy zwiększa się również liczba chorych leczonych z powodu procesów zapalnych okolicy odbytu, takich jak ropnie czy przetoki odbytu. Chorzy z powodu ropnia odbytu kierowani są zazwyczaj do najbliższego oddziału chirurgicznego, gdzie najczęstszym sposobem leczenia jest nacięcie ropnia. Tylicki i Grochowicz poddali badaniu 1000 kolejnych chorych proktologicznych w latach 1973–1975. W badanej grupie było 15 chorych z ropniami i 67 z przetokami odbytu [razem 82 chorych], co stanowiło 8,2% całego materiału. Stosunek mężczyzn do kobiet w ich opracowaniu wyniósł 1,7:1. Także światowe opracowania na temat ropni i przetok są rzadkością. Największe zestawienie epidemiologiczne przetok odbytu pochodzi z Centralnego Szpitala w Helsinkach [1]. Sainio przez dziesięć lat przebadał 510 000 chorych z dolegliwościami proktologicznymi wśród, których zachorowalność na przetokę wyniosła 8,6% [2]. Ramanujam przebadł 1023 chorych z przetokami i ropniami odbytu i w jego materiale stosunek mężczyzn do kobiet wyniósł 2:1 [3].

W Polsce rozwój proktologii zapoczątkował M. Tylicki [4]. Wśród pacjentów leczonych w Pododdziale Proktologii Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu w latach 1979–1980 z powodu ropni i przetok odbytu leczono 172 pacjentów a trzydzieści lat później w podobnym okresie lat 2008–2009 – 602 chorych

MATERIAŁ

W okresie 2001–2009 w Pododdziale Proktologicznym z powodu ropni i przetok odbytu leczono 1316. Było to 785 mężczyzn i 531 kobiet w wieku od 20–75 lat. Do szczegółowej analizy wybrano dwa okresy: 2001–2002 oraz 2008–2009. Dokonano oceny rozpoznania poszczególnych rodzajów przetok odbytu oraz sposobów wykonywanych operacji w latach 2001–2002 oraz 2008–2009.

WYNIKI

W roku 2001–2002 w Pododdziale Proktologicznym operowano z powodu przetoki odbytu 178 chorych, 110 mężczyzn i 68 kobiet. Połowa pacjentów znajdowała się w przedziale wiekowym 31–50 lat. W latach 2008–2009 zoperowano 602 chorych, w tym 412 mężczyzn i 297 kobiet.

Przeprowadzono analizę rodzaju operowanych przetok w tym okresie. Najczęściej przyczyną operacji była przetoka przezwieraczowa u 70 chorych, nadzwieraczowa u 43, a przetoka odbytu w 34 przypadkach. U 17 chorych stwierdzono przetokę ślepą wewnątrznie. Pozostałe rodzaje przetok występowały w pojedynczych przypadkach.

Wśród 178 pacjentów operowanych w roku 2001–2002 najczęstszym zabiegiem było proste wycięcie przetoki, które wykonano u 144 chorych. Drenaż nitkowy, wymagający współpracy z pacjentem zastosowano w 30 przypadkach. Tylko u 4 chorych wykonano zamknięcie ujścia wewnętrznego za pomocą płata śluzówkowo-mięśniowego odbytni-

cy [tzw. sliding flap repair] w połączeniu z tunelizacją kanału przetoki.

W latach 2008–2009 liczba operowanych z powodu ropni i przetok odbytu zwiększyła się do 602 chorych, 355 mężczyzn i 247 kobiet. Również prawie połowa [94,7%] pacjentów znajdowała się w przedziale wiekowym 31–50. Zmniejszeniu uległ odsetek zarówno najmłodszych [poniżej 20 roku życia] jak i najstarszych [powyżej 70 lat] operowanych chorych.

Przyczyną zabiegu nadal najczęściej była przetoka przezwieraczowa – u 335 chorych, przetoka nadzwieraczowa u 125 a odbytu u 43 operowanych. Z powodu przetoki ślepej wewnątrznie zoperowano 35 chorych a ślepej zewnątrznie 1 chorego. Dopiero w tym okresie u 23 kobiet powodem operacji była przetoka odbytniczno-pochwowa.

■ Tab. 1. Chorzy operowani z powodu przetoki odbytu w latach 2001–2002 oraz 2008–2009

Wiek chorego	2001–2002		2008–2009	
	N	%	N	%
Poniżej 20 r. ż.	6	3,4	4	0,7
20 – 30	16	9,0	89	14,8
31 – 50	99	55,6	284	47,1
51 – 70	45	25,3	212	35,2
Powyżej 70 r. ż.	12	6,7	13	2,2
Razem	178	100,0	602	100,0

■ Tab. 2. Rodzaj przetok jakie wystąpiły w latach 2001–2002 oraz 2008–2009

Rodzaj przetoki	2001–2002		2008–2009	
	N	%	N	%
Przetoka przezwieraczowa	70	39,3	335	5,6
Przetoka nadzwieraczowa	43	24,2	125	20,8
Przetoka międzyzwieraczowa	4	2,2	37	6,2
Przetoka odbytniczno-pochwowa	1	0,6	23	3,8
Przetoka ślepa wewnątrznie	17	9,6	35	5,8
Przetoka ślepa zewnątrznie	3	1,7	1	0,2
Przetoka podkowiasta	2	1,1	2	0,3
Przetoka mnoga	4	2,2	1	0,2
Przetoka odbytu	34	19,1	43	7,1
Razem	178	100,0	602	100,0

■ Tab. 3. Metody przeprowadzonych operacji w latach 2001–2002 oraz 2008–2009

Metody operacji	2001–2002		2008–2009	
	N	%	N	%
Wycięcie przetoki	144	80,9	301	50,0
Drenaż nitkowy	30	16,9	194	32,3
Przesunięty płat śluzówki „Flap”	4	2,2	23	3,8
Częściowe zeszywanie mięśnia zwieracza zewnętrznego	–	–	62	10,3
Częściowe nacięcie mięśnia zwieracza zewnętrznego	–	–	–	–
Rozcięcie przetoki	–	–	15	2,5
Plastyka mięśni zwieraczy	–	–	2	0,3
Zeszywanie mięśni zwieraczy odbytu	–	–	5	0,8
Razem	178	100	602	100

W okresie lat 2008–2009 stwierdzono znaczne rozszerzenie metod operacyjnych przetok odbytu, które z trzech w początku dziesięciolecia zwiększyły się do dziesięciu. Nadal najczęstszym zabiegiem było wycięcie przetoki,

choć wykonano je w tym okresie tylko u połowy chorych. Drugim w częstotliwości stosowania był drenaż nitkowy – u 194 chorych. Uległa zwiększeniu liczba chorych do 23, u których wykonano przesunięcie płata śluzówkowo-mięśniowego odbytnicy w połączeniu z tunelizacją kanału odbytnicy. Tylko nieco rzadziej, bo u 62 chorych zeszyto częściowo mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu. Pozostałe metody operacji wykonano w pojedynczych przypadkach.

DYSKUSJA

Na ropnie i przetoki chorowano już w starożytności. Hipokrates (ok. 460–375 p. n.e.) jako pierwszy opisał leczenie niektórych przetok przy pomocy przecinania mięśni zwieraczy odbytu przez założoną podwiązkę. Metoda ta, nazwana jego nazwiskiem, z pewnymi modyfikacjami stosowana jest również obecnie. O znaczeniu uwolnienia chorego od dolegliwości, których przyczyną jest nawracająca przetoka odbytu świadczy fakt, że za skuteczne wyleczenie z przetoki Ludwika XIV jego nadworny chirurg Charles Francois Feliks otrzymał tytuł szlachecki oraz jedno z najwyższych honorariów w historii medycyny [5].

Przeprowadzona analiza operowanych z powodu przetoki odbytu w Pododdziale Proktologicznym wykazała, że w ciągu dziesięciu lat liczba operowanych uległa czterokrotnemu zwiększeniu. W latach 2001–2002 najczęściej przyczyną operacji były przetoki przezwieraczowe (w 39,3%) oraz przetoki nadzwieraczowe (w 24,2%). Proporcje te były bardzo zbliżone również w okresie lat 2008–2009. Pozostałe typy przetok występowały znacznie rzadziej. Znacznie częstsze występowanie przetok przezwieraczowych i nadzwieraczowych podają inni autorzy. W zestawieniu Parksa przetoki nadzwieraczowe stwierdzono u 30%, międzyzwieraczowe u 45%, a nadzwieraczowe u 5% operowanych [6]. Według Marksa i Ritchie przetoki międzyzwieraczowe wystąpiły u 54%, przezwieraczowe u 21%, nadzwieraczowe i pozazwieraczowe u 3% a podskórne u 16% [7]. W materiale Pododdziału Proktologii największa liczba przetok odbytu dotyczyła przetok nadzwieraczowych (31,2%), międzyzwieraczowych (29,4%), przezwieraczowych (23,4%) oraz podskórnych (15,4%).

Na powodzenie i radykalność zabiegu ma wpływ rodzaj wykonanej operacji w zależności od rodzaju przetoki. W roku 2001–2002 najczęściej wykonywanym zabiegiem było wycięcie przetoki [u 80,9% operowanych], znacznie rzadziej drenaż nitkowy – u 16,9% chorych. Tylko w czterech przypadkach zastosowano metodę przesuniętego płata śluzówkowo-mięśniowego odbytnicy (tzw. sliding flap repair), [8–11].

W latach 2008–2009 metody operacji przetok odbytu uległy znacznemu rozszerzeniu. Wycięcie przetoki zastosowano tylko u 50% chorych. Drenaż nitkowy i setonowy użyto u 32,3% operowanych. Metoda Hipokratesa obecnie stosowana jest tylko w wybranych przypadkach, ze względu na dużą uciążliwość i ból odczuwane przez chorego [12–15].

Na podkreślenie zasługuje znacznie mniejsza liczba chorych leczonych z powodu przetoki odbytu w początkowych latach ubiegłego dziesięciolecia. Należy jednak pamiętać, że wtedy byli oni hospitalizowani w oddziale posiadającym profil typowego oddziału chirurgicznego

[16]. Zaangażowanie się Oddziału w problemy chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego nastąpiło dopiero w późniejszym okresie [17,18].

W latach następnych liczba leczonych z powodu przetoki odbytu uległa kilkukrotnemu wzrostowi, co niewątpliwie należy wiązać ze zmianą profilu Oddziału, z ukierunkowaniem na choroby proktologiczne. Wskazuje to jednak na słusność organizowania tego typu oddziałów, co pozwala na znaczne udoskonalenie metod leczniczych. O ile w latach 2001–2002 stosowano zaledwie trzy metody leczenia przetok odbytu (wycięcie, drenaż nitkowy i seton) to w ostatnim badanym okresie liczba rodzajów wykonywanych operacji wzrosła do ośmiu, a wybór metody zależny od wyników badania i doświadczenia klinicznego [19].

Przeprowadzone badania wykazały w okresie ubiegłego dziesięciolecia znaczny wzrost leczonych chorych z powodu przetoki odbytu, jak również rodzajów wykonywanych operacji. Przedstawione wyniki uzasadniają również celowość tworzenia oddziałów specjalizujących się w leczeniu chorób proktologicznych.

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań historii chorób pacjentów Oddziału Proktologicznego i porównania lat 2001–2002 z okresem 2008–2009 można wysnuć następujące wnioski:

1. Nastąpił trzykrotny wzrost operowanych z powodu przetoki odbytu.
2. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w czwartej i piątej dekadzie życia.
3. Stwierdzono prawie dwukrotnie większą liczbę operowanych mężczyzn.
4. W badanym okresie nastąpiło znaczne rozszerzenie rodzaju wykonywanych operacji w przetoce odbytu.

PIŚMIENNICTWO

1. Tylicki M, Grochowicz M. Wskazania operacyjne w chorobach proktologicznych. *Polski Tygodnik Lekarski*. 1976; 31: 1337-1340.
2. Sanio P, Husa A. Fistula in ano. Clinical features and long-term results of surgery in 199 adults. *Acta Chir. Scand.* 1985; 76: 151-169.
3. Ramanujam PS, Prasad M, Abacarian H et al. Perianal abscess and fistulas. A study of 1023 patients. *Dis. Colon. Rectum*. 1984; 27: 593-597.
4. Tylicki M. Operacje proktologiczne. Warszawa: PZWL; 1973; 28-34, 38-39.
5. Lyons R., Petrucci J., Ilustrowana historia medycyny. II. 616 pp. New York: Hary N. Abrams. 1978: 454.
6. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of in ano. *Br. J. Surg.* 1976; 63:1-12.
7. Marks CG, Ritchie JK. Anal fistulas at ST Marks Hospital. *Br. J. Surg.* 1977; 64: 84-91.
8. Grochowicz M, Kołodziejczak M. Operacja wycięcia przetoki odbytu z przemieszczeniem płata anodermalnego. *Chirurgia po dyplomie*. 2009; 4(6): 69-77.
9. Ozuner G, Hull TL, Cartmill J et al. Long - term analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal / vaginal fistulas. *Dis. Colon. Rectum*. 1996; 39: 10-14.
10. Lewis P, Bartolo DCC. Treatment of transsphincteric fistula by full thickness anorectal advancement flaps. *Br. J. Surg.* 1990; 77: 1187-1189.
11. Del Pino A, Nelson RL, Pearl RK et al. Island flap anoplasty for treatment of transsphincteric fistula in - ano. *Dis. Colon. Rectum*. 1996; 39: 224-226.
12. Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP et al. Role of the seton in the management of anorectal fistula. *Dis. Colon. Rectum*. 1993; 36: 573-579.
13. Dziki A, Bartos M. Seton treatment of anal fistula : experience with a new modification. *Eur.J. Surg.* 1998; 164: 543.
14. Van Tests WF, Kuijpers JHC. Seton treatment of perianal fistula with high anal or rectal opening. *Br.J. Surg.* 1995; 82: 895-897.
15. Tamelis A, Saladzinskis Z, Tokeris I i wsp. Leczenie operacyjne złożonych przetok odbytu. *Proktologia*. 2001; 2(3), vol. 2: 190-193.
16. Tylicki M. *Zarys Proktologii Klinicznej* Warszawa: PZWL. 1972; II(4): 35-36, 65-76.
17. Tylicki M. *Zarys Proktologii Klinicznej*. Warszawa: PZWL. 1984: 10-20.

Retrospektywna analiza porównawcza pacjentów operowanych z powodu przetoki odbytu

18. Bielecki K, Kołodziejczak M. Postępy w proktologii. Postępy Nauk Medycznych. 1997; 3: 28-36.

19. Kołodziejczak M, Kosim A, Stefański R. Co nowego w proktologii ? Medycyna Rodzinna. 2001; 6(16): 258-260.

Praca przyjęta do druku: 02.07.2012

Praca zaakceptowana do druku: 04.07.2012