

FISURA ANALE KRONIKE. EKSCIZION ME SFINKTEROTOMI POSTERIORE APO LATERALE TË MBYLLUR?

ENTON BOLLANO, KRENAR LILAJ, ARBEN GJATA, NIKOLLAQ KAÇANI*

Summary

CHRONIC ANAL FISSURE. EXCISION WITH LATERAL OR POSTERIOR SPHINCTEROTOMY?

The chronic anal fissure is a frequent pathology of the anal canal. It represents an elliptic lesion more often localized posteriorly. Its elements are: papilla, layer and the sentinel. Many surgical techniques are involved in its treatment. In our research, we focused in the comparison of two techniques: posterior sphincterotomy and lateral sphincterotomy accompanied with anoplasty.

Purpose of the work: Evaluating which of these two techniques is more resultant in the chronic anal fissure treatment.

Material and Method used: We studied 60 patients operated in the third clinic of the surgery. 30 of these cases were treated with posterior sphincterotomy and 30 with lateral sphincterotomy. The research period lasted from November 2005–2006. The interventions were executed with help of spinal anesthesia.

Results: From the research we concluded that the FSL technique had obvious advantages in: post operational pains, healing of the wound, rectorrhage and continence.

After a year, The FSP technique resulted in six patients with incontinence against none of them who were treated with the FSL technique.

From our and other researches comparing these two techniques, we have reached to the conclusion that the FSL technique is more convenient and resultant in the chronic anal fissure treatment.

Çfarë përfaqëson fisura anale kronike

Fisura anale kronike është një patologji, e cila ka të gjitha karakteristikat e fisurës anale akute përsa i përket shpërndarjes sipas seksit dhe moshës. Dallimi qëndron në faktin se në formën kronike pacientët kanë mbi gjashtë muaj anamnezë dhe janë gjithmonë të pranishëm tre elementët karakteristikë të saj. Këta elementë janë: papila hipertrofike, sentinela dhe në buzët e bazës fisurës janë të shprehura qartë fenomenet inflamatore. Në punimin tonë

referohen rezultatet e trajtimit të kësaj patologjie me anë të dy metodave, sfinkterotomisë posteriore dhe laterale të mbyllur e shoqëruar me ekscizion të fisurës dhe anoplastikë.

Sfinkterotomia posteriore dhe ajo laterale. Teknika. Historiku.

Fisurektomia me sfinkterotomi posteriore është realizuar për herë të parë nga Gabriel në vitin 1948. Ai realizoi ekscizionin "triangular". Ky intervent nënkupton ekscizionin me incision

* Dërguar në redaksi në Shtator 2008, miratuar në Tetor 2008.

Nga Departamenti i Kirurgjisë Speciale.

Adresa për letërkëmbim: Bollano E.: Departamenti i Kirurgjisë Speciale.

në forëm trekëndëshi të fisurës, elementeve të saj dhe një pjese të lëkurës shoqëruar me prerjen po në këtë formë të 1/3 së poshtëme të muskulit anal intern. Në vitin 1964 teknika u përmirësua nga Bennet dhe Duthie duke realizuar prerjen e 1/2 së poshtëme të muskulit posteriorisht sipas planit longitudinal. Në vitin 1972, 1975, 1979 autorët francezë raportojnë rezultate shumë të mira të fisurektomisë, sfinkterotomisë posteriore dhe anoplastikës. Anoplastika nënkupton montimin me sutura të vecanta materiali absorbabël të mukozës mbi muskulin anal intern. Autori i saj është Arnous J. Sfinkterotomia laterale është propozuar dhe realizuar për herë të parë nga Eisenhammer në vitin 1959. Parks në vitin 1967 realizoi sfinkterotominë laterale të hapur. Në vitet 1968, 1969, 1971 Notaras realizoi dhe përmirësoi sfinkterotominë laterale të mbyllur. Të dyja teknikat janë përsosur me kalimin e kohës. Në secilën prej tyre tashmë përcaktohet saktë sasia muskulit që duhet prerë mënyra e prerjes dhe indikacionet e teknikës. Në vitin 1992 Shoqata Amerikane Kirurgëve Kolorektal ka pranuar sfinkterotominë laterale interne si teknikën e zgjedhur për trajtimin e fisurës anale refraktare ndaj trajtimit konservativ.

Materiali dhe metoda

Janë marrë në studim 60 raste me fisurë ani posteriore dhe hemorroides të stadit të parë dhe të dytë. Rastet përfshijnë periudhën kohore janar 2005 deri në nëntor 2006. Nga këto 30 raste janë trajtuar me teknikën e fisurektomisë të shoqëruar me sfinkterotomi posteriore (FSP) dhe montim të mukozës mbi muskulin anal intern dhe 30 raste janë trajtuar me fisurektomi, montim të mukozës mbi muskulin anal intern dhe sfinkterotomi laterale (FSL) të majtë të mbyllur. Rastet e operuar me FSP sipas seksit ndahen në 19 femra dhe 10 meshkuj. Rastet e operuar me FSL ndahen në 17 femra dhe 15 meshkuj. Mosha mesatare e pacientëve të intervenuar është 42 vjec. Janë përjashtuar nga studimi pacientët me: sëmundje hemorroidale shoqëruese, patologji shoqëruese të kanalit anal, të operuar më parë nga patologji të kanalit anal, që vuajnë nga patologji inflamatore të kolonit dhe patologji që ndikojnë në vonimin e shërimit të plagës operative. Pacientët janë intervenuar me ndihmën e anestezisë spinale sol markaini 05% -3 ml në hapësirën L3-L4. Spinalja është realizuar me age me numër 26. Pozicioni i

nterventit ka qënë ai litotomik. Diagnoza është vendosur duke u bazuar në ankesat dhe kohëzgjatjen e tyre, inspeksionin, tushenë rektale dhe anoskopinë. Të gjithë pacientët para interventit i janë nënështuar sigmoidoskopisë. Përgatitja e kolonit është realizuar me ndihmën e përdorimit të makroklizmave 3-4 orë para interventit dhe djetës së lëngët 24 orë para interventit. Teknikisht fisurektomia është realizuar duke ekcizuar fisurën me elementet e saj deri në kufij makroskopikisht të shëndoshë dhe duke montuar lembon e mukozës me sutura të vecanta vikryl 3-0 mbi muskulin anal. Në rastin e sfinkterotomisë posteriore realizohet prerja e muskulit anal intern posteriorisht në orën gjashtë dhe pastaj montimi i mukozës që njihet me emrin anoplastikë. Në rastin e sfinkterotomisë laterale realizohet prerja e muskulit anal intern në orën tre me ndihmën e bisturisë nr 15 dhe më pas excizioni dhe anoplastika posteriore pa prekur muskulin intern. E rëndësishme është të kuptohet se në FSP montimi i mukozës realizohet mbi fibrat e muskulit anal extern dhe atyre të mbetura nga ai intern kurse në FSL ai realizohet mbi muskulin anal intern. Për realizimin e interventit nevojiten: diverikatori Parks, lamë bisturie nr 15, vikryl 3-0 me age të rrumbullakët (G30) dhe një set i thjeshtë kirurgjikal. Ndjekja e pacientëve është realizuar cdo dhjetë ditë për muajin e parë, pas tre muajsh, pas gjashtë muajsh dhe një vit pas interventit. Në të gjithë pacientët e intervenuar ka dështuar terapia konservative. Në terapinë konservative përfshihen: shampot me bazë kamomili, kremrat me bazë kortizoni dhe lidokaine 2%, venoprotektorët, laksativët (methylcelluloza) dhe analgjezikët oral në rast nevojë. Niveli i dhimbjes është vlerësuar me ndihmën e shkallës vizuale analoge.

Gjatë studimit janë vlerësuar për secilën teknikë:

1. Kohëzgjatja e interventit.
2. Niveli i dhimbjes postoperative.
3. Niveli i dhimbjes pas defekimit të parë.
4. Niveli i dhimbjes muajin e parë, cdo dhjetë ditë. Vlerësojmë dhimbjen maksimale gjatë defekimit.
5. Rektoragjia.
6. Ndërlikime të menjëhershme.
7. Ndërlikime të afërta (brënda muajit të parë).
8. Ndërlikime të vonshme (pas muajit të gjashtë).

9. Ditëqëndrimi në spital.
10. Kohëzgjatja e shërimit të plagës
operatore.

11. Recidiva.
12. Vendosja e kontrollit mbi kanalën anal.
13. Inkontinenca. Lloji. Kohëzgjatja.

Rezultatet

	Lloji i interventit	F S P	F S L
1	Kohëzgjatja mesatare e interventit	25.4 min	30.2 min
2	Niveli i dhembjes post-operatore (24 orët e para)	5.6	6.1
3	Niveli i dhembjes gjatë dhe pas defekimit të parë	7.2	7.5
4	Niveli maksimal i dhembjes gjatë dhe pas defekimit të muajin e parë pas interventit.	Deri-10 ditë-6.2 10-20 ditë-4.9 20-30 ditë-e pranishme, e durueshme.	Deri-10 ditë-5.2 10-20 ditë-2.6 20-30 ditë- besdisëse
5	Kohëzgjatja e shërimit të plagës posteriore	28.6 ditë, me përjashtim të dy rasteve	23.4 ditë
6	Kohëzgjatja e shërimit të plagës së sfinkterotomisë laterale	-	6.8 dite, me përjashtim të një rasti me fistul
7	Ditë-qëndrimi në spital	24 orë	24 orë
8	Rektoragjia (Kohëzgjatja)	10.3 ditë	7.6 ditë
9	Ndërlikime të menjëhershme (nr. I rasteve)	Rektoragji-1 Ret urinar-1	Hemorragji nga vendi i sfinkterotomisë laterale-1 Ret urinar-1
10	Ndërlikime të afërta (nr. i rasteve)	Lëshimi i suturave të anoplastikës-1	Fistul laterale superficiale-1
11	Ndërlikime të vonshme	Recidivë-1 Sindrom fissure-1	Asnjë
12	Rivendosja e kontrollit mbi aparatën sfinkterien	20.6 ditë	16.5 ditë
13	Inkontinenca (tre muaj pas interventit)	Gazra-7 Fece të lëngëta-3	Gazra-2
14	Inkontinenca (gjashtë muaj pas interventit)	Gazra-6 Fece të lëngëta-2	Gazra-1
15	Inkontinenca (një vit pas interventit)	Gazra 4 Fece të lëngëta-2 Dy pacientë nuk mundëm t'i kontaktonim	Asnjë

Diskutimi

Nga rezultatet e mësipërme vërejmë se kohëzgjatja e interventit, niveli i dhimbjes në 24 orët e para, dhe dhimbja gjatë aktit të parë të defekimit janë më të larta në pacientët e trajtuar me FSP. Kjo shpjegohet me kryerjen e procedure tjetër që kërkon evidentimin dhe përgatitjen e muskuli anal intern. Prani e nivelit të lartë të dhimbjes shpjegohet me praninë e dy plagëve operatore në rastet me FSL. Niveli maksimal i dhimbjes gjatë defekimit muajin e parë pas interventit rezulton më i ulët në pacientët me F S L element që na lë të kuptojmë

se kjo teknikë harin të relaksojë më mirë muskulin anal intern duke eliminuar isheminë si shkak i dhimbjes. Gjithashtu niveli i dhimbjes bie më shpejtë me kalimin e kohës. Shërimi i plagës posteriore është më i vonët në pacientët e operuar me F S P. Kjo mund të shpjegohet me: traumën e shkaktuar nga sfinkterotomia dhe furnizimin më të pakët me gjak posteriorisht kanalit anal, elemente këto që eliminohen në pacientët e operuar me FSL. Kohëzgjatja postoperative e rektoragjisë ka qënë më e lartë në pacientët e intervenuar me FSP. Nuk kemi evidentuar ndonjë shkak. Sasia e gjakut ka qënë

minimale e lidhur me defekimin dhe është eliminuar gradualisht duke rekomanduar pacientët të vendosin tampon lokalisht. Ndërlikimet postoperative të menjëhershme pothuaj kanë qënë të njëjta për të dyja teknikat. Ndërlikimet e afërta përfaqësohen nga lëshimi i suturave të anoplastikës në rastet me FSP kjo shpjegohet ndoshta me tensionin e montimit të lembos posteriorisht kurse në rastet me FSL është evidentuar një fistul anale superficiale ditën e dhjetë.

Ndërlikime të vonshme janë vërejtur vetëm në pacientët e intervenuar me teknikën e FSP, një rast recidivë dhe një rast me sindrom fissure. Rivendosja e kontrollit mbi aparatën sfinkterien në pacientët e operuar me F S L ka qënë më e shpejtë duke ndikuar në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientit, kjo shpjegohet me rënjen e nivelit të dhimbjes më shpejtë në pacientët e operuar me teknikën e mësipërme. Inkontinenca është vlerësuar në dinamikë cdo tre muaj, gjashtë muaj dhe pas një viti nga interveni.

Duke ndjekur rezultatet vërejmë se 6 pacientë të operuar me F S P ankojnë për inkontinencë për fecet e lëngëta dhe gazrat kundrejt asnjë pacienti të operuar me FSL. Të gjithë pacientët me inkontinencë ankojnë për eliminim të gazrave dhe feceve nga pjesa posteriore e kanalit anal dhe pamundësinë e kontrollit të tyre. Ky fenomen quhet sindromi i brimës së celësit dhe është akuza kryesore ndaj kësaj teknike.

Kokluzioni

Si përfundim mund të themi se teknika e FSL ka disavantazh në krahasim me teknikën tjetër përse i përket kohëzgjatjes së interventit, dhimbjes postoperative dhe dhimbjes gjatë defekimit të parë. Megjithatë diferenca është e vogël. Epërsia e saj si teknikë vihet re në dhimbjen me kalimin e kohës pas interventit, kohëzgjatjen e shërimit të palgës, rivendosjen e kontrollit mbi aparatën sfinkterien dhe inkontinencën. Kjo e fundit është një element i rëndësishëm përse i përket cilësisë së jetës së pacientit. Raporti rezultoi gjashtë me zero. Në një studim të botuar në revistën "Disease of the Colon & Rectum" në vitin 1984 nga Ferguson Clinic në Michigan referohet: teknika e FSP ka një disavantazh shumë të rëndësishëm, ai është sindromi i brimës së celësit, i cili haset në përqindje të lartë.

Gjithashtu pacientët e operuar me këtë teknikë kanë përqindje recidive dhe komplikacionesh postoperative më të lartë. Ky studim është kryer në 1753 raste. Në vitin 1980, Herard Abcarian pas një studimi krahasues midis dy teknikave, duke marrë në studim 300 raste arriti në përfundimin se: teknika e fisurektomisë me sfinkterotomi posteriore është e preferuar vetëm në rastet e fisurave posteriore të komplikuara me fistul. Duke u nisur nga rezultatet tona dhe publikimet mendojmë se teknika e FSL është teknikë më e përshtatshme dhe me rezultate më të mira se ajo e FSP për trajtimin e fisurës anale kronike.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abcarian H.:** Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral, internal sphincterotomy, fissurectomy-midline sphincterotomy. Dis Colon Rectum 23:31-36, (1980).
2. **Alexander S.:** (1975) Dermatological aspects of anorectal disease. Clin Gastroenterol 4:651-657.
3. **Antebi E., Schwartz P&Gilon E.:** (1985) Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. Surg Gynecol Obstet 160:204-206.
4. **Bennett RC&Goligher JC:** (1962) Results of internal sphincterotomy for anal fissure. Br Med J 2:1500-1505.
5. **Boulos PB&Araujo JGC:** (1984) Adequate internal sphincterotomy for chronic anal

BIBLIOGRAFIA

1. Barlow, T. G.: Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. *J. Bone and Joint Surg. Am.*, 44-B(2): 292-301, 1962
2. Boga P.: Luksacioni koksofemoral kongenital. Probleme të trajtimit në moshën feminore, Vol 1, Tiranë 1987, Disertacion
3. Coleman S.S.: Congenital dysplasia of the hip in the Navajo infant. *Clin Orthop.* 1968;56:179-93
4. Darmonov A. V.: Clinical Screening for Congenital Dislocation of the Hip *J. Bone Joint Surg.* 1996 78:383-8
5. Graf R.: The diagnosis of congenital hip joint dislocation by the ultrasonic compound treatment. *Arch. Orthop. and Trauma Surg.* 97: 117-133, 1980.
6. Graf R.: New possibilities for the diagnosis of congenital hip joint dislocation by ultrasonography. *J. Pediat. Orthop.*, 3: 354-359, 1983
7. Iwasaki K.: Treatment of congenital dislocation of the hip by the Pavlik harness. Mechanism of reduction and usage. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65:760-7.
8. Kalamchi A., MacFarlane R., III: The Pavlik harness. Results in patients over three months of age. *J. Pediat. Orthop.*, 2: 3-8, 1982
9. Karagjozi P.: Functional treatment of CDH in children between 10-30 months of age, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Hellenica*, 2001, Vol 52, p.166.
10. Luhmann S. J., L. Schoenecker, A. M. Anderson, G. S. Bassett.: The Prognostic Importance of the Ossific Nucleus in the Treatment of Congenital Dysplasia of the Hip, *J. Bone Joint Surg.* 1998; 80(12): 1719 - 27.
11. Mubarak S., Garfin S., Vance R., McKinnon B., Sutherland D.: Pitfalls in the use of the Pavlik harness for treatment of congenital dysplasia, subluxation, and dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1981;63:1239-48.
12. Ortolani M.: The classic. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. *Clin. Orthop.*, 119: 6-10, 1976.
13. Pavlik A.: The functional method of treatment using a harness with stirrups as the primary method of conservative therapy for infants with congenital dislocation of the hip. 1957. *Clin Orthop.* 1992;281:4-10.
14. Putti V.: Early treatment of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg.* 1933;15: 16-21
15. Ramsey P.L., Lasser S., MacEwen G.D.: Congenital dislocation of the hip. Use of the Pavlik harness in the child during the first six months of life. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58:1000-4.
16. Tachdjian M.: *Pediatric orthopedics*, Vol I, Philadelphia, 1972, W.B. Saunders Co.
17. Tonniss D.: An evaluation of conservative and operative methods in the treatment of congenital hip dislocation. *Clin Orthop.* 1976;119:76-88.
18. Tönnis D.; Storch K., Ulbrich H.: Results of newborn screening for CDH with and without sonography and correlation of risk factors. *J. Pediat. Orthop.*, 10: 145-152, 1990.
19. Weinstein S.L, Ponseti IV.: Congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1979;61:119-24.
20. Wilkinson J., Carter C.: Congenital dislocation of the hip. The results of conservative treatment. *J. Bone and Joint Surg.*, 42-B(4): 669-688, 1960.
21. Von Rosen S.: Diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip joint in the newborn. *J Bone Joint Surg Br.* 1962;44:284-91.
22. Yamamuro T., Ishida K.: Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clin. Orthop.*, 184: 34-40, 1984.