

FISURA ANALE AKUTE. SFINKTEROTOMI APO DILATACION ?

ENTON BOLLANO, NIKOLLAQ KAÇANI, ARBEN GJATA, E. GJERAZI,
ELIZANA PETRELA*

Summary

THE ACUTE ANAL FISSURE. SPHINCTEROTOMY OR DILATATION?

The anal fissure is a common pathology of the anal canal. It represents a mucosal longitudinal lesion of the anal canal. Its more frequent location is posterior. Depending on the duration of the pathology, we classify it in acute and chronic. It can affect all ages and both sexes equally.

Material and Method used: 60 patients were studied, 30 of which with the dilatation technique and the remaining patients with closed lateral sphincterotomy technique. The study was conducted from January 2006, until February 2008. The interventions were all executed with the help of local anesthesia.

Results and conclusions: The number of relapses in patients treated with dilatation technique was four against none of the patients treated with the closed lateral sphincterotomy technique. The level of the post-operational pain is lower and the patients treated with SLM technique recovered sooner. As a conclusion, we can say that SLM technique is more successful, easier to obtain and provides quicker recovery than the dilatation technique for the treatment of acute anal fissure.

Cfarë është fisura anale?

Fisura anale është një patologji e shpeshtë e kanalit anal që prek pothuajse në mënyrë të barabartë të dyja seksit dhe mund të haset në çdo moshë. Raporti meshkuj femra referohet përkatësisht 42:58% (2,3). Kufijtë anatomik të shtrirjes janë nga margo anokutane deri në linjën dentata. Ajo përshkruhet si një lesion longitudinal i mukozës dhe submukozës së kanalit anal me lokalizim shumë më të shpeshtë posterior. Lokalizimi anterior i saj është i rallë në meshkuj dhe i shpeshtë në femra. Referohet se vetëm në një përqind të meshkujve me këtë patologji ajo ka vendosje anteriore, kurse në femra kjo shifër raportohet 10%. Ajo klasifikohet në akute dhe kronike në varësi të kohëzgjatjes së patologjisë. Pacientët me fisurë anale akute

shpesh kanë më pak se gjashtë muaj anamnezë. Sipas origjinës klasifikohen në primare dhe sekondare. Nga ana morfologjike forma akute përfaqëson një lezion superficial të mukozës në formën e gërmës "V", kurse ajo kronike përbëhet nga sentinela, papila hipertrofike dhe shtrati i fisurës me buzë të induruara.

Në formën akute baza e fissurës anale formohet nga ind lidhor i shkrifët dhe buzët e saj janë të demarkuara qartë pa fenomene inflamatore (1,20).

Klinikisht karakterizohet nga dhimbja e karakterit djegës, shtrëngues, defekim me gjak të kuq të pastër të papërzier me fecet dhe në sasi jo të madhe dhe konstipacioni i vullnetshëm (5,6,7). Dhimbja shpjegohet me rënjen në kontakt të feceve me fibrat e muskulit anal intern dhe

* Dërgoi në Redaksi në Qershor 2008, miratoi për botim Nëntor 2008.

Nga Departamenti i Kirurgjisë, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Bollano E., Departamenti i Kirurgjisë, Tiranë.

isheminë e pasuar nga kontraksioni. Ajo ka një kurbë të veçantë karakteristike.

Cfarë është sfinkterotomia laterale e mbyllur dhe dilatacioni anal?

Sfinkterotomia është një teknikë e hershme e përdorur për trajtimin e fisurës anale. Si teknikë është përshkruar për herë të parë nga Brodie në vitin 1835. Ai realizoi prerjen e gjithë trashësisë së muskulit direkt mbi shtratin e fisurës posteriorisht. Eisenhammer në vitin 1951 dhe Goligher 1959 raportojnë rezultatet e tyre në trajtimin kirurgjikal të fisurës anale me teknikën e sfinkterotomisë parciale posteriore. Autorët francezë e përmirësuan teknikën duke realizuar fisurektominë të shoqëruar me sfinkterotomi dhe anoplastikë posteriore. Kjo teknikë akuzohet për një komplikacion të quajtur "keyhole deformity" (deformimi i brimës së celësit) dhe për inkontinencë të vazhdueshme postoperatore të kontrollit të feceve me konsistencë të lëngët dhe të gazrave (1,9). Në vitin 1969 Notaras raportoi për herë të parë rezultatet e trajtimit të fisurës anale me teknikën e sfinkterotomisë laterale të mbyllur. Kjo teknikë njihet dhe me emrin sfinkterotomia submukoze dhe është përmirësim i teknikës së hapur realizuar nga Parks në vitin 1961. Në vitin 1992 shoqata amerikane e kirurgjisë kolorektale ka vlerësuar sfinkterotominë laterale si teknikën e zgjedhur për trajtimin e fisurës anale refraktare ndaj terapisë conservative (29,31). Realizohet me ndihmën e anestezisë lokale, lokoregjionale ose spinale. Injektohet solucion lidokaine 2% në bazën e fisurës dhe në planin intersfinkterien. Pacienti vendoset në pozicion genupektoral, ventral ose litotomik. Teknikisht realizohet, duke futur gishtin tregues të majtë në kanalën anal dhe më pas futet lama në orën tre (ose 9) pingul në planin intersfinkterien. Në një moment të dytë realizohet rrotullimi me 90 gradë i lamës në drejtim të kanalit anal pa dëmtuar mukozën. Kështu realizohet prerja e muskulit deri në nivel të linjës dentate. Në fund të interventit palpohej me gisht një difekt në formën e gërmës "V". Për realizimin e interventit nevojitet një bisturi me bisht nr.15 dhe me teh të rrumbullakët (10,12).

Dilatacioni anal është një teknikë e realizuar për herë të parë nga Gabriel në St Mark's Hospital në Londër (1948). Teknikisht realizohet duke përdorur dilatatorë të tre madhësive në varësi të

diametrit; 19.1mm, 22.3mm dhe 25.4mm. Manipulimi zgjat nga mesatarisht 2 min për secilin dilatator, çdo 5 ditë për tre javë. Manipulimi realizohet në mënyrë progressive duke përdorur të tre llojet dilatatorëve dhe me ndihmën e anestezisë lokale. Dilatacioni dhe divulsioni nuk janë e njëjta teknikë (11).

Qëllimi i punimit

Të vlerësojë avantazhet dhe disavantazhet e teknikës së sfinkterotomisë laterale të mbyllur kundrejt dilatacioni në trajtimin e fisurës anale akute rezistente ndaj mjekimit konservativ.

Materiali dhe metoda

Janë marrë në studim 60 pacientë të trajtuar me teknikën e SLM dhe dilatacioni në periudhën kohore janar 2006 deri në shkurt 2008. Sipas seksit 36 femra dhe 24 meshkuj. Me moshë mesatare 41,6 vjeç (36-51 vjeç). Gjysma e pacientëve u trajtuan me teknikën e SLM dhe gjysma tjetër me teknikën e dilatacioni anal. Të gjithë pacientët para interventit kanë përdorur terapi konservative me tualet lokal, krem lokalisht me bazë kortizoni dhe lidokaine, venoprotektor, djetë me fibra dhe laksativ në rast nevojë. Terapia lokale ka zgjatur mesatarisht 15 ditë. Diagnoza është vendosur duke u bazuar në karakterin dhe kohëzgjatjen e ankesave, inspeksionin, tushenë anorektale dhe anoskopinë. Përgatitja preoperatore ka konsistuar në djetë hidrike dhe dy makroklizma një orë para interventit. Sigmoidoskopia është realizuar në të gjithë pacientët. Interventi është realizuar nën anestezë lokale me solucion lidokaine 2%. Anestetiku është aplikuar në shtratin e fisurës dhe në hapësirën intersfinkteriene. Për realizimin e SLM injektimi i anestetikut realizohet në orën tre (tre-katër cc), kurse për teknikën e dilatacioni injektohet në katër pika intersfinkteriene: 12,3,6,9 (përkatesisht nga 2cc) (30). Pacienti është vendosur në pozicion genupektoral i monitoruar nga anesteziist. Gjatë interventit është aplikuar gentamicini 80 mg iv. Të gjithë pacientët janë vizituar në ecurinë postoperatore dhe ndërlikimet pranë spitalit nr 2. Ndjekja ka zgjatur 6 muaj. Në periudhën postoperatore pacientët kanë përdorur sol tramadoli nga goja në rast dhimbje, tualet me banja të ngrohta lokalisht, djetë me fibra dhe lëngje. Janë përjashtuar nga studimi pacientët e

intervenuar për patologji të kanalit anal dhe ata që kanë rezultuar se vuajnë nga patologji tjetër e kolonit apo sëmundja hemorroidale. Gjatë ecurisë postoperative është vlerësuar:

- 1- Kohëzgjatja e interventit,
- 2- Niveli maksimal i dhimbjes postoperative dhe dominimi,
- 3- Niveli maksimal i dhimbjes gjatë dhe pas defekimit të parë,
- 4- Niveli maksimal i dhimbjes gjatë defekimit çdo dhjetë ditë për një muaj,
- 5- Rektoragjia postoperative, sasia, kohëzgjatja,
- 6- Retensioni urinar dhe çrregullimet dizurike,
- 7- Inkontinenca fekale/gazra (tre muaj dhe gjashtë muaj pas interventit),

- 8- Kohëzgjatja e shërimit të plagës operative,
- 9- Kohëzgjatja e shërimit të fisurës,
- 10- Ndërlikimet postoperative të menjëhershme,
- 11- Ndërlikimet postoperative të shpejta,
- 12- Ndëlikimet postoperative të vonshme,
- 13- Periudha e vendosjes së kontrollit mbi aparatit sfinkterien,
- 14- Numri i recidivave (21,26,29).

Niveli i dhimbjes është vlerësuar me ndihmën e shkallës vizuale analoge. Inkontinenca është vlerësuar me ndihmën e Cleveland Clinic Incontinence Score CCIS (11,14,18,19).

Rezultatet

NR.	LLOJI I INTERVENTIT	DILATACIONI	F S L
1.	KOHËZGJATJA E INTERVENTIT (min)	18 min	12.6 min
2.	NIVELI MAKSIMAL I DHIMBJES POSTOPERATORE (NË VLERË MESATARE)	4.3	3.8
3.	NIVELI MAKSIMAL I DHIMBJES GJATË DEFEKIMIT TË PARË (NË VLERË MESATARE)	5.9	4.2
4.	NIVELI MAKSIMAL I DHIMBJES GJATË DEFEKIMIT. MUAJIN E PARË PAS INTERVENTIT (NË VLERË MESATARE)	10 ditët/I-4.8 10 ditët/II-3.5 10 ditët/III-3.1	10 ditët/I-3.1 10 ditët/II-1.9 10ditët/III-pa dhimbje
5.	REKTORAGJIA POSTOPERATORE SASIA, KOHËZGJATJA (ditë)	E pakët.9.3 ditë	E pakët.5.2 ditë
6.	RETENSIURI URINAR/CRREGULLIME DIZURIKE (nr. i rasteve)	0/1	1/0
7.	INKONTINENCA ANALE GAZRA/FECE TË LËNGËTA TRE MUAJ PAS INTERVENTIT (nr. i rasteve)	Gazra-3 raste Fece të lëngëta-1 rast	Gazra -1rast
8.	INKONTINENCA ANALE GAZRA/FECE TË LËNGËTA GJASHTË MUAJ PAS INTERVENTIT (nr. i rasteve)	Gazra-1 rast Fece të lëngëta -1 rast	0
9.	KOHËZGJATJA E SHËRIMIT TË PLAGËS OPERATORE(ditë)	0	4.6 ditë
10.	KOHËZGJATJA MESATARE E SHËRIMIT TË FISURËS ANALE, EPITELIZIMIT (ditë)	18.9 ditë	13.2 ditë
11.	NDËRLIKIME TË MËNJËHERSHME (raste)	0	Hemoragji nga plaga-1rast.
12.	NDËRLIKIME TË SHPEJTA (raste)	0	0
13.	NDËRLIKIME TË VONSHME (raste)	0	0
14.	VENDOSJA E KONTROLLIT TË PLOTË MBI APARATIN SFINKTERIEN (ditë)	23.5 ditë	14.1 ditë
15.	NR I RASTEVE RECIDIVË PAS 6 MUAJSH (raste)	4 raste	0

Diskutimi

Nga studimi vërejmë se teknika e SLM realizohet më shpejtë kundrejt 15 ditëve që nevojiten për realizimin e tre seancave të dilatacionit. Niveli i dhimbjes postoperatore është më i ulët në pacientët e trajtuar me teknikën e SLM. Kjo shpjegohet me arsyen se trauma gjatë dilatacionit ushtrohet mbi gjithë cirkumferencën e muskulit anal, kurse gjatë SLM ajo ushtrohet në një zonë të vogël. Niveli i dhimbjes gjatë defekimit të parë është më i ulët në pacientët e trajtuar me SLM. Duke ndjekur pacientët muajin e parë çdo dhjetë ditë arijmë në përfundimin se jo vetëm niveli i dhimbjes gjatë defekimit është më i ulët në pacientët e operuar me SLM, por dhe kurba e rënjes së nivelit të dhimbjes është më e shpejtë. Teknika e dilatacionit anal dëmton kontinencën e pacientëve. Në punimin tonë dy raste ankonin për inkontinencë gjashtë muaj pas interventit, këta pacientë ishin trajtuar me teknikën e dilatacionit anal. Në grupin tjetër asnjë nga pacientët nuk ankoi për inkontinencë.

Ky fenomen shpjegohet me faktin se gjatë dilatacionit ndodhin mikrohematoma intermuskulare, të cilat me kalimin e kohës fibrotizohen dhe bëjnë që muskuli anal të humbas elasticitetin, kontraktilitetin dhe disa

studime flasin dhe për humbjen e sensibilitetit dhe edemën e muskulit anal intern (17,22,33). Këto mikrohematoma vërehen më shumë në muskulin anal intern pa përjashtuar muskulin ekstern. Studime biologjike referojnë dhe për një fenomen të quajtur "pareza dilatatore".

Ky fenomen shpjegon njëkohësisht vonesën e vendosjes së kontrollit mbi aparatit sfinkterien në pacientët e trajtuar me teknikën e dilatacionit (11,27). Numri i recidivave rezultoi 4 me 0. Kjo shpjegohet me faktin se teknika e dilatacionit nuk arrin të realizojë relaksimimin e duhur muskular për të ndihmuar më pas shërimin e fisurës (25,28). Ka dhe studime që akuzojnë lidokainën e injektuar për rreth kanalit anal në hapësirën ndërsfinkteriene si favorizues të mikrohematomave të shkaktuara nga dilatacionit (21,23).

Konkluzioni

Si konkluzion mund të themi se teknika e sfinkterotomisë laterale të mbyllur është një teknikë më e përshtatshme dhe më rezultative për trajtimin e fisurës anale acute. Ajo realizohet më thjeshtë, jep më pak dhimbje postoperatore dhe siguron një reabilitim më të shpejtë të pacientit.

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. Abcarian H., Lashman S, Read D & Rocaforte P.: The role of internal sphincter in chronic anal fissures. Dis Colon Rectum. 25:525-528. (1982).
3. Abraham A., Ayantunde and Samuel A. Debrah: Current concepts in anal fissures. World J Surg. vol 30/12:2246-2260. (2006).
4. ASCRS. Standards task force. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. (1992). Dis Colon Rectum. 34:285-288.

5. **Arabi Y., Alexander-Williams J., Keighley MRB.:** Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure. *Am J Surg.* 134:608-610, 1977.
6. **Bennet RC & Goligher JC:** Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br Med J.* 2:1500-1505. (1962).
7. **Bennet RC & Duthie HL:** The functional importance of the internal anal sphincter. *Br J Surg.* 51:355-359. (1964).
8. **Bharucha AE.:** Outcome measures for faecal incontinence: anorectal structure and function. *Gastroenterology.* 126:90-98. (2004).
9. **Boulos PB & Araujo JGC:** Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Br J Surg.* 71:360-362. (1984).
10. **Cerdan FJ, Ruiz De Leon, Azpiroz F, Martin J & Balibrea JL:** Anal sphincteric pressure in fissure in ano before and after sphincterotomy. *Dis Colon Rectum.* 25:198-201. (1986).
11. **Collopy MB & Ryan P.:** Comparison of lateral subcutaneous sphincterotomy with anal dilator in the treatment of fissure in ano. *Med J Aust.* 2:461-462. (1979).
12. **Corman ML:** Anal fissure. In: *Colon and Rectal Surgery.* 212. (1998).
13. **Corby H., Donnelly VS, O'Herlihy C., O'Connell PR:** Anal canal pressures are low in Women with postpartum anal fissure. *Br J Surg.* 84:86-88. (1997).
14. **Crapp AR & Alexander-Williams J.:** Fissure in ano and anal stenosis. Part 1: Conservative management. *Clinics in Gastroenterol.* 4:619-633. (1975).
15. **Dodi G., Bogoni F., Infantino A., Pianon P., Mortellaro LM & Liss M.:** Hot or cold in anal pain. *Dis Colon Rectum.* 29:248-251. (1986).
16. **Duhamel J., Ballet F.:** Fissure anterieure de l'anus chez la femme et la petite fille. *Ann Gastroenterol Hepatol.* 17:209. (1981).
17. **Eisenhammer S.:** The evaluation of internal and sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gyn Obst.* 109:583. (1959).
18. **Fleshman JW:** Fissure in ano and anal stenosis. *Fundamentals of Anorectal Surgery.* London. WB Saunders. 209-224. (1998).
19. **Ferguson JA:** Fissure in ano and anal stenosis: radical surgical management. *Clin Gastroenterol.* 4:629-634. (1975).
20. **Gabriel WB:** Anal fissure. *Br Med J.* 11:519-521. (1939).
21. **JN Lund, Mr JH Scholefield:** Aetiology and treatment of anal fissure. *Br J Surg.* vol 83 / 10:1335-1344. (2005).
22. **Kamm M.:** Faecal incontinence. (1998). *Br Med J.* 316:528-532.
23. **Karendikar S., Brown GM, Carr ND, Beynon J.:** Attitudes to the treatment of chronic anal fissure after failed medical treatment. *Colorectal Dis.* 5:569-572. (2003).
24. **Kuypers Han C:** Is there really sphincter spasm in anal fissure? *Dis Colon Rectum.* 26:493-494. (1983).
25. **Lock MR & Thomson JPS:** Fissure in ano: the initial management and prognosis. *Br J Surg.* 64:355-358. (1977).
26. **Lund JN, Scholfield JH:** Aetiology and treatment of anal fissure. *Br J Surg.* 83:1335-1344. (1996).
27. **Mazier WP:** Keyhole deformity: fact or fiction. *Dis Colon Rectum.* 8:8-10. (1985).
28. **Maria G., Brisinda G., Bentivoglio AR et al.:** Botulinum toxin injections in internal anal sphincter for the treatment of chronic anal fissure. *Ann Surg.* 228:664-669. (1998).
29. **Nelson RL:** Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev.* 4: CD003431. (2005).
30. **Nelson RL:** Meta analysis of operative techniques for fissure in ano. *Dis Colon Rectum.* 42:1424-1431. (1999).
31. **Notaras MJ:** The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. A technique and results. *Br J Surg* 58:96-100. (1971).
32. **Oh C.:** A modified technique for lateral internal sphincterotomy. *Surg Gynecol Obstet.* 146:623-625. (1978)
33. **Parks AG.:** The management of fissure in ano. *Hosp Med.* 1:737-739. (1967).