

Tehnica fistulectomiei cu mucoplastie endoanorectală în tratamentul fistulelor perianale complexe

Endoanorectal mucosal advancement flap technique in treatment of complex perianal fistula

Dr. Petronel MUSTĂŢEA¹, Conf. Dr. Horia DORAN², Prof. Dr. Traian PĂTRAŞCU²

¹Institutul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „Prof. Dr. N.C. Paulescu”, București

²Clinica de Chirurgie Generală „Prof. I. Juvara”, Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București

REZUMAT

Fistulele perianale complexe reprezintă o patologie supurativă cronică cu numeroase tehnici chirurgicale existente în arsenalul terapeutic, dar nici una dintre intervențiile chirurgicale nu îndeplinește simultan două condiții esențiale: lipsa recidivei și absența incontinenței anale postoperatorii. Actual, tratamentul chirurgical pune accent pe prezervarea funcției sfincteriene anale, cu îmbunătățirea calității vieții.

În acest context, din multitudinea de tehnici chirurgicale existente în tratamentul fistulelor perianale complexe, fistulectomia asociată cu mucoplastie anală ne oferă cele mai bune rezultate, cu număr limitat de recidive și fără leziuni ale aparatului sfincterian.

Este demonstrativă în acest sens prezentarea cazului unui pacient de 54 de ani cu fistulă perianală complexă, cu traiect în „Y”, înaltă, transfincteriană, pentru care s-a efectuat fistulectomie înaltă cu mucoplastie endoanorectală. Continența sfincteriană a fost documentată preoperator și postoperator prin manometrie anală, iar vindecarea a fost afirmată la peste 1 an de la intervenția chirurgicală.

Cuvinte cheie: fistulă perianală complexă, mucoplastie anală, manometrie anală

ABSTRACT

Complex perianal fistulas constitute a section of the surgical pathology which has not been assigned a standardized therapeutical approach, as none of the known surgical techniques is able to simultaneously prevent anal incontinence, as well as any relapses that may occur. The surgical procedures which are usually employed tend to focus on the preservation of the anal sphincter, thus improving the general quality of life.

Taking into account the aforementioned factors, we believe that the endoanorectal mucosal advancement flap leads to superior results, a conclusion which is supported by the small number of relapses, as well as a lack of sphincterian damage. We hereby present the case of a complex high „Y” shape transsphincterian perianal fistula in a 54-years-old man who underwent a fistulectomy with endoanorectal mucosal advancement flap. Anal continence was documented by pre and postoperative anal sphincterian manometry; the healing process was concluded after one year.

Keywords: complex perianal fistula, anorectal mucosal advancement flap, anal sphincter manometry

Adresă de corespondență:

Dr. Petronel Mustățea, Institutul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „Prof. Dr. N.C. Paulescu”, Str. Ion Movilă nr. 5-7, București
E-mail: petdoc_line@yahoo.com

INTRODUCERE

Fistulele perianale complexe constituie o patologie benignă, care reprezintă însă o provocare chirurgicală prin prisma caracterului lor recidivant (pacienți cu până la 10-11 recidive) și a incontinenței anale de diverse grade apărută secundar procesului supurativ cronic local, dar și ca urmare a intervențiilor chirurgicale repetate. În acest context au fost imaginate numeroase tehnici chirurgicale care au ca obiective vindecarea locală și absența incontinenței anale, dar până acum nici una dintre acestea nu a generat rezultatele așteptate.

Actualmente, un accent major se pune pe îmbunătățirea calității vieții pacienților, astfel încât intervențiile chirurgicale de tip „sphincter saving” cu minim impact asupra funcției de continență sfincteriană anală reprezintă alegerea firească, acceptându-se totuși existența recidivelor fistuloase, cu o incidență rezonabilă. Este demonstrativă în acest sens prezentarea unui caz clinic, din experiența personală.

Pacientul I.M, în vârstă de 54 de ani, se internează programat pentru persistența de peste 1 an a secrețiilor purulente exteriorizate la nivel perianal.

Evaluarea preoperatorie a fost atent și minuțios realizată prin examinare clinică, explorare imagistică și manometrie anală.

Examinarea clinică constată două orificii fistuloase tegumentare situate la nivelul perineului posterior, la 5 cm de orificiul anal; tușeul rectal identifică sfincter normoton, iar explorarea instrumentală cu stiletul butonat și bimanuală decelează fistulă complexă, ramificată, cu orificiul intern situat în porțiunea superioară a canalului anal, corespunzător orei 6, în poziție ginecologică.

Din analizele uzuale de laborator nu reținem elemente patologice.

Explorarea imagistică s-a realizat prin ecografie perineală, care constată două traiecte fistuloase care se unesc într-un traiect comun situat posterior perianal cu orificiul intern în treimea superioară a sfincterului anal la nivelul liniei pectinate.

Pacientul a completat preoperator un chestionar de autoevaluare a incontinenței anale, calculându-se scorul Wexner, rezultatul obținut confirmând, din punct de vedere subiectiv, continență completă (scor 20 din 20).

Documentarea obiectivă a continenței anale s-a realizat prin manometrie anală, cu ajutorul unui manometru cu 6 senzori dispuși radial și balonaș. Parametrii identificați în timpul acestei

explorări au fost: presiunea sfincteriană de repaus, presiunea sfincteriană de contracție și lungimea funcțională a canalului anal, constatându-se valori situate în intervale normale (Fig. 1).

Intervenția chirurgicală s-a realizat sub rahi-anestezie, pacientul așezat în poziție ginecologică. Intraoperator se identifică două traiecte fistuloase, în „Y” (Fig. 3) care formează un traiect unic în grosimea complexului sfincterian anal cu orificiul intern situat deasupra liniei pectinate la ora 6 poziție ginecologică, la aproximativ 3 cm de la linia ano-cutanată. Realizarea unei fistulotomii cu desființarea orificiului intern prin sfincterotomie ar fi condus cu certitudine la incontinență anală severă.

Intervenția chirurgicală a realizat fistulectomie „în bloc” a traiectelor fistuloase, inclusiv a segmentului intrasfincterian (Fig. 4). Cheia intervenției chirurgicale a fost tratamentul orificiului intern (Fig. 5). S-a realizat excizia acestuia (datorită țesutului inflamator cronic de la acest nivel) prin secționarea circulară a mucoasei; orificiul intern din grosimea sfincterului a fost suturat cu fir „în X”. Ulterior, un lambou proximal de mucoasă rectală obținut prin decolare în planul submucos, cranial de orificiul intern, a fost mobilizat până la nivelul liniei anocutanate și suturat cu fire separate lent resorbabile. Plaga perineală a fost lăsată deschisă pentru controlul clinic al evoluției locale, cât și pentru a se realiza un drenaj optim al unei cavități voluminoase, profunde, restantă postoperator.

Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu reluarea tranzitului intestinal în ziua a 3-a și cicatrizarea plăgii perineale după 2 luni.

Reevaluarea postoperatorie la 3 luni a fost efectuată prin examinare clinică care constată cicatrizare completă a plăgii perianale, cât și prin evaluarea continenței anale postoperatorii prin calcularea scorului Wexner și prin manometria anală. Din punct de vedere subiectiv, continența a fost completă, dar manometria constată rezultate ușor modificate în ceea ce privește presiunea anală de repaus, totuși aceasta încadrându-se într-un interval valoric normal (Fig. 2).

DISCUȚII

Tratamentul fistulelor perianale complexe este doar chirurgical. În prezent nu există o tehnică chirurgicală care să îndeplinească simultan două condiții principale: absența recidivei și menținerea nemodificată a continenței sfincteriene. De asemenea, se pune un mare accent pe

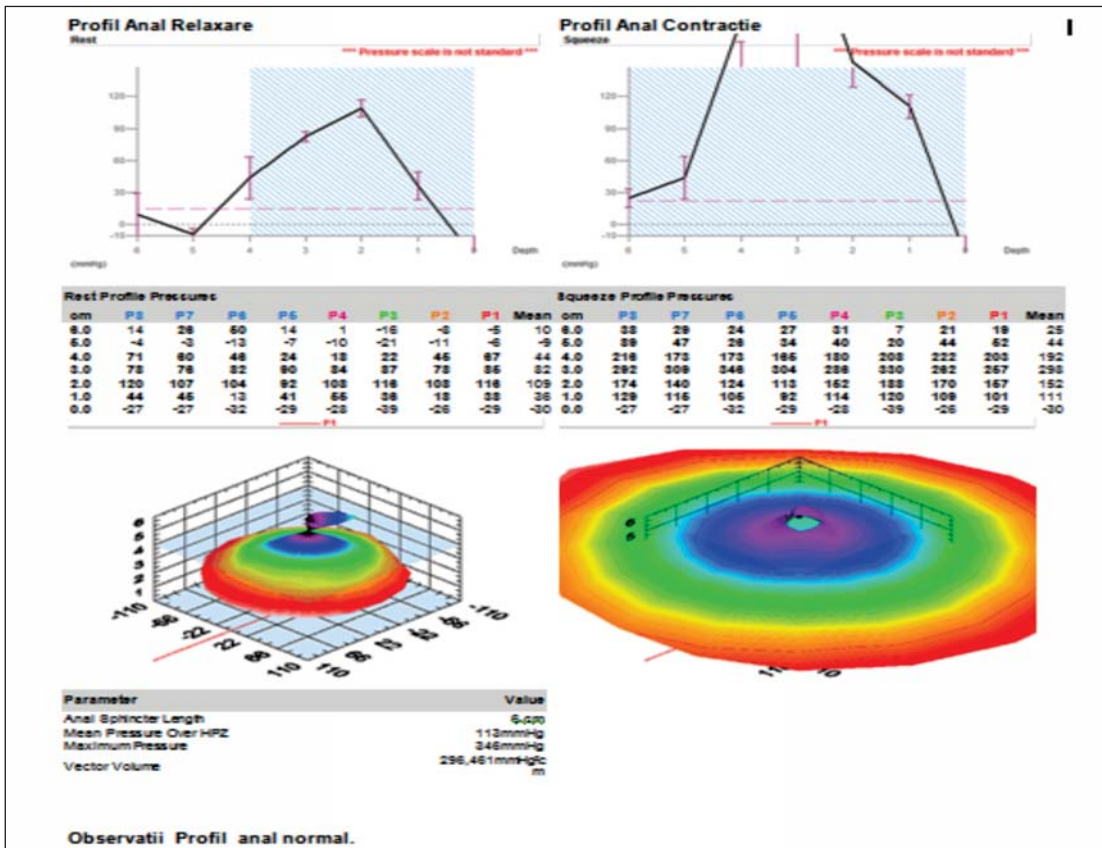


FIGURA 1. Manometrie anală preoperatorie

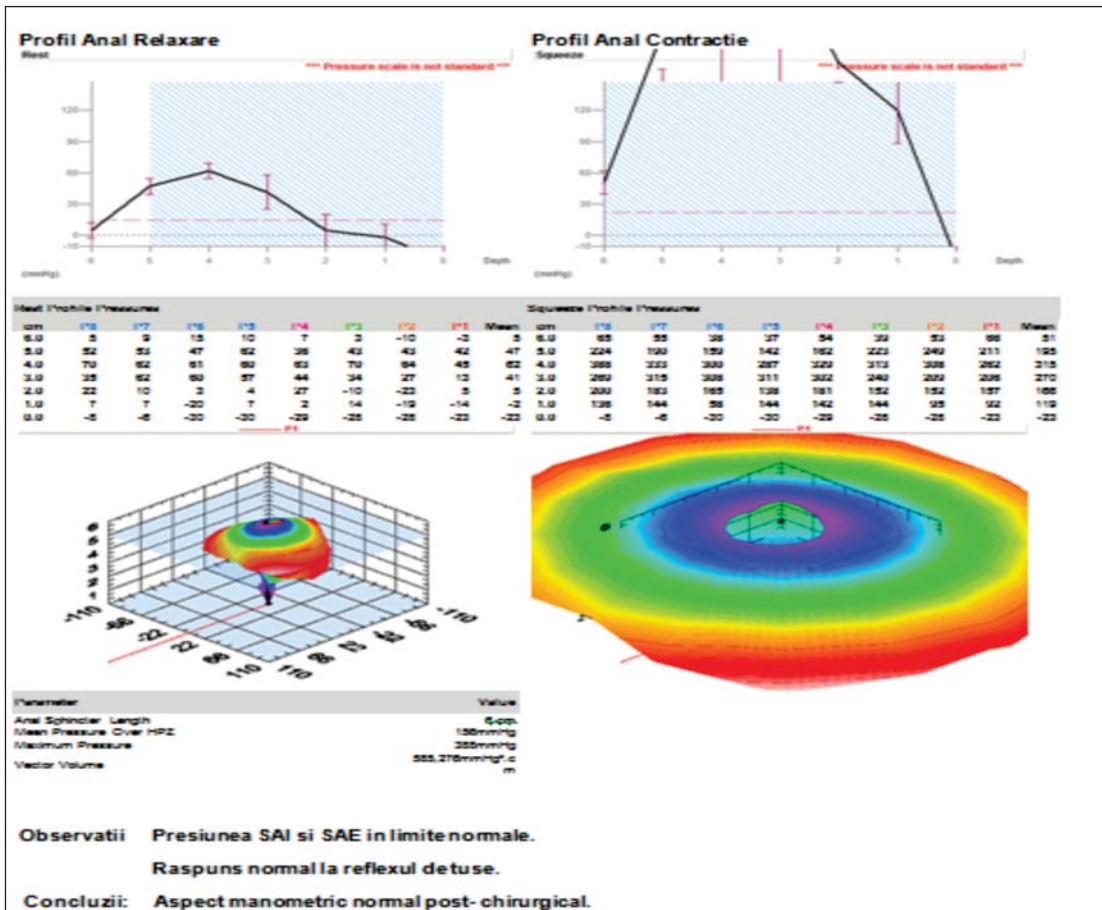


FIGURA 2. Manometrie anală postoperatorie



FIGURA 3. *Fistulă complexă cu două orificii externe*



FIGURA 4. *Fistulectomia*

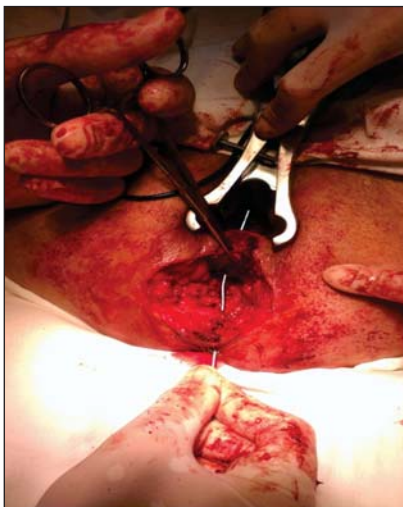


FIGURA 5. *Identificarea orificiului fistulos intern*

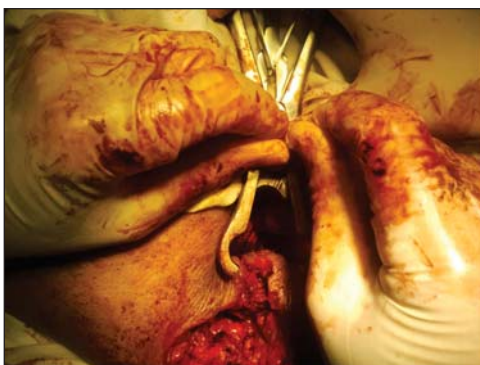


FIGURA 6. *Sutura muco-cutanată*

calitatea vieții pacientului, de aceea tehnicile chirurgicale de tip „sphincter saving“ sunt cele mai folosite, preferându-se astfel prezervarea funcției sfincteriene cu acceptarea unui număr

rezonabil de recidive fistuloase. Putem folosi numeroase tehnici chirurgicale. Sigilarea traiectului fistulos cu material biocompatibil – fibrin glue – prezintă o rată de succes scăzută, între 22 și 33%, avantajul acestei metode fiind reprezentat de relativa ușurință a tehnicii, care poate fi repetată, iar morbiditatea este minimă. De aceea, este considerată a fi prima alegere în tratamentul fistulelor perianale complexe (1).

Plombajul traiectului fistulos cu meșă de colagen (anal fistula plug) este o tehnică care folosește o meșă cilindric-conică de colagen (submucoasă liofilizată de intestin porcine) sau din material sintetic bioabsorbabil (acid poliglicolic). Meșa este introdusă în traiectul fistulos prin orificiul intern după o prealabilă chiuretare a acestuia, cu fixarea la orificiul intern. Meșa este bioabsorbabilă și reprezintă o matrice de fixare și generare de țesut cicatricial care va închide traiectul fistulos. Rezultatele sunt de aproximativ 50% rată de vindecare, cu minim impact asupra funcției sfincteriene (2). Optimizarea rezultatelor privind rata de vindecare se poate obține printr-o selecție a cazurilor (3).

Tratamentul videoasistat al fistulei perianale (VAAFT) are ca principal realizarea acestei tehnici sub directă vizualizare endoluminală, în acest fel putându-se identifica orificiul intern în până la 82% dintre cazuri (4). Utilizarea unui videoendoscop rigid cu diametrul de 3 mm introdus prin orificiul fistulos extern identifică traiectul fistulos principal, dar are avantajul de a decela și alte traiecte secundare care, neidentificate, vor genera recidiva fistuloasă. Asocierea acestei tehnici cu mucoplastie endoanorectală poate crește rata de vindecare. (5)

Ligatura intersfincteriană a traiectului fistulos (LIFT) este considerată a fi o tehnică cu minimă morbiditate, fără risc de incontinență și cu rată scăzută de recidivă (6). Această procedură a fost dezvoltată de Rojanasakul, care susținea în primele studii vindecare până la 94%. (7) Constă în identificarea orificiului intern, disecția în planul intersfincterian cu reperarea traiectului fistulos la acest nivel, ligatură și secționarea acestuia, chiuretajul traiectului fistulos și închiderea plăgii intersfincteriene. Totuși, studii multicentrice ulterioare afirmă rate de vindecare până la 71% cu o perioadă de urmărire postoperatorie între 4 și 19,5 luni (8).

Mucoplastia endoanorectală este considerată în prezent de majoritatea chirurgilor tehnica „gold standard“ în tratamentul fistulelor perianale de origine criptoglandulară, complexe, înalte, transfincteriene, cu orificiul intern situat în jumătatea superioară a sfincterului anal (9).

Această procedură generează minimă morbiditate, fără mortalitate, cu minim impact asupra funcției de continență anală (10). Rata de recurență este cuprinsă între 8 și 40% (11). Îmbunătățirea procentului de vindecare se poate realiza prin repetarea acestei tehnici la pacienții cu recidivă, de la 67% către 90%, fără afectarea continenței sfincteriene (12). Există numeroși factori asociați cu recurență sau incontinență, aceștia fiind fistulele complexe, transfincteriene înalte, intervențiile chirurgicale anterioare, experiența chirurgului, sexul feminin și tipul intervenției chirurgicale (13). Reevaluarea postoperatorie pe termen lung dovedește că această tehnică este sigură în tratamentul fistulelor perianale complexe, aceasta fiind esențială în raportarea corectă a ratei de recurență (14). Vindecarea locală obținută în urma intervenției chirurgicale a condus către obținerea unor re-

zultate mai bune ale testelor de autoevaluare a continenței anale, cu impact favorabil în ceea ce privește îmbunătățirea calității vieții, acesta fiind de altfel obiectivul principal al tratamentului chirurgical al acestui tip de leziune (15).

ACKNOWLEDGEMENT. This paper is partly supported by Sectorial Operational Programme Human Resources Development (SOPHRD), financed by the European Social Fund and the Romanian Government under the contract number POSDRU 141531.

MENȚIUNE. Această lucrare este parțial sprijinită de către Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POSDRU) finanțat din Fondul Social European și de către Guvernul României prin contractual nr. POSDRU 141531.

BIBLIOGRAFIE

- Loungnarath R., Dietz D.W., Mutch M.G., Bimbaum E.H., Kodner I.J., Fleshman J.W.** Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate. *Dis Colon Rectum*. 2004 Apr; 47(4):432-6. Epub 2004 Feb 25
- O'Riordan J.M., Datta I., Johnston C., Baxter N.N.** A systematic review of the anal fistula plug for patients with Chron's and non-Chron's related fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2012 Mar; 55(3):351-8. doi: 10.1097/DCR.0b013e318239d1e4.
- Ratto C., Litta F., Parello A., Donisi L., Zaccone G., De Simone V.** Gore Bio-A Fistula Plug: a new sphincter-sparing procedure for complex anal fistula. *Colorectal Disease*. 01/2012; 14(5):e264-9. DOI:10.1111/j.1463-1318.2012.02964.x
- Meinero P., Mori L.** Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol*. 2012 January 10;16(1):111
- Schwandner O.** Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) combined with advancement flap repair in Crohn's disease. *Tech Coloproctol*. 2013 Apr;17(2):221-5. doi: 10.1007/s10151-012-0921-7. Epub 2012 Nov 23
- Sileri P., Giarratano G., Franceschilli L., Limura E., Perrone F., Stazi A., Toscana C., Gaspari A.L.** Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT): A Minimally Invasive Procedure for Complex Anal Fistula: Two-Year Results of a Prospective Multicentric Study. *Surg Innov*. 2013 Nov 6.
- Rojanasakul A.** LIFT procedure: a simplified technique for fistula in ano. *Tech Coloproctol*. 2009 Sep; 13(3):237-40, Epub 2009 Jul 28.
- Yassin N.A., Hammond T.M., Lunniss P.J., Phillips R.K.** Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. *Colorectal Dis*. 2013 May; 15(5):527-35. doi: 10.1111/codi.12224.
- van Koperen, Janssen P.J., Dijkstra L.W.M., van Dalsen R., Slors A.D., Frederik J.M.** The Anal Fistula Plug versus the mucosal advancement flap for the treatment of Anorectal Fistula (PLUG trial). *BMC Surgery* 2008; 8:11.
- Golub R.W., Wise W.E. Jr, Kerner B.A., Khanduja K.S., Aguilar P.S.** Endorectal mucosal advancement flap: the preferred method for complex cryptoglandular fistula-in-ano. *J Gastrointest Surg*. 1997 Sep-Oct; 1(5):487-91.
- Schouten W.R., Zimmermen D.D., Briel J.W.** Transanal advancement flap repair of transsphincteric fistulas. *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 42, no. 11, pp. 1419-1423, 1999
- Mitalas L.E., Gosselink M.P., Zimmerman D.D., Schouten W.R.** Repeat transanal advancement flap repair: impact on the overall healing rate of high transsphincteric fistulas and on fecal continence. *Dis Colon Rectum*. 2007 Oct; 50(10):1508-11.
- Garcia-Aguilar J., Belmonte C., Wong W.D., Goldberg S.M., Madoff R.D.** Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1996 Jul;39(7):723-9.
- Ozuner G., Hull T.L., Cartmill J., Fazio V.W.** Long-term analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1996 Jan; 39(1):10-4.
- Hossack T., Solomon M.J., Young J.M.** Ano-cutaneous flap repair for complex and recurrent supra-sphincteric anal fistula. *Colorectal Dis*. 2005 Mar; 7(2):187-92.