

14. Rogemont C. L. – J. Chir. (Paris), 1959, Vol. 15, nr. 7., p. 613.
15. Şuteu I., et al. Ulcerul postbulbar perforat // chirurgice, 1981, Vol. 30. nr. 4, p. 273 – 277.
16. Ţurai I., Petrescu C., - Chirurgia (Buc), 1996, Vol. 15, nr.7, p. 613.
17. Zollinger R.M., Keller I. W., - Surg. Clin. N. Amer., 1996, Vol. 46, nr. 5, p. 114.
18. Аруин Л.И. Helicobacter pylori и хронизация гастродуоденальных язв //Клин. Медицина -2000. №3 – стр.60-64.
19. Бужор П.В. Постбульбарная язва. Кишинэу, 2005 стр. 167.
20. Ефименко Н.А., Перегидов С.И., Сухоруков А.Л., Шафалинов В.А. Современные подходы к эндовидеохирургии перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия – 2000. №4. стр.60-62.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL CONTEMPORAN AL FISURILOR ANALE CRONICE

**Vladimir Cereş, Mihail Erlih, Constantin Ţîbîrnă, Galina Pavliuc,
Alexei Baltag, Vitalie Mocan**

Catedra Chirurgie nr.2”, Clinica nr. 2 USMF “Nicolae Testemiţanu

Summary

Contemporary surgical management of chronic anal fissures

Currently there are a lot of methods of treatment of chronic anal fissure (both classical and contemporary as well). However, even with these modern methods, chronic anal fissure remains an actual problem. As definitive treatment, usually resort to anal fissure operation, but even in this case the recurrence rate is 15-20%.

We have implemented an innovative method (patented in 17,09,2004), and obtained better results than existing ones.

We recommend that chronic anal fissure is operated by the method proposed by our clinic.

Rezumat

La ora actuală sunt o mulţime de metode de tratament a fisurii anale cronice (atît clasice, cît şi contemporane). Totuşi, chiar şi cu aceste metode contemporane, fisura anală cronică rămîne o problemă actuală. Ca tratament definitiv, de obicei, se recurge la operarea fisurii anale, dar chiar şi în acest caz rata recurenţei este de 15-20%.

Noi am implementat o metodă inovatoare (patentată în 17,09,2004), şi am obţinut rezultate superioare celor existente.

Recomandăm ca fisura anală cronică să fie operată conform acestei metode propuse de clinica noastră.

Actualitatea temei

În ultimii ani au apărut multe publicaţii dedicate tratamentului chirurgical al fisurii anale cronice. Dar totuşi fisura anală este o ulcerare cronică şi recidivantă a anusului a cărei patologie rămîne încă discutabilă. De cele mai dese ori fisura anală, o ulcerare triunghiulară sau ovalară, este localizată mai frecvent la nivelul comisurii posterioare, apoi la nivelul comisurii anterioare, şi, alteleori, foarte rar se localizează pe o faţă laterală sau bipolară. Acest defect liniar sau triunghiular al canalului anal, cu lungimea de 1-2 cm, se situează în apropierea pliului de trecere, deasupra liniei Hilton, ajungând la linia pectinee sau chiar mai sus de aceasta, fundul ei fiind prezentat de muşchii sfîncterului anal. În evoluţie îndelungată, datorită dezvoltării ţesutului conjunctiv, marginile fisurii devin dure, ţesuturile prezentându-se cu schimbări trofice. În

unghiurile intern și extern se dezvoltă tuberculi limitrofi. Implicarea în procesul cronic a terminațiilor nervoase transformă, practic, fisura anală în ulcer trofic.

Circa 90% este localizată pe comisura posterioară. Boala se întâlnește destul de frecvent, constituind 11,7% în structura afecțiunilor proctologice și ocupând locul 3 după colite și hemoroizi. Mai des suferă femeile (60% din numărul de bolnavi).. Incidența maximală este între vârstele 40 și 60 ani.

Macroscopic, fisura anală se caracterizează prin lezarea mai mult sau mai puțin a epiteliului canalului anal. În formele cronice, pe fundul fisurii se pot observa fibrele transversale albicioase ale sfincterului intern. Microscopic se poate determina la acest nivel resturi epiteliale inflamatorii și/sau leziuni de fibromiozită ale sfincterului. Chiar și astăzi sunt divergențe în explicarea formării fisurii anale. Conform unor autori, formarea fisurii este ca rezultatul infectării resturilor epiteliale embrionare, atribuindu-I acesteia aceeași geneză cu criptita și fistula anală. Conform altor autori, fisura anală se formează în rezultatul ischemiei locale și fibrozitei sfincterului intern. Alți autori insistă asupra rolului preponderant al spasmului sfincterului intern dacă nu ca factor declanșator, atunci ca unul de menținere a fisurii anale. În urma unor studii manometrice efectuate s-a demonstrat prezența unei presiuni ridicate la nivelul canalului anal prin hipertonia sfincterului anal intern. Conform majorității autorilor etiologia fisurii anale se consideră ca fiind rezultatul hipertensiunii și a stazei venoase locale, și nu trebuie să omitem că de cele mai dese ori fisura anală este o ulceratie a mucoasei, care acoperă plachetele hemoroidale, sau alteori ca urmare a trombozei care s-a ulcerat. De menționat faptul că fisura anală apare ca rezultat al lezării mucoasei canalului anal în constipații și diaree. Ca factori predispozanți vom nota colita, proctosigmoidita, enterocolita, hemoroizii. S-a stabilit că la 70% de bolnavi fisura anală se asociază cu alte patologii ale tractului digestiv: gastrite, boala ulceroasă a stomacului și duodenului, colecistite.



În cadrul fisurilor anale frecvent se asociază infecția, care cronicizându-se devine factor adjuvant și care favorizează decolarea marginilor ulceratiei și constituirea unor microabcese submucoase și a unor formațiuni pseudopolipoase endoanale.

Odată constituită fisura anală determină o contractură permanentă a sfincterului anal intern, care împiedică cicatrizarea și imprimă fisurii un caracter evolutiv cronic de ulceratie trofică atonă.

De regulă, fisurile anale vechi sau cu hemoroizi, microabcese, fistule reprezintă indicație pentru tratament chirurgical.

Diagnosticul de fistulă anală se pune în baza datelor obținute din acuze, anamneză, examen fizic proctologic (Inspeția rectului se va începe cu desfacerea atentă a marginilor orificiului anal, unde și se va depista fisura. La tușeul rectal va fi depistat spasmul sfincterului anal, margini dure, caloase ale fisurii) și investigațiile de laborator.

De obicei motivele adresării la medic este triada simptomatică: dureri în timpul și după actul de defecație, spasmul sfincterului anal și hemoragie neimportantă în timpul defecației. Durerile, de obicei, iradiază în sacru, perineu și pot cauza fenomene dizurice, colici intestinale, dismenoree sau provocă accese de stenocardie. Durerile în timpul defecației sunt caracteristice pentru fisurile acute, după defecație - pentru fisurile cronice. De subliniat, că durerile intensive îi fac pe bolnavi să tindă la reținerea defecației, fapt ce cauzează instalarea constipațiilor. Datorită faptului că sunt excitate terminațiile nervoase, examinarea fisurii este dificilă, astfel se formează un cerc vicios: fisura anală generează dureri acute ce sunt cauză a spasmului sfincterului anal care, la rândul său, devine obstacolul principal în cicatrizarea fisurii; sîngerările și senzația de scaun neterminat completează tabloul clinic. În cadrul tușeului rectal se poate determina o indurație locală, iar în anuscopie se poate decela o papilă hipertrofică la extremitatea internă a fisurii anale. Frecvent fisura anală evoluează în puseuri mai mult sau mai puțin lungi, cu perioade de

remisiune aparentă care mimează vindecarea spontană dar care se poate obține numai sub tratament.

Tratamentul are ca scop cuparea durerii și scăderea spasmului sfincterului anal. Tratamentul conservator este eficace în circa 60-70% cazuri și preponderant când este vorba de fisura anală acută. Tratamentul conservator include: reglarea tranzitului intestinal, combaterea constipației (administrare de laxative), igiena locală și alimentară induc o ameliorare, însă de cele mai dese ori este o ameliorare tranzitorie. Nu rareori se administrează analgetice, se efectuează termoprocaturi și fizioterapie. În cazul când nu sunt efective măsurile menționate anterior, frecvent se recurge la blocajul subfascial cu alcool și novocaină, dilatarea forțată a sfincterului, care poate duce la o paraliză temporară a lui și suprimarea spasmului pathologic. În caz de eșec a tratamentului conservator se trece la intervenția chirurgicală, de regulă se efectuează excizia fisurii cu explorările histologice respective asupra țesuturilor îndepărtate.

Metodele chirurgicale de tratament al fisurii anale include dilatarea sau secționarea sfincterului anal intern. O dilatație de patru degete produce o ruptură necontrolată a sfincterului anal, chiar dacă, inițial, poate induce o diminuare a simptomelor. Aproximativ 40% dintre pacienții tratați astfel dezvoltă recurențe, iar o proporție semnificativă dintre ei au o incontinență parțială. Sfincterotomia anală internă lateral este considerată tehnica de elecție de către majoritatea chirurgilor. În cadrul intervenției se neglijează fisura, practicându-se o secțiune musculară de 1,5 cm după o incizie de 1 cm la 1 cm de marginea anală la ora 3. Rezultate sunt bune. Rata recurențelor după astfel de intervenție variază de la 1,3% până la 19,7%.

Obiectivele temei

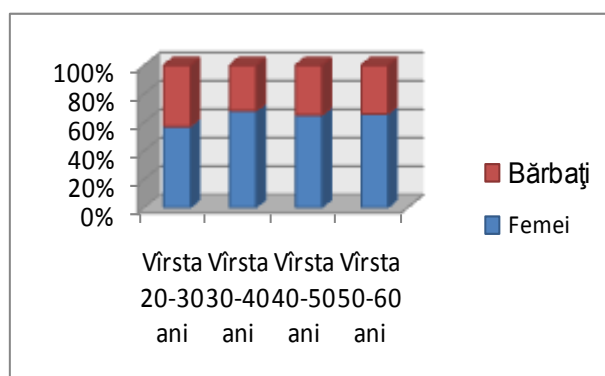
Scopul lucrării este determinarea eficacității metodei inovatoare de tratament chirurgical al fisurii anale cronice (Metoda Gabriel cu modificările propuse de clinica noastră)

Material și metode de cercetare

În studiu au fost implicați bolnavi care au suferau de fisură anală cronică, tratamentul căreia era doar chirurgical. Numărul de bolnavi implicați în studiu a fost de 339, perioada de efectuare a studiului a fost din 2005 până 2009 inclusiv: în 2005 – 62 pacienți, în 2006 – 66 pacienți, în 2007 – 45 pacienți, în 2008 – 79 pacienți, în 2009 – 81 pacienți. Numărul bolnavi care au fost operați în dependență vîrstă a fost: între vîrstele 20-30 ani au fost 30 de pacienți (dintre care 17 femei, 13 bărbați); între vîrstele 30-40 ani – 136 de pacienți (dintre care 92 femei, 44 bărbați); între vîrstele 40-50 ani – 122 de pacienți (dintre care 79 femei, 43 bărbați); între vîrstele 50-60 ani – 51 de pacienți (dintre care 33 femei, 18 bărbați). Cele mai frecvente simptome cu care se adresau pacienții au fost sindrom dolo și spasm sfincterian.

La circa 73% din pacienți era prezent polipul santinelă. Circa 44% dintre pacienți studiați, au fost anterior operați în legătură cu fisura anală cronică și la care au survenit complicații, cea mai frecventă a fost strictura anală. Circa 39% dintre pacienți urmasese anterior metode de tratament contemporane (coagulare cu raze infraroșii, coagulare cu laser etc.).

Metoda care a fost utilizată în timpul intervenției chirurgicale în cadrul acestui studiu, în cazul fisurii anale cronice la 339 pacienți pe parcursul anilor 2005-2009 a fost metoda Gabriel cu modificările propuse de clinica noastră: se efectuează prelucrarea cîmpului operator apoi se excizează marginile fisurii cronice schimbate. După excizie se efectuează hemostaza definitivă a plăgii, sfincterotomia dozată a sfincterului intern la nivel 0,3-0,5 cm, apoi se aplică suturi simple cu fire întrerupte și anume între mucoasa intestinului rect și mijlocul fundului plăgii în plan longitudinal sub un unghi de 45°. Suturele se aplică de ambele margini ale fisurii.



Esența metodei constă în înlăturarea fisurii cu marginile cronic schimbate fără îngustarea lumenului intestinului rect, care provoacă apariția stricturilor, dereglarea tranzitului conținutului intestinal în perioada postoperatorie.

Rezultate

În urma efectuării acestui tip de intervenție chirurgicală (metoda Gabriel cu modificările clinicii noastre) în cazul fisurilor anale cronice, readresări nu au fost pînă în prezent. Numărul de zile internate în secția de proctologie au fost mai puține cu 1-2 zile decît în cazul persoanelor operate după alte metode.

Complicații: În urma acestui tip de intervenție chirurgicală au fost 0,05% paraproctită și 0,08% hemoragie postoperatorie.

Concluzii

Astfel am ajuns la concluzia că metoda propusă de clinica noastră s-a dovedit a fi mult mai eficientă decît cele existente, și, rata complicațiilor este minimă, readresări în legătură cu reoperarea fisurii anale cronice sunt minime sau absente.

Bibliografie

1. Angelescu N. „*Tratat de chirurgie*”, București, 2002;
2. Hotineanu V. „*Chirurgie – curs selectiv*”, Chișinău, 2002, p. 394-424.
3. Bennett RC: Goligher JC. *Results of internal sphincterotomy for anal fissure*. Br Med J 1962;2:1500.
4. Goligher JC: *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. Baillière Tindall, London (5th ed). 1984, pp. 98-149.
5. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S: *Essentials of Anorectal Surgery*. Philadelphia: Lippincott, 1980, pp. 69-85.
6. Goligher JC: *Surgery of the Anus, Rectum and Colon (3rd ed)*. London: Baillière Tindall, 1975, pp. 15, 17, 225.
7. Sarles J.C.: *Fissure anale*, EMC, Techniques chirurgicales (app. Dig.) 40, 700, 2006.
8. Sarles J.C., Cope R. : *Proctologie*, Masson, Paris, 1990
9. Воробьев Г.И. «*Руководство колопроктологии*», РАМН, Москва, 2005, стр.99-109.
10. Воробьев Г.И. , Халифа И.Л.«*Руководство колопроктологии*»,
11. Дробни Ш. «*Хирургия кишечника*», Будапешт, АМН Венгрия, 1983, стр.503-507.
12. Кузин М.И. «*Хирургические болезни*», Москва, 1995;
13. Петровский Б.В. «*Хирургические болезни*», Москва, 1980;
14. Федоров В.Д., Дульцев Ю.Ц., «*Проктология*», Москва, Медицина, 1983;
15. Федоров В.Д., Воробьев Т.И., Рыбкин В.Л. «*Клиническая оперативная колопроктология*», Москва, 1994;
16. Холдин С.А. «*Злокачественные новообразования прямой кишки*», Москва, Медицина, 1955;

ACTUALITĂȚI ÎN TACTICA TRATAMENTULUI RAȚIONAL A BOLII HEMOROIDALE

Vladimir Cereș, Mihail Erlih, Constantin Țîbîrnă, Galina Pavliuc,
Mocan Vitalii, Alexei Baltag

Catedra Chirurgie 2, Clinică nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Approaches in the rational treatment tactics of the hemorrhoidal disease

The current invention is assigned to proctology and may be successfully applied in treatment of the hemorrhoidal pathology, acute anal thrombosis accompanied by hemorrhage and painful syndrome.

The intervention entails use of emptying clysters in the pre-operative period. The operatory surface is treated with antiseptic solution. Then an incision is made on the mucous membrane in the area of the hemorrhoidal nodes, namely at 3,7 and 11 o'clock. The nodes undergo ligation at the level of the hilum and then they undergo excision. Having performed the excision of the nodes, the definitive haemostasis is made the venous abutments are treated. The first suture of the mucous membrane is applied in the abutment region and a ligation is made. Then the next suture is applied passing the threads of the first suture through its knot. They are pulled radially the venous abutment sutured with the intestinal mucous membrane. The rest of wounds is sutured with broken threads. After having treated the wounds, the large intestine is intubated.

Rezumat

Actuala invenție se atribuie proctologiei și poate fi aplicată cu succes în tratarea patologiei hemoroidale, trombozelor anale acute complicate cu hemoragie și sindrom algic.

Esența invenției constă în aceea că se efectuează incizia mucoasei în regiunea nodurilor hemoroidale și anume la ora 3,7 și 11 și se liguează nodulii la nivelul hilului vascular și se excizează, urmează hemostaza definitivă. Se prelucrează bonturile venoase, se suturează mucoasa intestinului cu suturi simple cu fire întrerupte apoi se liguează, urmează următoarea sutură, iar prin nodul ei se trec ațele primei suturi și se trage în direcție radială bontul venos suturat cu mucoasa intestinului, iar restul plăgilor se suturează cu fire întrerupte. Apoi după prelucrarea plăgilor se intubează bontul venos al intestinului gros.

Actualitatea temei

Conceptul clasic, care privește hemoroizii ca dilatații venoase patologice situate în canalul anal, este dificil de schimbat cu toate că există o mulțime de publicații care demonstrează că hemoroizii reprezintă structuri vasculare fiziologice prezente la nivelul canalului anal încă din perioada intrauterină. Circulația sistemică și cea portală asigură un drenaj venos al canalului anal. Vasele din submucoasă situate deasupra liniei pectinate constituie plexul hemoroidal intern din care sângele este drenat prin vasele rectale superioare în vena mezenterică inferioară și de aici în vena portă. Vasele situate dedesubtul liniei pectinate formează plexul hemoroidal extern din care sângele este drenat prin vasele rectale mijlocii în vena iliacă internă și prin venele rectale inferioare în venele rușinoase și de aici în vena iliacă internă. Studii anatomice au demonstrat că principalul drenaj este cel prin circulația sistemică, la acest nivel existând o importantă derivație porto-sistemică, ceea ce explică faptul că doar aproximativ 28% din pacienții cu ciroză decompensată vascular dezvoltă hemoroizi simptomatici. Aceste structuri vasculare reprezintă de fapt comunicări arterio-venoase ceea ce explică hemoragia cu sânge roșu rutilant de tip arterial caracteristică hemoroizilor simptomatici. La majoritatea pacienților cu boală hemoroidală se constată hipertonie sfincteriană cu un ritm de contracție diferit față de cel al subiecților simptomatici. Hipertonia sfincteriană contribuie la congestia venoasă și totodată expune pachetele hemoroidale la forțele mai mari de forfecare în cursul defecației. Studii manometrice și de ultrasonografie endorectală nu au demonstrat o diferență semnificativă între grosimea sfincterului intern la pacienții simptomatici față de grupul martor, de unde concluzia că presiunea