

Dr. Lestár Béla
Szent Rókus Kórház, Sebészeti Osztály
Budapest

Proctológia

Az elmúlt év anyagából néhány témakörben a számomra legérdekesebbnek tartott közleményekből szemezgetek. A témák a proctológia leggyakoribb betegség csoportjait öleli fel.

Aranyér betegség sebészi kezelése

Longo műtét

Az aranyér betegség kezelésében sok ellenérzés után úgy tűnik, hogy a körvarrógéppel elvégzett anopexia egyre szélesebb körben tér nyer. A műtét lényege a következő. Az anorectalis junctio felett közvetlenül a laza nyálkahártyába dohányzacskóültést helyeztünk. Az analis csatornába körvarrógépet helyezünk, a dohányzacskó öltés meghúzása és megcsomózása után a laza anorectalis nyálkahártya a varrógép fejébe kerül. A varrógép elsütése nyálkahártya hengert távolít el. A művelet során a megrövidült nyálkahártya a prolapsusra hajlamos, kiforduló aranyeres csomókat, analis nyálkahártyát az analis csatornába visszahúzza. Ezt az eljárást Longo a 90-es évek végén vezette be, így még több évtizedes követésre nem nyílt lehetőség. A módszer nem alkalmas külső helyzetben már fixált aranyeres csomók repositiójára. Az első időben az eljárásnak sok ellenzője volt, de úgy tűnik, hogy a módszer terjedését nem lehet feltartóztatni. Az egyik ellenérzés az volt, hogy a módszer drága, hisz egy körvarrógépet kell felhasználni. Touzin azonban azt írja, hogy Canadában, egy átlagos kórházban a konvencionális haemorrhoidectomiának és a Longo műtétnek az összesített költsége közel azonos. Mindkét beavatkozást "egy napos sebészet" keretében végzik, míg a konvencionális műtét esetén a műtét utáni hospitalizáció aránya 27% addig a varrógép használat esetén csak 7%. Az adatokat átnézve igaz, hogy a varrógéppel végzett műtét drágább, de a hospitalizáció a konvencionális csoportban többször fordul elő, így végül is összesítve az olcsóbb megoldás drágább lesz. Angliában is egy napos sebészeti ellátás keretében végzik a Longo műtétet. Beattle és társai öt év alatt 168 Longo műtétet végeztek. Az előzetes vizsgálat alapján betegek 65%-át tartották alkalmasnak egy-napos sebészeti beavatkozásra. Az alkalmasnak tartott betegek 87.3% -nál lehetett valójában egy napos sebészeti eljárás keretében a beavatkozást elvégezni. Ez azt jelenti, hogy az össze beteg 56%-a volt végül is alkalmas egy napos beavatkozásra. A Longo-műtét viszonylag egyszerű beavatkozásnak tűnik, de van néhány szempont, mely a sikert lényegesen befolyásolja. Úgy tűnik, hogy a dohányzacskó öltés behelyezése cardinális kérdés. Plocek és társai megfigyelték, ha a varrógép kapocssora a linea dentat közötti távolság kisebb mint 20 mm, akkor a betegek 15 nap után tudtak a munkába visszaállni, míg ha ez a távolság több mint 20 mm, akkor ez az idő 9 nap volt. Az ideális távolság a cikk szerint 22 mm, vagy ennél kevéssel több.

A hazai szűkös anyag helyzetben Svéd cikk mondanivalóját érdemes figyelembe venni. A varrógéppel végzett anopexia (Longo-műtét) helyi érzéstelenítésben is elvégezhető. Liköpingi szerzők (Gerjy és társai) általános anaesthesiában és perianalis blokádban végzett műtét eredményeit hasonlítják össze. A módszer egyszerű, 40 ml 4.75mg/ml ropivacaint adnak közvetlenül a sphincter izomzat mellé mindkét oldalon. A dohányzacskó öltés területére submucosusan 15 ml 2 mg/ml-es ropivacaint adnak. Az általános és lokál anaesthesiában elvégzett műtét idejében nem volt különbség. A helyi érzéstelenítésben végzett beavatkozással minden beteg meg volt elégedve. A fájdalom mérés skáláján mindkét csoport azonos értéket mutatott. A cikk véleménye alapján a Longo-műtétet helyi érzéstelenítésben alacsony szövődmény rátával lehet alkalmazni az egy napos sebészet keretein belül.

Az aranyér betegség körvarrógéppel történt sebészi megoldásának eredményeit a vizsgálata, alkalmazási idő rövideje miatt, csak a közelmúltban történt meg. Németországból, Kielből átfogó tanulmány jelent meg, Jongen J 1998 és 2003 között 654 Longo műtétet végzett, ez az idáig közölt legnagyobb anyag. A közölt eredmények meglepően jók. Az átlagos műtégi idő 21 perc volt. Kielben

nem “egy napos sebészet” keretében végzik a beavatkozást, a műtét utáni kórházban tartózkodás ideje átlagosan 3.6 nap volt. A 30 napon belüli reoperációs arány összesítve 6.4% volt. A korai reoperáció oka főleg vérzés volt. A követés ideje alatt mindössze a betegek 3.4%-a szorult reoperációra az aranyeres csomók kiújult prolapsusa miatt.

Jayaraman és társai a Cochrane Database adatbázisában arra a véleményre jutottak, amikor a körvarrógép használatát és a konvencionális haemorrhoidectomia eredményét hasonlították össze, hogy a varrógép használat a hagyományos műtéttel szemben magasabb recidíva aránnyal jár.

Rectocele, outlet obstructios kezelése

STARR műtét

A magasabb recidíva arány ellenére a körvarrógép használat rohamléptekkel terjed, sőt az indikációs kör is folyamatosan bővül. Olyan országokban ahol a varrógép ára az alkalmazást nem befolyásolja negatívan, ott már nem egy, hanem két varrógépet használnak. A módszer ötletes, melyet nemcsak a betegek, sebészek, hanem a varrógép gyárok is szerethetik. A beavatkozás lényege az, hogy két varrógéppel kétszer annyi szövetet mennyiséget lehet eltávolítani, mint egy varrógéppel. Az egyik varrógéppel a dorsálisan, másikkal a ventralis elhelyezkedő redundans szövetet metszik ki. A kettős varrógép használat neve a STARR (Stapled transanal rectal resection) eljárás. Mint az eljárás neve is mutatja, ebben az esetben már nemcsak a nyálkahártyát, hanem a teljes rectum fal resectiora kerülhet. Ommer és társai szerint ezzel az új eljárással a rectocelet vagy distalis intussusceptiot lehet hatásosan kezelni. A közölt beteganyag egyenlőre nem túl nagy, ebben a cikkben 14 beteg adatát dolgozták fel. Az eredmények jók, minden beteg székürítési képessége javult, szövődmények pedig csekélyek voltak. Az elképzelhető szövődmények lehetőségei azonban meglehetősen nagyok. Rectocele műtete esetén, ha a rectocele enteroceléval is együtt jár, akkor a ventralisan elsütött körvarrógép a rectovaginalis septumba becsúszó egyéb hasi szervekből is egy darabot kicsíphet. Ilyen sérülés lehetőségének a csökkentésére Petersen ötletes megoldást talált ki. Laparoscoppal – tehát hasüreg felől – figyeli mi történik a varrógép használata közben, ügyel arra, nehogy melléksérülés keletkezzen. A kettős körvarrógép használata figyelem középpontjában van. Egyenlőre a módszer alkalmazási köre még pontosan nem tisztázott, hosszú távú követésre pedig még nincs is adat. Konsensus konferencia, melyen a világ vezető szakemberei vettek részt erre hívták fel a figyelmet.

Analís fistula

Az analís fistula általánosan ismert, egyszerűnek tűnő elváltozás. Aki azonban napi rendszerességgel foglalkozik ezen elváltozásokkal pontosan tudja, hogy milyen gyakran van recidíva, és milyen könnyen kialakulhat continentia zavar ezen elváltozások sebészi kezelése során. Pescatori jól dokumentált összehasonlító vizsgálatot végzett abból a célból, hogy a fistulectomia során nyitva hagyott terület gyógyulását figyelje. Az egyik csoportban a kimetszett terület széléit hagyta szabadon sarjadni, másik csoportban a kimetszés szélét tova futó varrattal levarta a sebalapra, marsupializálta. A marsupializált csoportban egyértelműen jobbak voltak az eredmények, pontosabban a postoperatív vérzés ritkábban fordul elő, a sebgyógyulás kedvezőbb volt. Crohn betegségben az analís fistula a betegség szerves része. Egészséges személyeken is az analís fistula rendszer kezelése sok kudarccal, recidívával, széklet tartási zavarral jár, addig ez hatványozottan igaz Crohn betegség talaján kialakult fistula rendszer esetére. Infliximab kezeléssel szemben elvárások nagyok, hisz korábban kimutatták, hogy fistulizáló Crohn betegséget sikerrel lehet kezelni ezzel a módszerrel. Hyder oxfordi szerző Crohn-os perianális fistula rendszer kezelésére alkalmazta az infliximabot. A gyógyszeres kezelés megkezdése előtt anaestheziában az analís csatornát, fistula rendszert megvizsgálta, tályogokat feltárta, a fistula rendszeren nem átvágó, drainage fonalat vezetett át. A második gyógyszeres kezelés után a behelyezett fonalakat eltávolították. A kezelés hatására perianális Crohn aktivitási index lényegesen javult de csak rövid távon. Hosszú távon 17 fistulás beteg közül mindössze 4 esetben gyógyult be a fistula.

Fissura kezelése

Az analis fissura általában a hátsó commissurában kialakult fájdalmas fekély, de kialakulás pontos mechanizmusa nem tisztázott. Van Outryve szerint a fekély ischaemiás jellegű. A fissura kialakulását leggyakrabban a belső záróizom túlműködésével és a túlműködés okozta fiziológiásnál magasabb alapterheléssel magyarázzák. A fissura kialakulásában az obstipációnak, kemény széklet ürítésének is szerepe van. Az analis fissura rendszerint spontán gyógyul, de a gyógyulás hegesedéssel járhat. A kezelés először általában konzervatív csak ezután jön a sebészi megoldás. A sebészi megoldás a laterális sphincterotomia, azaz a belső záróizom részleges átmetszése. A beavatkozás hatására a fissura általában meggyógyul, de a sphincterotomia maradandó incontinentiát is eredményezhet.

Az elmúlt években több hatóanyagot próbáltak alkalmazni arra, hogy a belső záróizom túlműködését átmeneti időre – a fissura begyógyulásáig – felfüggeszse. Daniel F szerint úgy tűnik, hogy a botulinum toxinnal lehet talán a legjobb eredményeket elérni. A beadott hatóanyag egy-három hónapra reversibilis sphincter relaxatiót okoz. A fissurák több mint 70%-a sikerrel gyógyult gyakorlatukban, de recidíva előfordult. Nelson R, Cochrane adatbázis szerkesztője azt találta, hogy konzervatív kezelésnél alkalmazott gyógyszerek hatékonysága közel azonos, de a korábbi cikk jó eredményét bizonyítani nem tudta. Ő csak 48%-os gyógyulást ért el, nitroglycerin tartalmú kenőcsök és a Botox hatékonyságát közel azonosnak találta, de a Botox kevesebb mellékhatással járt. Sajnos ennél még figyelemre méltóbb adat, hogy konzervatív kezelésre gyógyult fissurák 50%-a recidivál adataik szerint. Végső megállapításuk az, hogy gyermekeknél kialakult fissurát, acut fissurát gyógyszeresen kell kezelni, de felnőtteken létrejött chronicus fissurát gyógyszeresen kezelni nem érdemes. Angol szerzők mint például Ayantunde is egyetért azzal, hogy a fissurák kezelésében először gyógyszeres kezeléssel kell megpróbálkozni, de recidív fissura esetén vagy a konzervatív kezelésre nem reagáló fissurák esetén a műtét a választandó kezelési mód.

Analís incontinentia

Székkeltartási képtelenség a beteg számára elkeserítő helyzet. A széklet incontinentia nem önálló kórkép, hanem tünetegyüttes, mely számos okra vezethető vissza. Jó lenne, ha gyógyszeres kezelést lehetne alkalmazni, hisz sebészi megoldásra sok esetben nincs lehetőség. Demirci Franciaországból származó közleménye 287 incontinens beteg adatait vizsgálta. Gyógyszeres kezeléssel 45%-ban, biofeedback kezeléssel 20%-ban, sebészi beavatkozással 35%-ban próbálkoztak. Végső conclusiójuk az volt, hogy a gyógyszeres kezelés akkor segít, ha az incontinentia hasmenéssel vagy obstipációval jár együtt és ezeket a tüneteket kezeljük. Dobben azt találta, hogy széklet incontinentia kezelésre alkalmazott fizioterápia a szorítási nyomást, az analis nyálkahártya érzékenységét és a rectum maximális tolerabilis térfogatát növeli, de sajnos igaz, hogy a javuló analis paraméterek nem járnak együtt szorosan az incontinentia tüneteinek a csökkenésével. Norton C és társai Cochrane adatbázist szerkesztője az incontinentia kezelésére alkalmazott biofeedback kezelés vagy sphincter tréning pontos hatás mechanizmusát bizonyítani nem tudja, véleménye szerint valószínűleg a rectum érzés minősége növekszik. Ismeretes, hogy az incontinentia sebészi kezelése sokszor eredménytelen. Steele szerint szülési sphincter rupturát követően elvégzett elülső sphincter reconstructio után több mint 50%-ban a panaszok kiújulnak. A sebészi helyreállítás eredményességét gát izomzat, pontosabban a levator lemez középvonalban történő összevarrásával lehet fokozni. Így az egyszerű sphincter reconstructio 45%-os eredményességét gát izomzat megerősítésével 71%-ra lehet fokozni. Ezen állítás igazság tartalmát mi is meg tudjuk erősíteni. A sacralis ideg stimuláció az utóbbi évek egyik legjelentősebb vívmánya, mellyel a széklet incontinentia illetve anorectum bizonyos működési zavarából eredő obstipatio kezelhető. Ezt a kezelési módot egyre szélesebb körben alkalmazzák, annak ellenére, hogy a kezelés hatásmechanizmusa nem ismert. Kenefick a londoni, nagy hírű St. Marks kórház tapasztalatát közli. A kezelés technika kivitelezése már évek óta elfogadott. Először ideiglenes behelyezett elektródával és pacemakerrel, ha ez megfelelő hatással működik, akkor véglegesen beültetett elektródákkal és pacemakerrel a sacralis ideghálózatot ingerlik. Az ingerlés módját a hatékonyság függvényében egyénileg határozzák, egyénre szabva állítják be a készüléket. A módszert 19 már 6 éve incontinens

betegnél próbálták ki. Valamennyi betegnél javult a continentia, 14 esetben pedig teljes tünetmentességet értek el. Az analis szorítási nyomás és a rectum sensibilitása növekedett kimérhetően. A módszer négy obstipáló betegnél is kipróbálták. A tünetek átmenetileg minden betegnél, véglegesen pedig 3 betegnél javultak. Ha a stimulációt kikapcsolták, akkor a betegek tünete gyorsan visszatértek, tehát a módszer placebo hatása kizárt. Gourcerol 61 incontinens betegnél próbálta ki ezt a módszert, és a betegek 57%-nál találta a kezelési módot hatásosnak. Vizsgálatuk azt mutatta, hogy főleg neurológiai eredetű incontinentiák esetén volt eredményes a kezelés. Ez a megállapítás logikusnak is tűnik. Az anyagi kérdést nem lehet megkerülni, mibe kerül, ez a korábban hatékonyan nem kezelhető beteg csoport terápiája? Hetzer Svájcban azt találta, hogy az eljárás nem olcsó, de kiemelkedően költség hatékony eljárás az egyéb kezelési módokat összehasonlítva. Harmincegy sacralisan stimulált beteg kezelési költségét alapul véve a kezelés megindítása átlagosan 11.292 Euro volt, majd a kezelés évente további 997 Euróba került., tehát az öt éves kumulatív kezelési költség 22150 Eurót mutatott. Ezzel ellentétben ha pusztán colostomia kialakításra került volna sor, akkor annak öt éves költsége 33996 Euro lett volna. A dinamikus gracilisplasticának – mely nem kockázatmentes, extenzív sebészi beavatkozás – a költsége 31590 Euro. Hazai költségszámítások sajnos még váratnak magukra. Magyarországon, ahol sem a sacralis ideg stimuláció, sem a dinamicus gracilisplasztica nem terjedt el, Wexner csoportjából Colquhoun ajánlása megfontolandó. Colquhoun azt találta, hogy akiknél kezelhetetlen incontinentia miatt colostomát helyeztek fel az életminőségük objectív mérések alapján kimutathatóan lényegesen javult. Ezt korábban is tudtuk, de most ez a tény tudományosan is be lett bizonyítva.

Anorectalis obstipatio

Erről a témáról viszonylag kevés új információt hordozó publikáció jelent meg az elmúlt év során. Székelés alatt létrejött paradox sphincter mozgás már rég óta ismert oka az obstipationnak úgy gyermek, mint felnőtt korban. Székeléskor a záróizomzat helyett, hogy ellazulna kontrakcióba kerül, így zárt sphincter apparatus megakadályozza a széklet szabad kiürülését. Ezt a jelenséget mivel nincs anatómiai vagy kimutatható neurológia eltérés, "mindössze" rossz szokásnak tartják. Mint rossz szokás ez a betegség elvileg jól kezelhető lenne biofeedback módszerrel. Ezt a hipotézist Chiarioni bizonyítani is tudta. Ki tudta mutatni randomizált vizsgálattal, hogy az általa alkalmazott komplex, több lépcsős biofeedback kezelés hatékonyabb, mint a hashajtó vagy mint pusztán izom lazító gyakorlatok vagy izom lazító gyógyszerek. Jó eredményt érdekes, hogy felnőtteknél talált, gyermekek esetén a kezelés kedvező hatását bizonyítani nem tudta.

Irodalom:

- Ayantunde AA, Debrah SA: Current concepts in anal fissures. *World J Surg*, 2006.30 (12):2246-60
- Beattie G.C., McAdam T.K., McIntosh S.A., Loudon M.A.: Day case stapled haemorrhoidopexy for prolapsing haemorrhoids, *Colorectal Dis*. 2006. 8 (1) 56-61
- Chiarioni G, Heymen S, Whitehead WE: Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. *World J Gastroenterol*. 2006. 28 (12)44.7069-74
- Colquhoun P, Kaiser R Jr, Efron J, Weiss EG, Noguera JJ, Vernava AM 3rd, Wexner SD: Is the quality of life better in patient with colostomy than patient with faecal incontinence? *World J Surg*. 2006 30 (1) 1925-8
- Corman ML, Carrierio A, Hager T, Herold A, Jayne DG, Leher PA, Lomanto D, Longo A, Mellgren AF, Nicholls J, Nystrom PO, Senagore AJ, Stuto A, Wexner SD.: Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defecation. *Colorectal Dis*, 2006 8 (2): 98-101
- Daniel F, de Parades V, Siproudhis L, Atienza P: Botulinum toxin and chronic anal fissure. *Gastroenterol Clin Biol*, 2006 30 (5):687-97
- Demeirci S, Gallas S, Bertot-Sassigneux P, Michot F, Denis P, Leroi AM: Anal incontinence: role of medical management. *Gastroenterol Clin Biol*, 2006 30 (8.9):954-60 disorders. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006 Nov. 88 (7):617-23

- Dobben AC, Terra MP, Berghmans B, Deutekom M, Boeckxstaens GE, Janssen LW, Bosuyt PM, Stoker J.: Functional changes after physiotherapy in fecal incontinence. *Int.J. Colorectal Dis.* 2006.21 (6):515-21
- Gerjy R, Derwinger K, Nystrom PO: Peranal local block for stapled anopexy. *Dis Colon Rectum* 2006 49 (12):1914-21
- Gourcerol G, Gallas S, Michot F, Denis P, Leroi AM: Sacral nerve stimulation in fecal incontinence: are there factors associated with success? *Dis Colon Rectum* 2007 50 (1):3-12
- Hyder SA, Travis SP, Jewell DP, McC Mortensen NJ, George BD.: Fistulating anal Crohn's disease: results of combined surgical and infliximad treatment. *Dis Colon Rectum*, 2006 49 (12): 1837-41
- Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA: Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane database Syst Rev.* 2006 Oct.18 (4):CD005393
- Jongen J, Bock JU, Peleikis HG, Eberstein A, Pfister K: Complication and reoperations in stapled anopexy: learning by doing. *Int J Colorectal Dis* 2006 21 (2) 166-171
- Kenefick NJ: Sacral nerve neuromodulation for the treatment of lower bowel motility Nelson R: Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006. 18 (4) CD003431
- Nortom C, Cody JD, Hosker G: Biofeedback and/or sphincter exercise for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane database syst Rev.* 2006.19,3: CD00211
- Ommer A, Albrecht K, Wenger F, Walz MK: Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Langenbecks Arch Surg.* 2006. 391 (1): 32-37
- Pescatori M, Ayabaca sm, Cafaro D, Iannello A, Magrini S.: Marsupialization of fistulotomy and fistulectomy wounds improves healing and decreases bleeding: a randomized controlled trial. *Colorectal Disease* 8. (1) 11-14
- Petersen S, Hellmich G, Schuster A, Lehmann D, Albert W, Ludwig K.: Stapled transanal rectal resection under laparoscopic surveillance for rectocele and concomitant enterocele, *Dis Colon Rectum* 2006, 49 (5):685-9
- Plocek MD, Kondylis LA, Duhan-Floyd N, Reilly JC, Geisler DP, Kondylis PD: Hemorrhoidopexy staple line height predicts return to work. *Dis Colon Rectum.* 2006.49 (12):1905-9
- Steele ST, Lee P, Mullenix PS, martin MJ, Sullivan ES: Is there a role for concomitant pelvic floor repair in patients with sphincter defects in the treatment of fecal incontinence? *Int. J. Colorectal Dis.* 2006.21 (6) 508-14
- Touzin E, Hegge S, McKimley C: Early experience of stapled haemorrhoidectomy in a community hospital setting. *Can J Surg*, 2006 49 (5):316-320
- Van Outryve M: Physiopathology of the anal fissure. *Acta Chir. Belg.* 2006.106 (5):517-8