# «Περιεδρικά συρίγγια»

## Δρ Ρουκουνάκης Νικόλαος

**Επιμελητής Α΄ Χειρουργικού Τμήματος**

### Γ. Ν. Αθηνών «Πολυκλινική»

Το συρίγγιο είναι μια ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ δυο επιθηλιοποιημένων επιφανειών. Το περιεδρικό συρίγγιο είναι η επικοινωνία, που αναπτύσσεται, μεταξύ του πρωκτικού σωλήνα και της επιφάνειας του δέρματος κοντά στον πρωκτό1.

Τα περιεδρικά συρίγγια είναι πιο συχνά στους άνδρες και παρατηρούνται συνήθως στις ηλικίες 20-40 χρονών. Μια πρόσφατη μελέτη, σε τέσσερις Ευρωπαϊκές χώρες, βρήκε ότι 1-3 περιπτώσεις περιεδρικών συριγγίων αντιστοιχούν για κάθε 100.000 πληθυσμού. Στους ασθενείς με νόσο Crohn, η συχνότητα των περιεδρικών συριγγίων μπορεί να είναι > 30-50%. Οι ασθενείς με HIV θα αναπτύξουν ένα περιεδρικό συρίγγιο > 30%. Επίσης, ασθενείς με περιεδρικό απόστημα θα εμφανίσουν συρίγγιο σε μια αναλογία 40-50%2,3.

Τα περιεδρικά συρίγγια προέρχονται συνήθως από τους πρωκτικούς αδένες (αδένες του Chiari), που εντοπίζονται μεταξύ των σφιγκτήρων του πρωκτού (έσω και έξω) και παροχετεύονται στον πρωκτικό σωλήνα στο ύψος της οδοντωτής γραμμής, στις πρωκτικές κρύπτες. Αν ο πόρος αυτών αποφραχθεί ένα απόστημα μπορεί να δημιουργηθεί και να προβάλλει με θορυβώδη συμπτώματα στην επιφάνεια του περιπρωκτικού δέρματος. Ο πόρος, που σχηματίζεται μετά τη διάνοιξη-παροχέτευση του αποστήματος και επικοινωνεί ο πρωκτικός σωλήνας με το δέρμα, είναι το συρίγγιο. Αυτό, το συρίγγιο, περιλαμβάνει ένα έσω στόμιο, στο επίπεδο της οδοντωτής γραμμής, τον πόρο δια των σφιγκτήρων και ένα έξω στόμιο στο περιπρωκτικό δέρμα. Αν το έξω στόμιο του συριγγίου κλείσει, το απόστημα μπορεί να υποτροπιάσει και η διαδικασία επαναλαμβάνεται4.

Τα συμπτώματα του περιεδρικού συριγγίου μπορεί να περιλαμβάνουν πόνο, πυώδη ή αιματηρή έκκριση, κνησμό, ερεθισμό του περιπρωκτικού δέρματος και πυρετό.

Τα περιεδρικά συρίγγια μπορεί να είναι απλά ή πολύπλοκα, να διακλαδίζονται και να έχουν σχέση με τους σφιγκτήρες μυς. Αυτά διακρίνονται ανάλογα με τη θέση τους και τη σχέση τους με τους σφιγκτήρες του πρωκτού σε υποβλεννογόνια, μεσοσφιγκτηριακά, διασφιγκτηριακά, υπερσφιγκτηριακά και εξωσφιγκτηριακά. Επίσης, σύμφωνα με τον κανόνα του Good-sall διακρίνονται σε πρόσθια (απλά με ευθύ πόρο) και οπίσθια, που μπορεί να είναι πολύπλοκα με πολλά στόμια ή πεταλοειδή. Ακόμη, τα διασφιγκτηριακά μπορεί να διακριθούν ανάλογα με το ύψος, που συναντούν τον έξω σφιγκτήρα, σε χαμηλά (εύκολα στην αντιμετώπισή τους) και υψηλά (δύσκολα)5.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Parks, η κύρια αιτία της δημιουργίας των περιεδρικών συριγγίων είναι αποστηματοποίηση των πρωκτικών αδένων6. Ωστόσο, η θεωρία του αμφισβητήθηκε από τους Goligher, Ellis and Pissidis7. Σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι γνωστές οι αιτίες του αποστήματος αν και είναι πιο συχνά στις ακόλουθες λοιμώξεις και καταστάσεις: ν. Crohn, HIV και AIDS, τραύμα (επεμβάσεις, ατύχημα), φυματίωση, ακτινοβολία, σύφιλη, ακτινομυκητίαση και χλαμύδια8.

Η διάγνωση και η εκτίμηση του ασθενούς επιτυγχάνεται συνήθως από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που τα συρίγγια είναι πολύπλοκα είναι απαραίτητο να προσδιορισθεί η ακριβής θέση αυτών, με ειδικές εξετάσεις, που βοηθά στο σχεδιασμό της αντιμετώπισης. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση του περινέου, την ψηλάφηση της περιπρωκτικής περιοχής, τη δακτυλική εξέταση, την πρωκτοσκόπηση, την έγχυση δια του έξω στομίου οξυζενέ ή κυανού του μεθυλενίου και τη μήλωση. Η επισκόπηση μπορεί να αποκαλύψει τη θέση του εξωτερικού στομίου ή στομίων του συριγγίου, ρύπανση ή ερεθισμό του δέρματος και ουλές από προηγούμενες επεμβάσεις. Η ψηλάφηση μπορεί να εντοπίσει ευαισθησία στην περιοχή του έξω στομίου δηλώνοντας ενεργό φλεγμονή ή σκληρία εύρημα χρόνιας φλεγμονής. Η δακτυλική εξέταση προσφέρει πληροφορίες για την εντόπιση του έσω στομίου του συριγγίου, τη λειτουργία και την ακεραιότητα του σφιγκτήρα του πρωκτού (σε σύσπαση) καθώς και σκέψεις για τον τρόπο αντιμετώπισης του συριγγίου ή το σχεδιασμό άλλων εξετάσεων. Η πρωκτοσκόπηση μπορεί να εντοπίσει το έσω στόμιο του συριγγίου ή και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Η έγχυση οξυζενέ ή κυανού του μεθυλενίου, δια του έξω στομίου του συριγγίου, μπορεί να αποκαλύψει τη θέση του έσω στομίου, σημαντικό στοιχείο για το επόμενο βήμα της μήλωσης. Η μήλωση είναι ένας λεπτός χειρισμός στη διαδικασία της αντιμετώπισης του συριγγίου, γιατί η αστοχία του έσω στομίου μπορεί να σημαίνει τη δημιουργία ενός νέου ιατρογενούς συριγγίου. Οι ειδικές εξετάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τη συριγγογραφία, το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα, την αξονική τομογραφία (στην εκτίμηση ορισμένων καταστάσεων ν.Crohn) και τη μαγνητική τομογραφία σε περιπτώσεις πολύπλοκων ή υποτροπιαζόντων συριγγίων. Στην κλινική πράξη το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα είναι η πιο συνηθισμένη προεγχειρητική αλλά και μετεγχειρητική εξέταση, που μας παρέχει πληροφορίες τόσο για την κατάλληλη αντιμετώπιση του συριγγίου, όσο και τη μετεγχειρητική παρακολούθησή του9.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των περιεδρικών συριγγίων είναι συνήθως αναγκαία, αν και μερικά θα επουλωθούν αυτόματα. Η εγχείρηση των συριγγίων πραγματοποιείται υπό γενική, ραχιαία ή τοπική αναισθησία. Η βοήθεια της χειρουργικής θεραπείας είναι η επούλωση του συριγγίου αποφεύγοντας όμως βλάβη του σφιγκτήρα. Η κάκωση του σφιγκτήρα μπορεί να προκαλέσει ακράτεια. Για την επιτυχημένη θεραπεία του συριγγίου απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή ταξινόμησή του και η επιλογή της κατάλληλης αντιμετώπισης. Ποικίλες χειρουργικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση των περιεδρικών συριγγίων, που φαίνονται στον

Πίνακα 1.

I. Χειρουργική αντιμετώπιση με διατομή των σφιγκτήρων.

1. Διατομή του συριγγίου

Συνήθως εφαρμόζεται σε χαμηλά συρίγγια, που είναι και τα πιο συχνά. Ο κίνδυνος ακράτειας ποικίλλει 0-40% και η υποτροπή είναι 7-39%10. Ωστόσο, η υποτροπή στη ν. Crohn φθάνει το 60%10,11.

2. Setons (διασύρτης)

Χειρουργική μέθοδος, που χρησιμοποιούσε ο Ιπποκράτης, πριν από 2500 χρόνια, για την αντιμετώπιση των συριγγίων.

Δυο τύπους setons διακρίνουμε. α) Τη διεκβολή ράμματος δια του συριγγίου, που περιδένεται σφικτά και προοδευτικά σφίγγεται με σκοπό την προοδευτική διατομή των σφιγκτήρων και συγχρόνως την επούλωση της διατομής τους. Το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι ελαφρά ακράτεια (περίπου 20%) κυρίως στα αέρια. β) Τη διεκβολή ράμματος δια του συριγγίου, που κρατείται χαλαρό και επιτρέπει την παροχέτευση αυτού. Αυτή η τακτική ακολουθείται σε υψηλά συρίγγια, κοντά στον ορθοπρωκτικό δακτύλιο, επιτρέποντας την επούλωση και κάνοντας την αντιμετώπισή τους ολιγότερο επιπεπλεγμένη12,13.

II. Χειρουργική αντιμετώπιση με διατήρηση των σφιγκτήρων.

1. Εκτομή του συριγγίου.

2. Χρήση κρημνού βλεννογόνου μετά την εκτομή του συριγγίου. Τα επιτυχημένα αποτελέσματα ποικίλλουν >70%. Όμως, αναφέρεται και ακράτεια, συνήθως ελαφρά, μέχρι 21%14,15.

3. Πωματισμός του συριγγίου. Η επιτυχία της μεθόδου αυτής αναφέρεται >80% ακόμη και σε ασθενείς με ν. Crohn16,17.

4. Έγχυση ειδικής κόλλας στον πόρο του συριγγίου και συρραφή των στομίων του, που βοηθά στην επούλωση διεγείροντας τους ινοβλάστες. Η μέθοδος θεραπείας χρησιμοποιείται πρόσφατα και τα αποτελέσματα ποικίλλουν σε επιτυχία (31-85%). Όμως, όσο η περίοδος παρακολούθησης μακραίνει τα ποσοστά επιτυχίας μειώνονται5,18.

5. Απολίνωση του συριγγώδους πόρου στη μεσοσφιγκτηριακή περιοχή. Σε πρόσφατη μελέτη, αυτή η προσέγγιση θεραπείας των συριγγίων αναφέρει επιτυχία 94% 19.

6. Σύγκλειση του έσω στομίου του συριγγίου με συρραπτικό μηχάνημα και τη βοήθεια video-κάμερας. Η μέθοδος υπόσχεται πολλά, γιατί μπορεί να εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους των συριγγίων αποφεύγοντας την κάκωση του σφιγκτήρα20.

7. Έγχυση κυττάρων “Stem cells”, που βοηθούν στην επούλωση. Η μέθοδος πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε σε πολύπλοκα συρίγγια και σε ν.Crohn με επιτυχία >70%, υποσχόμενη πολλές ελπίδες στη θεραπεία αυτών21.

8. Κολοστομία. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης πολύπλοκων συριγγίων βοηθά στην επούλωσή τους, ιδιαίτερα σε ν.Crohn παρακάμπτοντας το πρόβλημα22.

Οι ασθενείς μετεγχειρητικά μπορεί να εμφανίσουν πόνο, αιμορραγία, επίσχεση ούρων καθώς και διαπύηση τραύματος. Όμως, οι πιο σοβαρές επιπλοκές είναι η ακράτεια, που συνήθως είναι ελαφρά (διατομή συριγγίου, setons, χρήση κρημνού βλεννογόνου) και η υποτροπή των συριγγίων. Οι παράγοντες, που σχετίζονται συνήθως με αυτές τις επιπλοκές είναι τα υψηλά διασφιγκτηριακά, υπερσφιγκτηριακά, εξωσφιγκτηριακά συρίγγια, η αδυναμία αναγνώρισης του έσω στομίου τους και τα υποτροπιάζοντα πολύπλοκα συρίγγια23.

Ο κίνδυνος της διαταραγμένης εγκράτειας στη χειρουργική των συριγγίων ήταν ο κύριος λόγος για την εισαγωγή νέων τεχνικών θεραπείας με διατήρηση του σφιγκτήρα24. Ωστόσο, οι επεμβάσεις αυτές, ενώ μειώνουν τον κίνδυνο της ακράτειας, σχετίζονται με μεγάλη συχνότητα υποτροπής (30-50%)8.

Συμπέρασμα

Το περιεδρικό συρίγγιο συνεχίζει να αποτελεί ένα κλινικό πρόβλημα, αλλά και μια πρόκληση στη χειρουργική με ένα έλλειμμα έρευνας στην κολοπρωκτολογία.

Οι περισσότερες από τις νέες θεραπευτικές τεχνικές δεν έχουν κάποια πειραματική βάση, στην παθοφυσιολογία των συριγγίων και ο ενθουσιασμός της υιοθέτησής τους φαίνεται μάλλον κατευθυνόμενος “industry driven”.

**Πίνακας 1**

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

▪ Διατομή συριγγώδους πόρου (Fistulotomy)

▪ Αφαίρεση συριγγώδους πόρου (Fistulectomy)

▪ Setons

Τεχνικές διατήρησης του σφιγκτήρα

▪ Κρημνός βλεννογόνου

▪ Ειδικές κόλλες

▪ Διάφορα πώματα

Νεότερες τεχνικές

▪ Απολίνωση συριγγώδους πόρου (LIFT)

▪ Σύγκλειση έσω στομίου συριγγίου με συρραπτικό

▪ Έγχυση stem cells “adipose-derived stem cells”

References

1. Ellis H & M. Gastrointestinal and biliary fistulae. In: Schwartz SI & EH, editor. Maingot’s Abdominal Operations. Norwalk, Conneticut: Appleton & Lange, 1989: 315-334.
2. Zanotti C, Martinez-Puente C, Pascual I, Pascual M, Herreros D, Garcia-Olmo D. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. Int J Colorectal Dis 2007, 22: 1459-1462.
3. Kaiser AM. Colorectal Surgery. 1st ed. New York: McGraw-Hill Manual, 2009: 178-181.
4. Pares D. Pathogenesis and treatment of fistula in ano. Br J Surg 2011, 98: 2-3.
5. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: Evidence-Based management. Surg Clin North Am 2010, 90: 45-88.
6. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J 1961, 1: 463-469.
7. Giligher JC, Ellis M, Pissidis AG. A ctitique of anal glandular infection in the aetiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistulas. Br J Surg 1967, 54: 977-983.
8. Dudukgian H, Abcarian H. Why do we have so much trouble treating anal fistula? World J Gastroenterol 2011, 17 (28): 3292-3296.
9. Nelson R. Anorectal abscess fistula: What do we know? Surg Clin North Am 2002, 82: 1139-1151.
10. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. Dis Colon Rectum 2002, 45: 349-353.
11. van der Hagen S, Baeten C, Soeters P, et al. Long-term outcome following mucosal advancement flap for high perianal fistulas and fistulotomy for low perianal fistulas. Recurrent perianal fistulas: failure of treatment or recurrent patient disease? Int J Colorectal Dis 2006, 21: 784-790.
12. Mentes BB, Oktemers S, Tezcaner T, et al. Elastic one-stage cutting seton for the treatment of high anal fistulas: preliminary results. Tech Coloproctol 2004, 8: 259-162.
13. Williams JG, Rothenberger DA. Fistula-in-ano in Crohn’s disease: results of aggressive surgical treatment. Dis Colon Rectum 1991, 34: 378-384.
14. Tyler K, Aarons C, Sentovich S. Successful sphincter-sparing surgery for all anal fistulas. Dis Colon Rectum 2007, 50: 1535-1539.
15. Uribe N, Million M, Minguez M, et al. Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula. Int Colorectal Dis 2007, 22: 259-264.
16. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong D. Efficacy of anal fistula plug vs fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 2006, 49: 371-376.
17. O’Connor L, Champague BJ, Ferguson MA, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn’s anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 2006, 49: 1569-1573.
18. Hammond TM, Grahn MF, Lunnis PJ. Fibrin glue in the management of anal fistulae. Colorectal Dis 2004, 6: 308-319.
19. Rojanasakul A, Pattanaarum J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. J Med Assoc Thai 2007, 90: 581-586.
20. Perez F, Arroyo A, Cardela F, Calpena R. Stapled endorectal mucosectomy for high extrasphincteric fistula-in-ano: Preliminary report. Dis Colon Rectum 2006, 49: 519-523.
21. Garcia-Olmo D, Herreros D, Pascual I, et al. Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a Phase II clinical trial. Dis Colon Rectum 2009, 52: 79-86.
22. Kasparek MS, Glatzle J, Temeltcheva T, Mueller MH, Koenigsrainer A, Kreis ME. Long-term quality of life in patients with Crohn’s disease and perianal fistulas: influence of fecal diversion. Dis Colon Rectum 2007, 50: 2067-2074.
23. Jordan J, Roiq JV, Garcia-Amengol J, Garcia-Gramero E,Solana A, Lledo S. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery. Colorectal Dis 2010, 12: 254-260.
24. Himpson RC, Cohen CR, Sibbons P, Phillips RK. An experimentally successful new sphincter-conserving treatment for anal fistula. Dis Colon Rectum 2009, 602-608.