

Przetoka odbytniczo-pochwowa w następstwie zapalenia uchyłków jelit

Colo vaginal fistula due to diverticulitis

© GinPolMedProject 4 (18) 2010

Artykuł poglądowy/Review article

NEENA PATWARDHAN, USHA SARAIYA

DR. Usha Saraiya's Clinic

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Dr. Usha Saraiya's Clinic

203, Doctor Centre, August Kranti Marg, Above Litolier Shop, Cumballa Hill,
Mumbai – 400 036

E-mail: ninamohini@indiatimes.com; ushasaraiya@hotmail.com

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 1272/1380

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 4

Piśmiennictwo/References 9

Received: 13.07.2010

Accepted: 21.11.2010

Published: 08.12.2010

Streszczenie

Zapalenie uchyłków jelit to często występujące schorzenie okrężnicy esowatej u starszych ludzi. Schorzenie rzadko występuje w Indiach, ale częściej występuje w krajach zachodnich i Australii. Szacuje się, że aż 30% całej populacji powyżej 60 roku życia i 60% powyżej 80 roku życia może mieć zapalenie uchyłków jelit.

W pracy przedstawiono przypadek pacjentki z przetoką odbytniczo-pochwową.

Słowa wstępne: zapalenie uchyłków jelit, przetoka odbytniczo-pochwowa, diagnostyka

Summary

Diverticulosis is a common disorder of the sigmoid colon in the elderly population. The condition is rarely seen in India but more common in Western countries and in Australia. It is estimated that as many as 30% of the population over 60 years of age & 60% over the age of 80 years may have Diverticulosis.

We report herewith a case of Colovaginal fistula.

Key words: diverticulosis, colovaginal fistula, diagnostic

WSTĘP

Zapalenie uchyłków jelit to często występujące schorzenie okrężnicy esowatej u starszych ludzi. Schorzenie rzadko występuje w Indiach, ale częściej występuje w krajach zachodnich i Australii. Szacuje się, że aż 30% całej populacji powyżej 60 roku życia i 60% powyżej 80 roku życia może mieć zapalenie uchyłków jelit. Kiedy pojawia się zapalenie uchyłków, nazywa się to zapaleniem uchyłków jelit. W 1984 roku, biuro Spisu Ludności i Danych Marketingowych podało, że u osób powyżej 60 roku życia istnieje większa zapadalność na zapalenie uchyłków jelit u kobiet niż u mężczyzn. Postuluje się, że estrogeny mogą mieć wpływ ochronny przed tym schorzeniem [1].

Choroba ma charakter chroniczny z kilkoma ostrymi epizodami. Istnieją także mniejsze i większe komplikacje choroby. Do poważnych powikłań należy zaliczyć: niedrożność jelit, perforację jelit i powstanie przetoki. Typy przetok to: odbytniczko-pęcherzowa, odbytniczko-skórna, odbytniczko-pochwowa i odbytniczko-jelitowa w kolejności występowania.

Przetoka odbytniczko-pochwowa nie występuje często. Do marca 1988 roku odnotowano tylko 70 przypadków. Przetoki odbytniczko-pochwowe mogą być spowodowane zapaleniem uchyłków jelit, co jest najczęstszą przyczyną ich występowania. Inne przyczyny to: nowotwory żołądkowo-jelitowe, choroba Crohna, histerektomia, radioterapia, ropień miednicy małej lub z powodu obcego ciała.

Poniżej przedstawiono przypadek pacjentki z przetoką odbytniczko-pochwową. Pacjentka J R, 67 lat, była leczona z powodu obfitych upławów przez dwa miesiące. Wcześniej leczona była na zapalenie uchyłków jelit (był to znany przypadek wśród lekarzy) i została poddana histerektomii 30 lat wcześniej z powodu mięśniaka macicy. Pacjentka nie była pewna czy wykonała całkowitą histerektomię, czy nadpochwową amputację trony macicy, ale była przekonana że jajników nie usunięto.

U pacjentki występowały obfite upławy bez zapachu i była leczona na zanikowe zapalenie pochwy. Przez jakiś czas stan zdrowia uległ poprawie. Wykonano wymaz z szyjki macicy, który stwierdzono stan zapalny. Podczas drugiego badania można było wyczuć stwardnienie i niewielką wyczuwalną masę w górnej części sklepienia pochwy, poszerzającego się w kierunku lewym. W badaniu we wzornikach stwierdzono, brak zmian w pochwie, obfite upławy ze zbliżowanego sklepienia. Wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej i miednicy małej. Wynik był prawidłowy. Nie wykryto żadnej zmiany.

Pacjentka została ponownie poddana leczeniu doxycykliną i metronidazolem. Nie uskarżała się na ból, nie zaobserwowano utraty wagi ciała, ani apetytu. W tym czasie, diagnostyka różnicowa obejmowała: raka szyjki macicy, raka jajnika oraz zapalenie uchyłków jelit z przetoką.

INTRODUCTION

Diverticulosis is a common disorder of the sigmoid colon in the elderly population. The condition is rarely seen in India but more common in Western countries & in Australia. It is estimated that as many as 30% of the population over 60 years of age & 60% over the age of 80 years may have Diverticulosis. When there is inflammation of the Diverticuli, it is called Diverticulitis. Some degree of inflammation is invariably present & therefore one commonly refers to the condition as Diverticulitis. It is interesting to note that in 1984 the office of Population Census & Surveys reported that over age 60 years, there is a higher incidence of Diverticular disease in females than in males. It is postulated that estrogen may offer some protective effect against this condition (quoted by Grissom & Synder [1]).

The disease runs a chronic course with few acute episodes. There are also minor & major complications of the disease. The major complications include Intestinal Obstruction, Perforation and fistula formation. The type of fistulae that form are Colovesical, Colocutaneous, Colovaginal & Coloenteric in order of occurrence.

Colovaginal fistula is an uncommon occurrence. There were only 70 cases reported prior to March 1988. Colovaginal fistulas may be caused by Diverticulitis which is the commonest cause. Other causes include gastrointestinal malignancies, Crohn's disease, hysterectomy, irradiation, pelvic abscess or due to foreign body.

We report herewith a case of Colovaginal fistula.

Mrs. J R aged 67 years was seen for profuse vaginal discharge for 2 months. She was a known case of diverticulitis and had undergone hysterectomy 30 years ago for fibroids. She was not sure whether it was total or subtotal but was sure that ovaries had been preserved.

She had profuse discharge, not foul smelling and was treated as a case of atrophic vaginitis. She improved for sometime. A pap smear was done which was reported as Inflammatory smear. At this second examination it was felt clearly that there was an induration & a small mass palpable at the superior end of the vaginal vault extending towards the left. Speculum examination revealed that although the whole vagina was healthy, there was a copious discharge from the vault which was cicatrized. At that time an abdominal & pelvic ultrasound scan was done. The report was normal. No mass was detected.

Patient was treated again with a course of Doxycycline & metronidazole. She had no pain, no weight loss or loss of appetite. At that time the differential diagnosis was:

- Carcinoma of the stump of cervix
- Ovarian Carcinoma
- Diverticulitis with fistula

Upławy pochwowe były obfite bez zapachu kału. Ponowna cytologia również nie wykazała komórek rakowych. Marker CA 125 był niepodwyższony. Zlecono wykonanie tomografii komputerowej.

Tomografia komputerowa z zastosowaniem kontrastu miała charakter diagnostyczny. Stwierdzono:

1. rozległe zapalenie uchyłków jelit okrężnicy wstępującej (ryc.1, ryc.2.);
2. barwnik w górnej części pochwy i odbytnicy (ryc.3.);
3. barwnik w dolnej części pochwy (ryc.4.).

Badanie potwierdziło obecność przetoki między uchyłkiem jelita i sklepieniem pochwy.

Pacjentka była leczona przez chirurga przewodu pokarmowego. Przeżyła kilka ataków bólu brzucha i ostrą biegunkę. Została ponownie skierowana na badania w kierunku przetoki odbytniczo-pochwowej. Zaproponowano wycięcie części okrężnicy i usunięcie przetoki. Wykonano zabieg operacyjny. Stwierdzono liczne zrosty. Uchyłki jelit były wycinane wzdłuż okrężnicy esowatej bez otwarcia pochwy. Po operacji pacjentka została na oddziale intensywnej terapii. W 5 dobie po zabiegu zostały usunięte drenaży. Pacjentka, przez 5 dni, otrzymywała płyny, czyste płyny przyjmowała doustnie, antybiotyki podawano przez 10 dni.

Pacjentka przeszła bardzo trudny okres pooperacyjny. Stwierdzono zaotrzewnowy ropień, który wymagał drenażu pod kontrolą tomografii komputerowej. Po ośmiu tygodniach wróciła do zdrowia.

The discharge was persistent & profuse, however it did not have any fecal odour. Repeat cytology also did not show any malignant cells. CA – 125 level estimated & it was normal. A CT Scan was then advised.

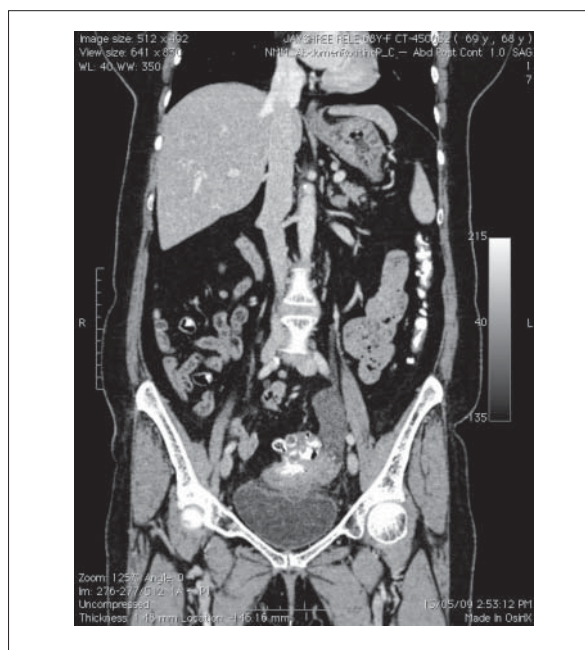
The CT scan with contrast was diagnostic. It showed:

- 1) Extensive diverticulitis of the descending colon (Ref. photo 1 & 2)
- 2) Dye in the upper vagina & rectum (Ref. photo 3)
- 3) Dye in the lower vagina (Ref. photo 4)

Thus it confirmed the presence of fistula between the diverticulum & vault of vagina.

Patient was under the treatment of a Gastro intestinal Surgeon. She had several attacks of abdominal pain & severe diarrhoea. She was referred again in view of colovaginal fistula. She was advised to undergo a hemicolectomy & excision of the fistula. She underwent the surgery. There were dense adhesions. The vagina was not opened when the diverticuli were excised along with the sigmoid. Post operative patient was kept in surgical intensive care unit. Drainage tubes were removed on 5th post operation day. Patient was on IV fluids for 5 days after which clear liquids were started orally, antibiotics were given for 10 days.

Patient had a very morbid post-operative period. She had a retroperitoneal abscess which had to be drained under CT guidance. However she made a good recovery at the end of 8 weeks.



Ryc. 1. Rozległe zapalenie uchyłków jelit okrężnicy wstępującej
Fig. 1. Extensive diverticulitis of the descending colon



Ryc. 2. Rozległe zapalenie uchyłków jelit okrężnicy wstępującej
Fig. 2. Extensive diverticulitis of the descending colon

PRZEGLĄD LITERATURY

Grissom i Snyder [2] dokonali przeglądu przetok odbytniczo-pochwowych związanych z chorobą zapalenia uchyłków jelit. Większość pacjentek przebyła histerektomię i pierwotnie zostały zdiagnozowane poprzez wlew cieniujący z barytu.

Przetoki zazwyczaj powstają w okrężnicy esowatej, ale mogą także powstać w pozostałych częściach okrężnicy. Gowda, Gopithan et al. [3] przedstawiają przypadek przetoki kątniczo-pochwowej po histerektomii. Została ona z powodzeniem wyleczona poprzez laparotomię i usunięcie przetoki.

Te przetoki rzadko zamykają się spontanicznie. Nawet jeżeli zamykają się przez kilka dni, mają tendencje do ponownego otwierania się.

Najczęściej występującym sposobem leczenia jest jednoetapowa i jednosegmentowa resekcja zajętej okrężnicy i podstawowa anastomoza w dobrze przygotowanym jelicie przeprowadzona w planowanym zabiegu. Należy unikać operacji wykonywanej w trybie nagłym. Może być wykonana jeżeli podejrzewa się perforację. W sytuacjach nagłych, jest zalecane całkowite pozajelitowe żywienie i duże dawki antybiotyków aż do momentu stabilizacji stanu pacjentki, gdy będzie można przeprowadzić planowaną operację. Obecnie zostało wprowadzone i jest zalecane laparoskopowe leczenie choroby.

Finco, Sarzo et al. [4] w 2004 roku przedstawili przypadek przetoki odbytniczo-pochwowej, która powstała po przeprowadzeniu histerektomii i była leczona laparoskopowo.

Klarenbeck et al. [5] w 2009 roku opisali resekcję laparoskopową okrężnicy esowatej w przypadku zapalenia uchyłków jelit. Wybór przypadków jest bardzo ważny, aby uzyskać dobre wyniki.

REVIEW OF LITERATURE

Grissom & Snyder [2] have reviewed colovaginal fistulae associated with diverticular disease. Majority of the patients have a history of hysterectomy & are primarily diagnosed by barium enema.

The fistulae are usually from the sigmoid but rest of the colon can be involved. Gowda, Gopithan et al [3] report a case of caecovaginal fistula after hysterectomy. It was successfully treated by Laparotomy & excision of fistulous tract.

These fistulae rarely close spontaneously. Even if they close for a few days, they tend to reopen & start discharging.

The most common modality is one stage segmental resection of the involved colon & primary anastomosis in a well prepared bowel as an elective procedure. Emergency surgery should be avoided. It may be required if a perforation is suspected. In emergency episodes, nasogastric aspiration, total parenteral nutrition & high dose antibiotics are recommended till the patients condition stabilizes & elective surgery can be planned. Currently, Laparoscopic management has been introduced & recommended.

Finco, Sarzo [4] et al in 2004 reported a case of post-hysterectomy colo vaginal fistula treated by Laparoscopy.

Klarenbeck [5] et al in 2009 have described Laparoscopic sigmoid resection for diverticulitis. Selection of cases is very important for good results.



Ryc. 3. Barwnik w górnej części pochwy i odbytnicy
Fig. 3. Dye in the upper vagina & rectum



Ryc. 4. Barwnik w dolnej części pochwy
Fig. 4. Dye in the lower vagina

Większość przypadków powstawania przetok odbytniczno-pochwowych następuje po histerektomii i dotyczą najczęściej okrężnicy esowatej. Okrężnica esowata jest relatywnie bardziej ruchoma od pozostałego jelita grubego i dlatego może bardziej przylegać do sklepienia pochwowego. Gruba ściana macicy chroni przed powstawaniem przetoki. W opracowaniu Woodsa [8] histerektomia została przeprowadzona w 19 (83%) spośród 23 przypadków.

DYSKUSJA

Większość przetok odbytniczno-pochwowych przedstawia się jako przypadki upływów, które mogą być skąpe lub obfite. Może być obecny zapach kału. W wielu przypadkach może dochodzić do wydostawania się gazów z pochwy. Upławy krwiste najbardziej niepokoją pacjentki. Ponieważ są to zwykle kobiety w starszym wieku z wyraźną atrofią pochwy, badanie kliniczne nie zawsze jest satysfakcjonujące. Wskazane byłoby przeprowadzić to badanie w małym pokoju chirurgicznym z dobrym naświetleniem, przy zastosowaniu leków uspokajających i z szerokim zestawem instrumentów różnej wielkości, w celu uwidocznienia górnej części pochwy.

Ultrasonografia pozostaje pierwszą metodą diagnostowania choroby z powodu łatwej dostępności i nieinwazyjności. Zielka A, Hasse C [7] wykazali czułość 84-98% i specyficzność rzędu 80-98%.

Potwierdzające badania diagnostyczne przy zastosowaniu wlewu cieniującego z barytu i tomografii komputerowej z kontrastem. Obecność zaawansowanej choroby zauważona w badaniu tomografii komputerowej jest bardzo przydatna, gdyż dokładnie przewiduje niepowodzenie leczenia i ryzyko wtórnych powikłań. Tomografia komputerowa może pokazać przezścienną i zewnątrzścienną chorobę oraz przylegające narządy, a także przetokę. Stefansson [6] i jego współpracownicy dokonali porównania obrazu tomografii komputerowej wlewu do okrężnicy i laparoskopii w ocenianiu stopnia zaawansowania choroby.

Chociaż badania endoskopowe dolnego odcinka układu pokarmowego mogą wykluczyć złośliwość nowotworu, są one niebezpieczne, gdyż mogą prowadzić do perforacji.

W przypadku zdiagnozowania przetoki wymagana jest operacja jedno lub dwustopniowa przez laparotomię lub laparoskopię j. W zależności od samopoczucia pacjentki i stanu zaawansowania choroby, dokładna procedura leczenia została przez prowadzący zespół chirurgiczny dostosowana do potrzeb indywidualnych pacjentki.

Colock B i Stahmann F et al. [9] opisali 42 przypadki pacjentek z przetoką w wyniku zapalenia uchyłków jelit w okresie 12 lat (1957–1969); 7 spośród tych pacjentek miało przetokę odbytniczno-pochwową, jedna miała przetokę odbytniczno-jelitową i jedna pacjentka miała przetokę odbytniczno-maciczną. Spośród tych 7 pacjentek, 2 miały zachowaną macicę i 5 przeszło histerektomię.

Most cases of colo-vaginal fistulae occur after a hysterectomy and are mostly from the sigmoid colon. The sigmoid colon is relatively more mobile than the rest of the large bowel & therefore more likely to be adherent to the vaginal vault. The thick uterine wall protects against fistula formation. In a study by Woods [8], hysterectomy was done in 19 out of 23 cases (83%).

DISCUSSION

Most colovaginal fistulae present as cases of vaginal discharge. It may be scanty or profuse. There may be a faecal odour, rarely it is frank faeces. Many present with vaginal flatus. Blood stained discharge worries the patient more. Since these are elderly women with marked atrophy, clinical examination is not always satisfactory. It may be worthwhile conducting it in a minor Surgery set up with a good light, mild sedation & with a large array of instruments of various sizes, to expose the upper vagina.

Ultrasonology remains the first line of investigating the disease due to easy availability & non-invasive nature. Zielka A, Hasse C [7] have reported sensitivity 84-98% & specificity of 80-98%.

Diagnostic procedures which are confirmatory include Barium enema & CT Scan with contrast. The presence of severe disease found on CT Scan is prognostically very useful by accurately predicting failure of medical treatment & risk of secondary complications. CT scan has the ability to show transmural & extramural disease & adjacent organs & also fistula. Stefansson [6] & his co-workers have compared CT colonic enema & laparoscopy in evaluating the stage of the disease.

Although lower endoscopy will help in excluding malignancy; it is dangerous as it may lead to perforation.

Once fistula is diagnosed, surgery by one-stage or two-stage either by Laparotomy or Laparoscopy is required. Depending upon condition of the patient and the severity of the disease the exact procedure have to be individualized by the attending surgical team.

Colock B & Stahmann F et al [9] reported 42 patients with fistula due to Diverticulosis in 12 years from 1957-1969, 7 out of these patients were colovaginal, 1 was colenteric and 1 was colouterine. Out of these 7 patients 2 had intact uterus & 5 had undergone hysterectomy.

W celach diagnostycznych zastosowano wlew cieniujący z barytu. Jedna z pacjentek miała przetokę odbytniczo-pochwową powiązaną z przetoką odbytniczo-maciczną i przedstawiono to jako wypadek nagły.

Przetoki mogą pojawić się po operacjach lub spontanicznie. Pacjentki, które przeszły operacje na uchyłkowatość jelit mogą mieć przetokę pooperacyjną, szczególnie jeżeli wycięcie zespolenia nie zostało wykonane.

PODSUMOWANIE

Zapalenie uchyłków jelit będzie coraz częściej spotykane w starzejącej się populacji kobiet. Zapadalność może ulec zmniejszeniu jeżeli kobiety będą zachęcane do stosowania diety bogatej w błonnik pokarmowy przynajmniej 32 gm/dziennie oraz do wzmożonej aktywności fizycznej. Zachowanie prawidłowej funkcji jelit i unikanie zaparć będzie stanowiło sposób leczenia u osób, u których schorzenie zostanie wcześniej wykryte.

Obowiązująca teoria dotycząca patogenezы zapalenia uchyłków jelit mówi, że to schorzenie jest wynikiem stosowania przez całe życie diety ubogo resztkowej. Zaleca się ćwiczenia w celu zwiększenia aktywności motorycznej okrężnicy i zredukowania czasu przejścia treści jelitowej przez okrężnicę.

Należy zachęcać do stosowania wczesnej diagnostyki skomplikowanej lub prostej choroby zapalenia uchyłków jelit poprzez zastosowanie właściwych badań obrazowania. W przypadku wystąpienia przetoki, należy dokonać zabiegu chirurgicznego w obecności multidyscyplinarnego zespołu.

Z uwagi na możliwość nawrotu choroby należy kontynuować pooperacyjne leczenie oraz wymagane jest długoterminowe badanie kontrolne.

Ginekolodzy, którzy zajmują się leczeniem starszych kobiet, powinni być świadomi występowania choroby zapalenia uchyłków jelit i możliwości powstania przetoki.

Ba enema was used for diagnosis. One of the patient had colovaginal combined with coloureteric fistula & presented as an emergency.

Fistulas can be Post surgical or spontaneous. Patients who underwent surgery for diverticulosis may present as post surgical fistula especially if resection anastomosis is not done.

CONCLUSION

Diverticular disease is going to be frequently encountered in an ageing population. The incidence may decrease if diet high in dietary fibre at least 32 gm/ day & increased physical activities are encouraged in elderly population. Regular bowel function & avoidance of constipation will be a form of treatment for early cases.

The prevailing theory of the pathogenesis of diverticulosis is that it is the result of life long exposure to a low residue diet. Exercise is postulated to increase colonic motor activity & reduction in colonic transit time in studies addressing the effect of exercise on colonic function.

Early diagnosis of complicated or uncomplicated diverticular disease by appropriate imaging studies should be encouraged. When fistula occurs, surgical treatment needs to be undertaken with a multidisciplinary team.

Post surgery medical treatment should be continued & long term follow-up is needed in view of recurrence.

Gynecologists who treat graying population should keep in mind the occurrence of diverticular disease with fistula.

Piśmiennictwo / References:

1. **Grissom R, Snyder TE.** Colovaginal fistula secondary to diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1991;34:1043-9.
2. **Gowda M, Gopinath G, Sumitrader BR et al.** Colovaginal fistula following hysterectomy – a case report *Ind J Surg* 2005;67:3301
3. **Finco C, Sarzo G, Parise P et al.** Laparoscopic treatment of post hysterectomy colovaginal fistula in diverticular disease – case report, *Minerva Chic* 2004;Jun; 59(3):301-5.
4. **Klarenbeck BR, Veenhol AA, Bergamaschi R et al.** Laparoscopic sigmoid resection of diverticulitis. *Ann Surg* 2009;249:39-44.
5. **Stefansson T, Nyman R, Nilsson S, Ekblom A, Pahlman L,** Diverticulitis of sigmoid colon – A comparison of CT, colonic enema and Laparoscopy. *Acta Radiol* 1997;38:313-9.
6. **Zielka A, Hassae C, Nies C et al.** Prospective evaluation of ultrasonography in acute colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:889-97.
7. **Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW.** Internal Fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1988;51:591-596.
8. **Colcock B, Stahmann F.** Fistulas complicating diverticular disease of the sigmoid colon, *Ann. Surg.* 1972, Jun;175:838-846.