

Leczenie przetok pochwowo-odbytniczych metodą Hipokratesa

Treatment of rectovaginal fistulas using the Hippocratic method

© GinPolMedProject 3 (29) 2013

Artykuł poglądowy/Review article

JAROSŁAW KAROŃ, AGNIESZKA LEDNIEWSKA

Oddział Ginekologiczno-Położniczy SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu
Kierownik: dr n. med. Jarosław Karoń

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Agnieszka Ledniowska

ul. Roosevelta 2, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

Tel.: +48 77 406 24 53, e-mail: a.ledniowska@interia.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 951/1158

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 0

Piśmiennictwo/References 10

Received: 12.04.2013

Accepted: 07.07.2013

Published: 15.09.2013

Streszczenie

Przetoka odbytniczno-pochwowa stanowi niefizjologiczne połączenie odbytnicy z pochwą. Do powstania tej patologii dochodzi w następstwie urazu okołoporodowego, działań diagnostyczno-terapeutycznych w okolicy odbytniczno-pochwowej, po radioterapii w przebiegu raka szyjki macicy, po źle leczonej infekcji krypt odbytnicy, a także w chorobach zapalnych jelit. Przetoki odbytniczno-pochwowe znane są od dawna. Hipokrates opisywał metody ich leczenia. Trafne były jego spostrzeżenia dotyczące leczenia. Jedną z jego metod stosowaną jest do dzisiaj i nosi nazwę metody Hipokratesa. W pracy zaprezentowano dwa przypadki skutecznego leczenia przetok pochwowo-odbytniczych metodą Hipokratesa.

Słowa kluczowe: przetoka pochwowo-odbytnicza, metoda Hipokratesa, leczenie

Summary

The rectovaginal fistula is a non-physiological connection between the rectum and the vagina. It develops as a consequence of perinatal injury, diagnostic and therapeutic measures in the area in question, after radiotherapy in the course of cervical cancer, as a result of a badly treated crypt-derived infection and also bowel inflammations. Rectovaginal fistulas have been known since antiquity, as it was the father of medicine, Hippocrates, who first described methods of their treatment. The accuracy of his observations regarding the treatment can be surmised from the fact that one of his methods is used to this day and is called the Hippocratic method. The authors present two cases of successful treatment of rectovaginal fistulas using the Hippocratic method.

Key words: rectovaginal fistula, Hippocratic method, treatment

WSTĘP

Przetoka pochwowo-odbytnicza stanowi nieprawidłowe połączenie odbytnicy z pochwą. Do powstania tej patologii dochodzi na skutek urazu okołoporodowego. Sprzyjającymi czynnikami są dysproporcja matczyno-płodowa, pęknięcie krocza III i IV stopnia, porody instrumentalne oraz episiotomia pośrodkowa. Przetoka odbytniczo-pochwowa może również powstać na skutek nieprawidłowo leczonej infekcji krypt w odbytnicy, po radioterapii, jako szkoda jatrogena po zabiegach w obrębie pochwy i odbytnicy/odbytu, w następstwie chorób zapalnych jelit oraz nowotworów okolicy odbytniczo-pochwowej [1,2]. Przetoka odbytniczo-pochwowa wymaga leczenia operacyjnego. Metody leczenia zachowawczego nie dają satysfakcjonujących wyników. Jedynie przetoki poporodowe mają tendencję do samodzielnego zamknięcia [3].

W leczeniu przetok odbytniczo-pochwowych istotny jest wybór terminu operacji. Ostry stan zapalny krocza, zakażenie tkanek okolicy przetoki znacznie utrudniają gojenie się rany pooperacyjnej, dlatego przed wykonaniem operacji zaleca się leczenie zachowawcze, według niektórych autorów trwające nawet do sześciu miesięcy [3]. Przed planowanym leczeniem należy przetoki pochwowo-odbytnicze dokładnie sklasyfikować, aby dobrze dostosować metodę leczniczą do rodzaju przetoki pochwowo-odbytniczej. Literatura podaje kilka sposobów klasyfikacji przetok odbytniczo-pochwowych. Autorzy klasyfikowali przetoki według poniższych podziałów:

Pod względem wielkości – przetoki pochwowo-odbytnicze:

- małe (średnica poniżej 0,5cm)
- średnie (średnica 0,5-2,5 cm)
- duże (średnica powyżej 2,5 cm)

Podział według Parksa (w zależności od ich przebiegu w stosunku do zwieracza zewnętrznego odbytu):

- międzyszwieraczowe
- przszwieraczowe
- nadzwieraczowe
- pozaszwieraczowe

Podział pod względem lokalizacji ujścia w odbytnicy i pochwie:

- niskie - ujście przetoki od strony odbytnicy nieco ponad linią grzebieniastą, od strony pochwy w okolicy przedsionka
- wysokie - ujście w środkowej części odbytnicy, od strony pochwy na wysokości szyjki macicy
- środkowe - lokalizacja pośrednia pomiędzy niskimi i wysokimi

MATERIAŁ I METODA

Do szpitala w Kędzierzynie-Koźlu zostały przyjęte dwie pacjentki z przetokami pochwowo-odbytniczymi. U obu pacjentek przetoki powstały po operacji plastyki pochwy i krocza wykonanej w innym ośrodku. Pacjentki zgłosiły się do oddziału po ośmiu miesiącach od wy-

INTRODUCTION

Rectovaginal fistula is a pathological communication between the rectum and the vagina. The pathology may be a result of a perinatal injury. Maternal-foetal disproportion, 3rd and 4th grade perineal rupture, instrumental delivery and median episiotomy are favouring factors. Rectovaginal fistula may be also a result of improperly treated infection of rectal crypts, may be formed following radiotherapy, as an iatrogenic defect following surgical procedures in the vaginal and recto-vaginal area, as a result of inflammatory conditions of intestines and rectovaginal tumours [1,2]. Rectovaginal fistula requires surgical treatment. Conservative therapeutic options are unsatisfactory. Only perinatal fistulas may have a tendency for spontaneous closure [3].

Proper timing of the surgical procedure is important in therapy of rectovaginal fistulas. Acute perineum inflammation, infection of tissues in the area of the fistula seriously hinder the process of healing of the surgical wound. Therefore, conservative therapy is recommended before the surgery. Some authors suggest that the therapy should last for as long as six months [3]. Before the planned therapy rectovaginal fistulas should be carefully classified to allow appropriate selection of a therapeutic method. There are several classification methods of rectovaginal fistulas provided by the literature. Authors classified fistulas using the following divisions:

In respect to the size of fistula:

- small (diameter below 0.5cm)
- medium (diameter of 0.5-2.5cm)
- large (diameter over 2.5cm)

Parks' classification (depending on course of the fistula in relation to the external anal sphincter):

- intersphincteric
- transsphincteric
- suprasphincteric
- infrasphincteric

The division considering the localisation of opening of the fistula in the rectum and in the vagina:

- low – opening of the fistula in the rectum just over the anal pecten, and in the vagina in the atrial area
- high – opening of the fistula in the middle part of the rectum and at the level of the uterine cervix in the vagina
- middle – an intermediate localisation between low and high

MATERIAL AND METHODS

Two patients with rectovaginal fistulas were admitted to the hospital in Kędzierzyn-Koźle, Poland. In both patients fistulas were a result of plastic surgery of the vagina and perineum, performed in another centre. Patients reported to the hospital eight months after those surgical procedures. They complained at seropurulent and faecal vaginal discharge, inability to hold gas and unpleasant smell, itch and burning sensation in the

konanej operacji, podając w wywiadzie wydalanie przez pochwę treści surowiczo-ropnej, kałowej, niemożności utrzymania gazów oraz nieprzyjemny zapach, świąd i pieczenie w pochwie. Choroba znacznie obniżała jakości życia pacjentek. Obie pacjentki były leczone zachowawczo.

W czasie hospitalizacji wykonano badanie ginekologiczne oraz rektoskopię, które pozwoliły ocenić wielkość i lokalizację przetoki. Przetoki pochwowo-odbytnicze zakwalifikowano, jako małe (międzyzwieraczową, drugą przezzwieraczową). Pacjentki przed zabiegiem operacyjnych przygotowaliśmy stosując antybiotykoterapię, płukanie pochwy (*Betadine*) oraz mechaniczne oczyszczanie jelita grubego.

W leczeniu przetok pochwowo-odbytniczych zastosowano metodę Hipokratesa [5]. Metoda ta polegała na przeprowadzeniu przez kanał przetoki pochwowo-odbytniczej niewchłanianej nici chirurgicznej. Nadmiar nici odcięto, tak aby pozostawione za zewnątrz fragmenty miały długość 8cm. Oba fragmenty nici połączono ze sobą. Na obu niciach zawiązano szwy węzełkowe w odstępach jednocentymetrowych, kierując się od końców nici w górę. Wiązanie szwów zakończono w chwili uzyskania dużego napięcia przełożonej przez kanał przetoki nici. Pacjentki wypisano do domu z zaleceniem higieny krocza oraz doraźnym przyjmowaniem leków przeciwbólowych.

Mocno napięta nitka przełożona przez kanał przetoki odbytniczo-pochwowej powodowała powolne przecinanie tkanek, z następowym włóknieniem (za nicią). Pacjentki zgłaszały się do kontroli po 2 tygodniach od zabiegu. Nić przełożona przez przetokę była luźna, ponieważ doszło do przecięcia tkanki. Powyżej ostatniego założonego szwu węzełkowego założono kolejny, tak aby nitka ponownie była mocno napięta. Zalecono wizytę kontrolną po 2 tygodniach. Czynności te powtarzano w odstępnie dwutygodniowy przez około 6-8 tygodni. Leczenie zakończyło się całkowitym przecięciem tkanek i „wypadnięcia nitki” na zewnątrz. Rana krocza po wypadniętej nitce goiła się przez ziarninowanie.

WYNIKI

U obu operowanych pacjentek leczenie zakończyło się sukcesem. Obie pacjentki w okresie od 6. do 8. tygodni udało się trwale wyleczyć. Pacjentki w trakcie leczenia zgłaszały dolegliwości bólowe okolicy krocza i odbytu – stosowano leki przeciwbólowe. Pacjentki po operacji nie zgłaszały żadnych dolegliwości. Funkcja zwieracza zewnętrznego odbytu po leczeniu była prawidłowa.

DYSKUSJA

Operacje ginekologiczne, urazy okołoporodowe, radioterapia, stany zapalne okolicy odbytu niosą ze sobą ryzyko powstania powikłań ze strony układu pokarmowego i rodowego. Do takich powikłań zalicza się prze-

vagina. The disease caused a serious deterioration of the patients' quality of life. Both patients were treated conservatively.

Gynaecological examination and rectoscopy were performed, allowing assessment of size and localisation of the fistula. Both rectovaginal fistulas were classified as small (one intersphincteric and one transsphincteric). Before surgical procedures both patients were prepared with antibiotic therapy, vaginal lavage (*Betadine*) and mechanical cleaning of the large intestine.

The Hippocrates method was used for the therapy of rectovaginal fistulas [5]. The method consisted in passing of a non-absorbable surgical suture through the fistula canal. Excess of the suture was cut off, to leave 8cm-long external sections. Both fragments of the suture were interconnected. Knots were tied on both sutures in 1cm intervals, from ends of the suture upwards. Knots tightening was concluded when the suture passed through the fistula canal was tense. Patients were discharged to home with recommendations of perineal hygiene and analgesic medication in case of pain.

The tense suture passed through the rectovaginal fistula canal caused a slow cut of tissue, followed by their fibrosis (behind the suture). Patients had a control visit 2 weeks after the procedure. The suture passed through the fistula was loose, because the tissue was cut. Another knot was tied over the last one, to achieve tension of the suture. The next control visit was scheduled in two weeks. The procedure was repeated with two-weeks intervals for 6-8 weeks. The therapy caused finally a complete cut of the tissue and release of the suture. The perineal wound caused by the suture healed by granulation.

RESULTS

In both patients the surgical procedure was successful. A complete cure was achieved in both cases within 6 to 8 weeks. During the therapy both patients complained about pain in the perineal and anal area – analgesics were applied. After the surgery none of patients reported any complaints. The function of external anal sphincter was normal after conclusion of the therapy.

DISCUSSION

Gynaecological procedures, perinatal injuries, inflammatory conditions in the anal area are associated with the risk of complications in the alimentary tract and the reproductive system. One of those complications is rectovaginal fistula. It is a relatively rare condition, accounting for less than 5% of fistulas in the anal area, causing a serious deterioration of social, emotional and sexual life [5].

tokę odbytniczo-pochwową. Jest to stosunkowo rzadka choroba, stanowiąca mniej niż 5% przetok okolicy odbytu, znacznie pogarszająca jakość życia społecznego, emocjonalnego oraz seksualnego [5]. Tło fizjopatologiczne przetok odbytniczo-pochwowych jest zróżnicowane. Część z nich powstaje na skutek martwicy w następstwie bezpośredniego urazu lub nieprawidłowego zaopatrzenia chirurgicznego miejsca urazu. Przetoki popromienne związane są z rozpadem tkanek na skutek leczenia energią promienistą. W tkankach przetoki odbytniczo-pochwowej toczy się ostry proces zapalny, tworzą się ogniska zakażenia oraz martwicy. Należy więc w pierwszym etapie wdrożyć leczenie zachowawcze celem opanowania ostrego stanu zapalnego.

Preparowanie tkanek w tym okresie jest bardzo trudne lub nawet niemożliwe, a procesy gojenia pooperacyjnego znacznie utrudnione. Wiele autorów postuluje więc odroczenie leczenia operacyjnego nawet do sześciu miesięcy [6]. W dostępnym piśmiennictwie opisano wiele technik operacyjnego leczenia przetok pochwowo-odbytniczych. Wielu autorów podkreśla, że miarą uzyskania sukcesu jest odpowiedni dobór techniki operacji do etiologii, lokalizacji oraz wielkości przetoki odbytniczo-pochwowej. Istnieją dwie drogi dostępu operacyjnego brzuszny i pochwowy. Przetoki usytuowane wysoko, powstałe jatrogenie udaje się skutecznie wyleczyć wykonując operacje z dostępu brzuszego w 95% przypadków, co opisali Van der Hagen SJ i wsp. [7]. Przetoki w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, popromienne, w przebiegu choroby nowotworowej operuje się również drogą brzuszną, często wyłaniając kolostomię, ileostomię lub wykonując resekcję jelita sposobem Hartmana. Przetoki zakwalifikowane, jako średnie oraz niskie operuje się z dostępu kroczonego wykorzystując różne techniki operacyjne. Technika z użyciem uszypułowanego płata śluzówki przedniej ściany pochwy pozwala wyleczyć 85% pacjentek [8]. Nieco gorszą skuteczność operacyjną uzyskuje się wprowadzając do kanału przetoki zatyczki typu Surgisist. Dzięki tej metodzie udaje się zamknąć 57% przetok odbytniczo-pochwowych [9]. Użycie kleju tkankowego pozwala zamknąć do 38% przetok [10]. W pracy opisującej skuteczność leczenia przetok pochwowo-odbytniczych metodą Hipokratesa, profesor A. Dziki i wsp. przedstawili dwa przypadki skutecznego leczenia przetok pochwowo-odbytniczych tą metodą [5]. Doświadczenia własne zachęcają do dalszych prób leczenia przetok metodą Hipokratesa u wyselekcjonowanych pacjentek.

Pathophysiological background of rectovaginal fistulas is variable. Some of them are a result of necrosis developed following an injury or an improper surgical management of a site of injury. Radiation-induced fistulas are a result of tissue decomposition caused by radiation. There is an acute inflammatory process present in tissues of the rectovaginal fistula. Infection foci and necrosis follows. Therefore, on the first stage of management, a conservative therapy should be introduced aimed at liquidation of an acute inflammation.

Tissue preparation during that period is difficult or even impossible, and processes of post-surgical healing largely hindered. For that reason, many authors postulate postponing the surgical treatment for as long as six months [6]. There are many techniques of surgical therapy of rectovaginal fistulas described in the available literature. Many authors stress the importance of appropriate selection of a surgical technique for aetiology, localisation and size of the rectovaginal fistula. There are two surgical access routes: abdominal and vaginal. In 95% of cases fistulas positioned high, of iatrogenic origin, may be successfully treated using the abdominal access, described by Van der Hagen SJ et al. [7]. Fistulas occurring in course of Crohn's disease, of radiation origin, and associated with tumours are also treated with the abdominal access, often with exteriorisation of a colostomy, ileostomy or intestinal resection using the Hartman's method. Fistulas qualified as middle and low are treated using the perineal access, and using various surgical techniques. The technique with pedunculated flap of anterior vaginal mucosa allows to cure 85% of patients [8]. A slightly inferior surgical efficacy is achieved with introduction of a Surgisist-type plug into the fistula canal. The method allows closure of 57% of rectovaginal fistulas [9]. Application of a tissue adhesive allows closure of 38% of fistulas [10]. In their paper on efficacy of the therapy of rectovaginal fistulas with the Hippocrates method Professor A. Dziki et al. presented two cases of successful therapy of rectovaginal fistulas using that method [5]. Our own experience encourage further attempts to treat fistulas in selected patients using the Hippocrates method.

WNIOSKI

1. Leczenie przetoki odbytniczo-pochwowej metodą Hipokratesa jest skutecznym sposobem postępowania w przypadku przetok odbytniczo-pochwowych małych i niskich. Metoda leczenia jest prosta i tania, wymaga od pacjentki dużego zdyscyplinowania.
2. Zadawalające wyniki leczenia przetok metodą Hipokratesa zachęcają do stosowania jej u wyselekcjonowanych pacjentek.

CONCLUSIONS

1. Therapy of rectovaginal fistula using the Hippocrates method is an effective management method in case of small and low rectovaginal fistulas. The method is simple and inexpensive, yet requires high level of discipline from the patient.
2. Successful outcomes of the therapy using the Hippocrates method encourage its use in selected patients.

Piśmiennictwo / References:

1. **Zaczek T, Palczak R, Teleszyński W i wsp.** Powikłania po operacyjnym leczeniu inwazyjnego raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 1986;(57)2:144-147.
2. **Senatore JP.** Anovaginal fistulae *Surg. Clin. North. Am.* 1994,74,1361-1375.
3. **Góral R.** Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL. Warszawa. 1993, 337-342, 415-417
4. **Bernstein M.** Rectovaginal fistula. In John L Cameron, ed.: *Current surgical therapy*. 6th ed. St Louis, Mosby, 1998,294-298.
5. **Wojtysiak J, Trzeciński R, Dzik A.** Przetoki odbytniczo-pochwowe, *Gastroenterologia Polska*, 1999,6(4) 301-305.
6. **Van der Hagen SJ, Soeters SB, Baeten CG, et al.** Laparoscopic fistula excision and omentoplasty for high rectovaginal fistulas: a prospective study of 40 patients. *Int J Colorectal Dis.* 2011 Nov;26(11):1463-7. Epub 2011 Jun 24.
7. **Kodner IJ, Mazor R, Shemesh EL, et al.** Endorectal advancement flap repair of rectovaginal and other complicated anorectal fistulas. *Surgery*, 1993,114, 682-689.
8. **Vankatesh KS, Ramanujam P.** Fibrin glue application in the treatment of recurrent anorectal fistula. *Dis Colon Rectum.* 1999 Sep;42(9):1136-9.
9. **Gonsalves S, Sagar P, Lengyel J, et al.** Assessment of the efficacy of the rectovaginal button fistula plug for the treatment of ileal pouch-vaginal and rectovaginal fistulas. *Dic Colon Rectum.* 2009;52(11):1877-81.
10. **Loungarath R, Dietz DW, Mutch MG.** Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate. *Dis Colon Rectum.* 2004Apr(4): 432-6. Epub2004 Feb 25.