

Diagnostyka i leczenie szczelin odbytu w podstawowej opiece zdrowotnej

Anal fissures diagnosis and management in primary care

Ilek. Oskar Puk

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy

■ **Słowa kluczowe:** szczeliny odbytu, leczenie, diagnostyka, żel proktologiczny, nitrogliceryna, blokery kanałów wapniowych.

■ **Keywords:** anal fissures, treatment, diagnostics, proctological gel, nitroglycerin, calcium channel blockers.

■ **Abstract:** Anal fissures affects about 10% of the population and can be a very bothersome disease that is difficult to treat. Anal fissures are the most often a single, narrow, and regular epithelial lesion located in the posterior midline. Multiple, extensive and/or irregular fissures require extended diagnostics as they may be the result of another disease, e.g. rectal cancer or inflammatory bowel disease. Anal fissures manifest by pain when passing stools, which lasts 1-2 hours after defecation. It is often accompanied by bleeding with fresh blood, itching and irritation of the rectal mucosa. The main element of diagnostics is the digital rectal examination, in which attention should be paid to the presence of secretions, incisors, fistulas, ulcers, rectal prolapse, hemorrhoids, skin eruptions, condylomas and nodules. Treatment includes the consumption of fiber and adequate hydration in order to avoid constipation and soothing topical agents. If pain is persistent and extensive, patients may also be prescribed ointments with an anesthetic. If above-mentioned treatment is unsuccessful, physician may prescribe ointments with nitroglycerin, diltiazem or nifedipine in order to relax the internal anal sphincter. In the case of failure of conservative treatment, persistent fissure and pain, patients should be referred to a specialist.

■ Wprowadzenie

Szczelina odbytu to owrzodzenie lub rozdarcie nabłonka płaskiego dystalnej części kanału odbytu. Najczęściej zlokalizowana jest ona w linii pośrodkowej, na godzinie 6 przy ułożeniu pacjenta jak do badania ginekologicznego [1,2]. Szczelina odbytu jest najczęściej pojedynczym, wąskim i regularnym uszkodzeniem nabłonka. Rozdarcia/owrzodzenia mnogie, duże i/lub nieregularne są nietypowe i wymagają pogłębionej diagnostyki [2].

Wyróżniamy **szczelinę odbytu ostrą**, która powstaje nagle, w wyniku szybkiego, niepowalającego na adaptację rozwierania śluzówki i zwieracza odbytu [1,2]. Szczelina ta jest wąska, z dobrze odgraniczonymi brzegami.

Szczelina odbytu przewlekła to szczelina nawrotowa i/lub utrzymująca się powyżej 4 tygodni, choć okres uznania szczeliny za przewlekłą różni się w publikacjach i wynosi od 4 do 12 tygodni [3]. Szczelina przewlekła ma charakterystyczny obraz anatomiczny, miano-

wicie widoczne na dnie szczeliny włókna zwieracza wewnętrznego odbytu, uniesione brzegi i położony zewnętrznie fałd skórny, zwany guzkiem wartowniczym [1,2].

■ Epidemiologia i etiopatogeneza

Szczelina odbytu występuje najczęściej u osób między drugą a czwartą dekadą życia i dotyka w równym stopniu kobiet i mężczyzn [4]. W krajach rozwiniętych co dziesiąta osoba w ciągu swojego życia będzie cierpiała na szczelinę odbytu [4]. Występowanie szczelin odbytu jest dwa razy częstsze wśród osób z guzkami krwawniczymi [3].

Ostre szczeliny odbytu powstają w wyniku nagłego, silnego rozciągnięcia śluzówki i zwieraczy odbytu, które nie daje im czasu na odpowiednią adaptację [1-3]. Najczęściej rozwarcie to jest wynikiem wydalania twardych mas kałowych. Szczególnie wrażliwy na rozerwanie jest nabłonek w obrębie ogniska zapalnego lub zmieniony anatomicznie/osłabiony w wyniku choroby hemoroidalnej. U sporej części osób ostre szczeliny odbytu leczą się samoistnie, o ile nie utrzymuje się czynnik drażniący, np. w postaci częstych zaparć i oddawania twardego stolca. Jednak u niektórych, pozornie bez uchwytnej przyczyny, szczelina odbytu leczy się wolno, utrzymuje się i/lub nawraca. Naukowcy wykazali, że takie osoby mają większe napięcie zwieracza wewnętrznego odbytu, który najprawdopodobniej poprzez ucisk naczyń krwionośnych błony śluzowej powoduje niedostateczne ukrwienie rany i zaburzenie procesów naprawczych [2,3,5]. Kolejnym, bardziej oczywistym powodem wykształcenia się przewlekłej szczeliny odbytu jest infekcja.

■ Diagnostyka i objawy

Typowym objawem zgłaszanym przez pacjenta ze szczeliną odbytu jest silny, kłujący ból przy oddawaniu stolca, utrzymujący się przez 1-2 godz. po wypróżnieniu [1-3]. Ponadto może mu towarzyszyć krótkotrwałe krwawienie, obecność świeżej krwi na stolcu, papierze toaletowym [1]. Szczelinie odbytu może towarzyszyć także po-

drażnienie, które może objawiać się np. świądem, czy bólem przy dotyku.

Rozpoznanie opiera się na wywiadzie: charakterystycznych objawach i obecności czynników ryzyka – takich jak częste zaparcia, urazy mechaniczne i guzki krwawnicze, ale najważniejszym elementem diagnostyki jest badanie *per rectum*. Badanie to powinno być wykonane u pacjenta leżącego w pozycji bocznej z kolanami podkurczonymi do klatki piersiowej, ułożonego najlepiej na lewym boku [3]. Podczas badania lekarz powinien zwrócić uwagę na oznaki świądu z przeczosami, obecność wydzieliny, przetok, owrzodzeń, guzków krwawniczych, wykwitów skórnych, kłykcin kończystych i guzków, wypadanie odbytnicy. Ponadto w trakcie badania należy ocenić napięcie zwieraczy i ból przy wprowadzeniu palca oraz obecność guzków odbytnicy i konsystencję stolca. Warto zauważyć, że badanie *per rectum* może być bardzo bolesne i często nie jest tolerowane u pacjentów ze szczelinami odbytu. Typowym znaleziskiem w badaniu *per rectum* jest opisane powyżej podłużne rozdarcie w kanale odbytu w linii pośrodkowej, dystalnie do linii zębatej.

Szczelinę odbytu należy różnicować z:

- guzkami krwawniczymi,
- zakrzepicą brzeżną,
- wykrzepionym hemoroidem,
- świądem odbytu,
- chorobami zapalnymi jelit,
- ropniem odbytnicy,
- przetoką okołoodbytniczą,
- torbielą włosowatą,
- rakiem odbytnicy.

Szczelina odbytu może także powstać w wyniku chorób infekcyjnych, takich jak gruźlica, kiła, AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Rozdarcia/owrzodzenia mnogie, duże i/lub nieregularne są nietypowe dla szczeliny odbytu i przemawiają za etiologią nowotworową lub zapalną, np. w wyniku choroby Leśniow-

skiego-Crohna, dlatego wymagają pogłębienia diagnostyki o badania obrazowe i endoskopowe [3].

■ Leczenie

Podstawowym elementem leczenia szczeliny odbytu jest **modyfikacja diety i stylu życia**. Zalecane jest spożywanie 18-30 g błonnika na dobę w celu prawidłowego formowania się stolca i unikania zaparc [3-5].

Pomocne w tym celu mogą być **środki przeczyszczające osmotycznie czynne**, np. makrogole, czy laktuloza. W przypadku laktulozy należy pamiętać, że na efekt trzeba poczekać 24-48 godz., a częstym skutkiem ubocznym są uciążliwe dla pacjentów wzdęcia. Pacjenci powinni zadbać także o spożywanie odpowiedniej ilości wody (1,5-2 l).

Zalecane są trwające ok. 10 minut **nasiaćdówki w ciepłej wodzie z mydlinami** po każdym oddaniu stolca i wieczorem przed snem. Mają one na celu zapobieganie zakażeniom szczeliny oraz – poprzez temperaturę – rozluźnienie zwieracza wewnętrznego odbytu [3-4].

Pacjenci mogą także stosować **maści łagodzące i nawilżające**, ułatwiające oddanie stolca i łagodzące świąd i pieczenie, które może towarzyszyć szczelinie odbytu. Niestety niewiele jest doniesień naukowych na temat skuteczności tego typu środków miejscowych w leczeniu szczeliny odbytu, niemniej jednak są one powszechnie stosowane w leczeniu choroby hemoroidalnej. Między innymi Joksimovic i wsp. przeprowadzili podwójnie zaślepienie, randomizowane badanie kliniczne, mające na celu określenie efektu miejscowego stosowania żelu zawierającego **kwasy hialuronowy, olejek z krzewu herbacianego** (*Melaleuca alternifolia*) oraz **metylosulfonylometan** w porównaniu do placebo [6]. Naukowcy wykazali, że stosowanie tego typu żelu przez minimum 14 dni, dwa razy dziennie, powoduje znaczną redukcję dolegliwości bólowych, krwawienia, świądu i podrażnienia błony śluzowej odbytnicy [6]. Ponad-

to badający zaobserwowali znaczną redukcję obrzęku i zaczerwienienia błony śluzowej, wskazującą na ograniczenie stanu zapalnego [6]. W związku z powyższym, pomimo braku odpowiednich badań naukowych, można przypuścić, że żel zawierający kwas hialuronowy, olejek z krzewu herbacianego (*Melaleuca alternifolia*) oraz metylosulfonylometan będzie również skuteczny w leczeniu szczeliny odbytu, poprawiając komfort życia pacjentów.

Zgodne z tym przypuszczeniem istnieją doniesienia wskazujące, że połączenie odpowiedniej diety oraz ciepłych nasiadówek ze środkami działającymi miejscowo, np. żelami proktologicznymi, redukuje przeciążenia mechaniczne śluzówki odbytnicy, ułatwiając jej zagojenie i prowadząc do wyleczenia szczeliny odbytu w 16-68% przypadków [3-5]. Różnice w skuteczności tego typu leczenia zachowawczego w badaniach naukowych wynikają najprawdopodobniej z różnego zaangażowania pacjentów w leczenie i niekonsekwentnego stosowania się do zaleceń.

W przypadku preparatów działających miejscowo należy także zwrócić uwagę na **wyciągi z rumianku** (*Matricaria Chamomilla*), bogate m.in. w bisabolol [7]. Środki tego typu są używane w leczeniu guzków krwawniczych już od starożytności, ze względu na właściwości przeciwzapalne, przeciwbakteryjne i spazmolityczne [7]. To właśnie bisabolol odpowiedzialny jest za rozkurcz mięśniówki gładkiej, który jest bardzo pożądanym w leczeniu szczelin odbytu, biorąc pod uwagę opisany powyżej patomechanizm i fakt, że zwieracz wewnętrzny odbytu jest mięśniem gładkim [7]. Dlatego preparaty bogate w bisabolol mogą przynieść szczególne korzyści pacjentom ze szczeliną odbytu, co jednak wymaga potwierdzenia w badaniach klinicznych.

Gdy u pacjentów występują silne dolegliwości bólowe, można zastosować **żel ze środkiem znieczulającym**, np. 5% lidokainą [3,4].

Jeśli to leczenie okaże się nieskuteczne, można pacjentowi zalecić stosowanie miejscowe

PROCTO-ZAC®

NOWOŚĆ!

NOWA TERAPIA W LECZENIU OBJAWÓW HEMOROIDÓW I SZCELIN ODBYTU



HAMUJE BÓL

**ZMNIJSZA
KRWAWIENIA**

LIKWIDUJE ŚWIĄD

TERAPIA 7 DNI

Nowa innowacyjna terapia walki z hemoroidami o wysokiej skuteczności, efekt już po 7 dniach regularnego stosowania.

WSKAZANIA: hemoroidy zewnętrzne i wewnętrzne, szczeliny odbytu. Łagodzi podrażnienia odbytu i działa nawilżająco.



Produkt otrzymał międzynarodową nagrodę **BID Quality Commitment Award of Innovation and Excellence** w kategorii Gold, na Światowej Konwencji Quality Commitment w Paryżu w 2019 roku.

www.stophemoroidom.pl



Dostępny również w wersji

spray
96%
skuteczności

Hexanova®

maści z nitrogliceryną lub blokerami kanału wapniowego.

Badania wykazały, że **maść z nitrogliceryną** w stężeniu 0,1-0,4%, stosowana dwa razy dziennie przez 6-8 tygodni powoduje wyleczenie ok. 50-60% pacjentów [3-5]. Jednakże nitrogliceryna u ok. 50% pacjentów wywoływała bóle głowy, a ich występowanie zwiększało się wraz ze stężeniem związku aktywnego [3].

W przypadku **blokerów kanału wapniowego**, maści z diltiazemem w stężeniu 2% lub nifedypiną w stężeniu 0,2-0,5%, stosowane dwa/trzy razy dziennie maksymalnie przez 12 tygodni miały podobną skuteczność w leczeniu szczeliny odbytu, wynoszącą ok. 60-88% [3-5]. Blokery kanału wapniowego rzadziej niż nitrogliceryna powodują bóle głowy, ale mogą wywoływać podrażnienie śluzówki odbytnicy [3-5].

Działanie nitrogliceryny i blokerów kanałów wapniowych polega na rozluźnianiu zwieracza wewnętrznego odbytu, co poprawia ukrwienie błony śluzowej i umożliwia jej zagojenie.

Jeśli wszystkie powyższe metody leczenia zawiodą, można pacjenta skierować **na zabieg iniekcji toksyny botulinowej w zwieracz wewnętrzny odbytu**. Skuteczność tej metody wynosi ok. 75%, ale wiąże się z takimi efektami ubocznymi jak nietrzymanie gazów (ok. 18%), czy nietrzymanie stolca (0,5-1%) [3-5].

W przypadku pacjentów ze szczelinami odbytu opornymi na leczenie, ze znacznymi, nieustępującymi dolegliwościami bólowymi, czy postępującym owrzodzeniem, można zastosować **leczenie operacyjne** polegające na bocznej sfinkterotomii zwieracza wewnętrznego odbytu [3-5].

■ Kiedy skierować pacjenta do specjalisty?

W przypadku leczenia zachowawczego szczeliny odbytu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej skierowanie pacjenta do poradni proktologicznej/gastroenterologicznej lub innej jest konieczne w przypadku:

- utrzymującej się szczeliny odbytu u dzieci, pomimo odpowiedniego leczenia, powyżej 2 tygodni;
- dolegliwości bólowych u dorosłych utrzymujących się powyżej 8 tygodni;
- gdy u dorosłego pacjenta szczelina odbytu utrzymuje się powyżej 16 tygodni;
- podejrzenia, że szczelina odbytu jest wtórna i powstała w wyniku np. raka odbytnicy, choroby Leśniowskiego-Crohna, kiły, itp.

■ Podsumowanie

Szczelina odbytu dotyka ok. 10% społeczeństwa i może być bardzo uciążliwym, trudno leczącym się schorzeniem.

Jest ona najczęściej pojedynczym uszkodzeniem błony śluzowej odbytu, zlokalizowanym w linii pośrodkowej, powstającym w wyniku urazu mechanicznego lub choroby przewlekłej.

Objawia się bolesnym oddawaniem stolca, często z towarzyszącym krwawieniem świeżą krwią, świądem i podrażnieniem.

Głównym elementem diagnostyki jest badanie *per rectum*. W leczeniu zachowawczym stosuje się spożywanie błonnika i odpowiednie nawadnianie się, w celu unikania zaparć oraz łagodzące środki do stosowania miejscowego. Nie ma badań określających skuteczność poszczególnych preparatów w leczeniu tej jednostki chorobowej, niemniej jednak żel zawierający kwas hialuronowy, olejek z krzewu herbacianego (*Melaleuca alternifolia*) oraz metylosulfonylometan okazał się skuteczny w leczeniu choroby hemoroidalnej, więc połączenie to może być korzystne również dla chorych ze szczeliną odbytu.

Pacjentom tym można także zalecić maści ze środkiem znieczulającym, a w przypadku utrudnionego gojenia również maści z nitrogliceryną, diltiazemem lub nifedypiną w celu rozluźnienia zwieracza wewnętrznego odbytu.

W przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego, utrzymującej się szczeliny i dolegliwości bólowych należy pacjenta skierować do poradni specjalistycznej.

Szczeliny mnogie, rozległe i/lub nieregularne wymagają pogłębionej diagnostyki, ponieważ mogą być wynikiem innej choroby, np. raka odbytnicy, czy choroby zapalnej jelit. © P

lek. Oskar Puk
oskar.p.puk@gmail.com
Nadesłano: 26-10-2021

Piśmiennictwo:

1. Noszczyk, W, & Andziak, P. Szczelina odbytu. In: Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021 (Vol. 2), pp. 911–912.
2. Nelson RL. Anal fissure (chronic). *BMJ Clin Evid.* 2014 Nov 12;2014:0407. PMID: 25391392; PMCID: PMC4229958.
3. Mathur N, Qureshi W. Anal fissure management by the gastroenterologist. *Curr Opin Gastroenterol.* 2020 Jan;36(1):19-24. doi: 10.1097/MOG.0000000000000599. PMID: 31688336.
4. Newman M, Collie M. Anal fissure: diagnosis, management, and referral in primary care. *Br J Gen Pract.* 2019 Aug;69(685):409-410. doi: 10.3399/bjgp19X704957. PMID: 31345824; PMCID: PMC6650108.
5. Cross KL, Massey EJ, Fowler AL, Monson JR; ACPGIBI. The management of anal fissure: ACPGIBI position statement. *Colorectal Dis.* 2008 Nov;10 Suppl 3:1-7. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01681.x. PMID: 18954306.
6. Joksimovic N, Spasovski G, Joksimovic V, Andreevski V, Zuccari C, Omini CF. Efficacy and tolerability of hyaluronic acid, tea tree oil and methyl-sulfonyl-methane in a new gel medical device for treatment of haemorrhoids in a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Updates Surg.* 2012 Sep;64(3):195-201. doi: 10.1007/s13304-012-0153-4. Epub 2012 Apr 11. PMID: 22492249.
7. Matławska, I. Farmakognozja: podręcznik dla studentów farmacji. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2008.