

Kirurgisk behandling av analfissur

Sammendrag

Bakgrunn. Analfissur er en svært smertefull tilstand. Uten tilheling ved medikamentell behandling er kirurgi indisert.

Materiale og metode. Et retrospektivt materiale på 34 pasienter (median alder 42 år) behandlet med subkutan lateral intern sfinkterotomi (n = 27) og anal dilatasjon (n = 7) i perioden 1992–2002 presenteres. Pasientene besvarte spørsmål om smerter, anal inkontinens og resultatet av behandlingen.

Resultater. Ingen pasienter (n = 34) hadde komplikasjoner eller fikk ytterligere behandling for analfissur. Median smerteskårer før og 73 måneder etter behandling var 7,3 (0–10) og 0 (0–5) (p = 0,00). Inndelt etter sfinkterotomi (n = 27) og anal dilatasjon (n = 7) var tallene 7,8 (0–10) og 0 (0–5) (p = 0,00) versus 6 (3–10) og 2 (0–2) (p = 0,01). Alle pasienter hadde reduksjon i smerteskårer. Inkontinensskåre etter behandling var uforandret. To pasienter (7 %), tidligere analdilatert eller strålebehandlet, fikk fekal lekkasje etter sfinkterotomi. Relativt flere pasienter ble helt bra etter sfinkterotomi (n = 18; 67 %) enn etter anal dilatasjon (n = 4; 57 %).

Fortolkning. Sfinkterotomi gir bedre smertelindring ved analfissur enn dilatasjon. Risikoen for anal inkontinens kan reduseres ved å benyttes kortere sfinkterotomi, svarende til analfissurens lengde.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Erlend Landsend

Egil Johnson

egil.johnson@ulleval.no

Hans-Olaf Johannessen

Erik Carlsen

Gastrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Analfissur er en spastisk og svært smertefull tilstand med en hudsprekke lokalisert ytterst og vanligvis baktil i analkanalen. Tilstanden er vanligst blant voksne i alderen 30–50 år (1), men forekommer i alle aldersgrupper og like ofte blant kvinner som blant menn.

Det viktigste symptomet er sterke og dels utholdelige smerter som utløses ved avføring. De kan vare i flere timer. I tillegg har pasientene pruritus ani og episoder med spormengder lyserødt blod ved avføring.

Rundt 90 % av akutte analfissurer tilheler spontant innen seks uker (1), de øvrige defineres som kronisk analfissur. Karakteristisk ved kronisk analfissur er en hudtagg lokalisert rett kaudalt for selve fissuren.

Årsaken til analfissur er ukjent. Tilstanden har økt insidens (1) ved hypertoni og iskemi i den interne analsfinkter og etter vaginalfødsel.

Prinsippet ved medikamentell og kirurgisk behandling er å redusere spasmen og hviletrykket i den interne analsfinkter. Nitroglyserin (glyseryltrinitrat)-salve (2) applisert mot anus er vanligvis brukt, sjeldnere injeksjon av botulinumtoksin (3) i sfinkter. Nye medikamenter som kalsiumblokkeren diltiazem (4, 5) eller kolinergt virkende bethanechol (5) i gelformulering angis å ha færre bivirkninger enn nitroglyserin. Ved bivirkninger eller manglende tilheling av analfissuren er kirurgi eneste mulighet for disse pasientene.

Basert på en spørreundersøkelse presenteres langtidsresultatene ved subkutan lateral intern sfinkterotomi og anal dilatasjon.

Materiale og metoder

47 pasienter behandlet for analfissur i perioden 1992–2002 ble etterundersøkt med retrospektiv journalgjennomgang og utsendelse av spørreskjema i august 2002. Fulgt opp ble 34 pasienter (72 %) (20 kvinner), som besvarte et skjema per brev (n = 20) eller per telefon (n = 14). Median alder var 42 år (spredning 19–63 år), median postoperativ observasjonstid 73 måneder (spredning

4–124 md.). Skjemaet inneholdt spørsmål om smerter og anal inkontinens, bruk av nitroglyserinsalve, residiv, ytterligere behandlinger og vurdering av resultatet. Smerteskalaen gikk fra 0 poeng (ingen smerte) til 10 poeng (verst tenkelige smerte).

Anal inkontinens ble beregnet med en validert inkontinensskåre (6), hvor 0 poeng tilsvarende normal kontinens og 24 poeng total inkontinens. Kun 11 av pasientene (32 %) var undersøkt poliklinisk få måneder etterpå. Hos 14 pasienter (41 %) hadde nitroglyserinsalve påsmurt anus ikke virket smertelindrende.

Tidligere hadde to pasienter fått residiv av analfissur etter anal dilatasjon. Sju pasienter hadde dessuten hemoroider. Seks pasienter fikk analfissur etter inngrep for hemoroider (n = 5) og etter fødsel (n = 1). 29 pasienter (85 %) hadde kronisk analfissur behandlet dagkirurgisk, fem fikk akutt analfissur behandlet i sykehusavdeling. Kronisk og akutt analfissur ble slått sammen til én diagnostisk gruppe. Fissuren var lokalisert analt kl 6 (n = 32), kl 12 (n = 1) eller to separate steder (n = 1).

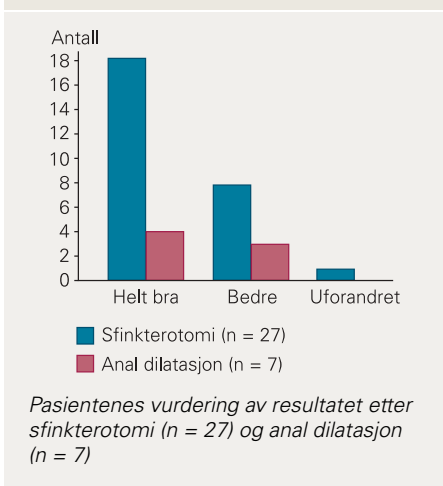
Behandlingen ble utført i narkose. Ved subkutan lateral intern sfinkterotomi (n = 27) ble interne sfinkter spaltet, vanligvis til øvre avgrensning ved linea dentata. Hos flertallet (n = 22) ble spalten lokalisert til kl 3 i anus. Sfinkterotomiens lengde varierte fra ca. 0,5 cm til ca. 2,0 cm. Anal dilatasjon (n = 7) ble utført med to til fire fingrer. Operasjonstype ble valgt ut fra kirurgenes (n = 17) preferanse. Hos to ble anal dilatasjon begrunnet med vid anus og kort sfinkter. Symptomvarigheten var median ett år (spredning 0–7 år).

Smerte- og inkontinensskåre er angitt ved medianverdi og spredning. Sammenlikning av kontinuerlige variabler ble gjort med Wilcoxon's test.

! Hovedbudskap

- Analfissur er en svært smertefull tilstand
- Ved manglende effekt av medikamentell behandling er kirurgi indisert
- Sfinkterotomi gir bedre smertelindring enn anal dilatasjon for analfissur
- Sfinkterotomiens lengde bør begrenses

Figur 1



Resultater

Smertor

Smerteskåre for pasientene (n = 34) før og median 73 måneder etter behandlingen var 7,3 (0–10) og 0 (0–5) (p = 0,00). Inndelt etter sfinkterotomi (n = 27) og anal dilatasjon (n = 7) var smerteskåre 7,8 (0–10) og 0 (0–5) (p = 0,00) versus 6 (3–10) og 2 (0–2) (p = 0,01). Alle pasienter hadde reduksjon i smerteskåre – ingen smerte (n = 20), 1–2 poeng (n = 10), 2,5–3 poeng (n = 3), 5 poeng (n = 1).

Det var ingen sårinfeksjon etter sfinkterotomi, men et ubehandlet ikke-smertegivende residiv av analfissur ble registrert.

Anal inkontinens

Inkontinensskåre før og etter behandling for alle pasientene var uforandret, med 0 (0–13) og 0 (0–18). Tilsvarende skåre inndelt etter sfinkterotomi (n = 27) og analdilatasjon (n = 7) var 0 (0–13) og 0 (0–18) versus 0 (0–9) og 0 (0–6). Etter behandling var skåren redusert hos fire, uforandret hos 28 og vesentlig økt hos to pasienter. En 31-årig kvinne fikk økning i skåre fra 0 til 13 poeng. Hun hadde tidligere fått eksidert analfissuren og var analdilatert tre ganger. En 65-årig mann fikk økning i skåre fra 0 til 18 poeng. Han var strålebehandlet for prostatacancer og fikk utført en sfinkterotomi opp til linea dentata. Samme antall pasienter (n = 32)

kunne utsette avføring minst 15 minutter før og etter behandling. Imidlertid angav to pasienter at de fikk og to andre at de mistet denne evnen ved behandling. Ti pasienter hadde forstyrrelse i inkontinensforhold, åtte før og ti etter behandling (tab 1).

Behandlingsresultat

Selv om de analdilarte (n = 7) var en liten gruppe sammenliknet med de sfinkterotomerte (n = 27), ble en større andel pasienter helt bra (fig 1) etter sfinkterotomi.

Diskusjon

Kirurgisk behandling av analfissur gir god og varig smertelindring, men med en viss risiko for anal inkontinens.

To pasienter (7%) med fekal lekkasje etter sfinkterotomi var tidligere analdilatert tre ganger eller strålebehandlet for carcinoma prostatae. Særlig ved svekket sfinktermuskulatur og nevropati må sfinkterotomiens lengde begrenses (7) for å redusere risikoen for inkontinens. Skreddersydd sfinkterotomi med spalting av interne sfinkter tilsvarende fissurens lengde (inntil 5 mm) gir mindre inkontinens og like god smertelindring og tilheling som lengre sfinkterotomi (inntil 15–20 mm) til linea dentata (7).

Tre pasienter fikk faktisk sjeldnere lekkasje av fast avføring (tab 1) etter behandling, et holdepunkt for at analfissur per se forstyrrer fysiologien som er nødvendig for full kontinens.

Anal dilatasjon gav ikke økt inkontinens sammenliknet med med sfinkterotomi i vårt materiale, men tallmaterialet er lite (n = 7). Frekvens av rapportert lekkasje av luft og avføring etter anal dilatasjon er inntil 39% og 16% (1, 8), mens inkontinensratene vanligvis er mindre enn 10% etter sfinkterotomi (7–9). Denne forskjellen skyldes hovedsakelig at anal dilatasjon, med bruk av to til fire fingrer, innebærer en ikke-kontrollerbar svekkelse av interne sfinkter.

Selv om antall dilaterte pasienter (n = 7) er lavt sammenliknet med antall sfinkterotomerte (n = 27), var reduksjonen i smerteskåre etter behandling henholdsvis 4 og 7,8 poeng. Dette funn kan kanskje forklare at flere pasienter rapporterte å være helt bra etter sfinkterotomi (n = 18; 67%) enn etter anal dilatasjon (n = 4; 57%).

Materialet viser gode senresultater ved subkutan lateral intern sfinkterotomi for analfissur. For å redusere risikoen for anal inkontinens benyttes nå kortere sfinkterotomi, svarende til analfissurens lengde.

Litteratur

- Jonas M, Scholefield JH. Anal fissure. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 167–81.
- Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick SJD, Melville D, Phillips RKS. Randomised controlled trial shows that glyceryl trinitrate heals anal fissures, higher doses are not more effective, and there is a high recurrence rate. *Gut* 1999; 44: 727–30.
- Gui D, Cassetta E, Anastasio G, Bentivoglio AR, Maria G, Albanese A. Botulinum toxin for chronic anal fissure. *Lancet* 1994; 344: 1127–8.
- Kocher HM, Steward M, Leather AJ, Cullen PT. Randomized clinical trial assessing the side-effects of glyceryl trinitrate and diltiazem hydrochloride in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg* 2002; 89: 413–7.
- Carapeti EA, Kamm MA, Phillips RK. Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure and heal anal fissures without side effects. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1359–62.
- Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999; 44: 77–80.
- Littlejohn DRG, Newstead GL. Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1439–42.
- Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MR. Manual dilatation of the anus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano: results of a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 420–3.
- Argov S, Levandovsky O. Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure. *Am J Surg* 2000; 179: 201–2.

Tabell 1 Antall pasienter med inkontinenssymptomer før (n = 8) og etter (n = 10) behandling for analfissur. Preoperativt (venstre kolonne) og postoperativt (høyre kolonne)

Situasjon	Sjelden	Hver måned	Hver uke	Alltid	Totalt
Lekkasje – fast avføring	0–4	0–1	0–1	4–1	4–7
Lekkasje – løs avføring	3–3	0–2	1–1	0–0	4–6
Lekkasje – luft	2–1	1–2	2–3	3–3	8–9
Må ta hensyn til gjøremål	1–1	1–2	0–0	2–1	4–4
	Ja				
Må bruke bleie/plugg	0–1				
Bruker stoppende medisin	0–0				
Kan ikke utsette avføring > 15 min	2–2				