

## АНОРЕКТАЛНИ АПСЦЕС И ПАРААНАЛНА ФИСТУЛА - ПРАКТИЧНИ ПАРАМЕТРИ

Мољевић Н., Вуковић М., Вељковић Р.

Клинички центар Нови Сад, Институт за хирургију, Клиника за абдоминалну и ендокрину хирургију

## ANORECTAL ABSCESS AND FISTULA-IN-ANO - PRACTICE PARAMETERS

Мољевић Н., Вуковић М., Вељковић Р.

Clinical Center Novi Sad, Institute for Surgery, Clinic for abdominal and endocrine surgery

### SUMMARY

Anorectal abscesses and fistulas are problems that are commonly encountered together. Occasionally, their management can prove to be formidable, constantly challenging the clinical and surgical skills of the practicing surgeon. This article reviews the etiology, presentation, and treatment of anorectal abscesses and fistulas.

**Key words:** Anorectal abscess, Fistula-in-ano, Practice parameters.

### САЖЕТАК

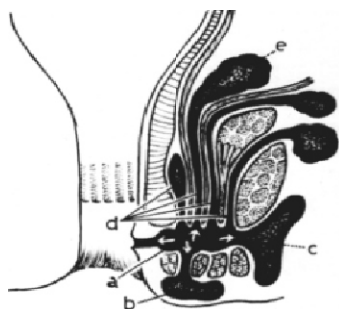
Аноректални апсцес и параанална фистула су хируршки проблем које често сусрећемо заједно. Њихово постојање се тешко доказује и сталан су изазов клиничкој и хируршкој вештини али и практичној хирургији. Предмет овог рада је етиологија, клиничка слика и лечење аноректалног апсцеса и парааналне фистуле.

**Кључне речи:** Аноректални апсцес, Параанална фистула, Практични параметри.

### ПАРААНАЛНИ АПСЦЕС

#### *Патогенеза*

Инфекција парааналних жлезда је најчешћи узрок (90%) настајања парааналних апсцеса. Анатомија ових жлезда је варијабилна. Њихов канал обложен цилиндричним епителом који секретује мукус, може да се грана, слепо завршава или се може наћи мала цистична дилатација на терминалном делу. Сви се празне у базу аналних крипти. Аналне жлезде би биле академски интересантне да се неке од њих не гранају у унутрашњи сфинктер, а половина њих пролази унутрашњи сфинктер и завршавају у централном интерсфинктеричном простору, који представља раскрсницу даљем ширењу инфекције. Дужина и правац канала жлезда је различит,



Слика 1 - Путиње ширења инфекције из централног простора.

латералне имају углавном прав канал, док комисуралне, а нарочито кокцигеалне имају кривудава, дужи и дубље локализован канал. Доказано је да су фактори ризика за настајање инфекције, осим наведеног, крипте на стражњој комисури, које су дубље, а жлезде бројније. Опстру-

кцијом дуктуса најчешће фецесом, страним телом или тумором долази до инфекције аналних жлезда. Надаље жлезда апсцедира због задржавања секрета и контаминације бактеријама. Након деструкције жлезде долази до ширења инфекције следећи путеве најмањег отпора у анатомским структурама парааналног ткива и то: интерсфинктерично у параанално подручје (45% случајева), интерсфинктерично у супралевамерно подручје (5% случајева), транссфинктерично кроз спољашњи сфинктер у исхиоректално подручје (30% случајева) и хоризонтално циркуларно ширење дуж лимфних путева, парааналним просторима у стражњој циркумференцији (20% случајева, потковичасти апсцес) (1).

#### *Клиничка слика*

Параанални апсцеси проузрокују континуирану куцајући бол, који се појачава локалним притиском током дефекације, кашља или седења. Пацијент може бити свестан локалног набрекнућа (отеклине), а могу бити присутни и нелагодност и температура. Класични знаци инфламације се сусрећу код већине пацијената. Међутим, дијагноза може бити тешка и мање јасна ако је апсцес у интерсфинктеричном или супралевамерном простору. Када дијагноза није заснована на карактеристичним клиничким знацима, онда се приступа озбиљном клиничком прегледу уз исцрпну анамнезу обољења. Препоручује се ургентно испитивање након опште, регионалне или локалне анестезије. Период опсервације или посматрања треба свести на што краћи период, да не би дошло до продора инфекције у суседне просторе, јер тада имамо обољење које се теже дијагностикује, а лечење је оптерећено компликацијама. Аноскопија и сигмоидоскопија нису од велике помоћи приликом иницијалног амбулантног прегледа због акутних околности.

чак је дигиторектални преглед у неким случајевима немогуће извести због екстремног бола и отока парааналне регије (2).

#### *Трејман и технике лечења*

Уопштено, апсцес се мора ургентно дренирати, недостатак флукуације није разлог да се одустане од инцизије. Дренажа се састоји од инцизије апсцеса уз адекватно отклањање коже, да би се осигурао довољно широк отвор и континуирана дренажа до потпуне санације из дубине шупљине. Након локалне анестезије са седацијом, регионалне или опште, зависно од величине и локализације апсцеса и од општег стања пацијента, приступа се инцизији и дренажи. Сви параанални апсцеси и већина исхиоректалних апсцеса може се адекватно дренирати након локалне анестезије. Велике исхиоректалне апсцесе је боље третирати након регионалне или опште анестезије, због лакшег кидања септи између шупљина и лакше експлорације апсцесне шупљине. Место инцизије и дренаже је место највећег еритема, отока или флукуације, централно постављено (3). Ако се исхиоректални апсцес шири на задњицу, место инцизије се мора променити више према аналном зиду, тиме се смањује могућност настајања потенцијалне парааналне фистуле. Интерсфинктерични апсцес може бити видљив, дигиторекталним прегледом, као избочење у анални канал, или се може идентификовати аспирацијом гнојног садржаја иглом из интерсфинктеричног простора. Дренажа се постиже раздвајањем нити унутрашњег сфинктера од аналне ивице према горе да би апсцесна шупљина до највишег степена била испражњена и дренирана. Супералеваторни апсцес који може бити веома тежак за дијагнозу и третман, срећом је редак. Овај апсцес може да се шири у један од три простора. ширењем према доле настаје интерсфинктерични апсцес, који се дренира кроз анус и ректум раздвајањем унутрашњег сфинктера. Може да се шири у исхиоректални простор, формирајући исхиоректални апсцес кога дренирамо кроз исхиоректалну фосу или кроз задњицу зависно од локализације. Ако је супралеваторни апсцес резултат пелвичне патологије може се дренирати кроз ректум или абдоминални зид. Осим тога радиографски воденим прилазом колекцији и апсцесној шупљини се може уз добру кондицију пацијента открити основна патологија. Ако након наведених приступа, инцизије и дренаже, параанални апсцес и даље перзистира или се јави рецидив након неколико дана дренажа је била некомплетна. Ови пацијенти морају бити поновно испитани у општој или регионалној анестезији. Пажљивим проналажењем узрока, поново се дренира заостали пурулентни садржај.

#### *Посйоерайивна неџаране*

Апсцесну шупљину након оперативног третмана потребно је лабаво превијати више пута дневно да би се подстакла хемостаза и гранулација. Постоји и друга опција да се пласира дрен у апсцесну шупљину којим ћемо контролисати зарастање и затварање шупљине из дубине, уз повремено повлачење дрена. Након сваке столице осим превијања потребне су седеће купке или купке у кади уз аналгетике. Столица мора бити слабије формирана (кашаста). То постижемо посебним дијетама са

храном која има пуно влакана. Антибиотици постоперативно користимо само код пацијената са валвуларним болестима срца, имуносупримираних пацијената са екстремним целулитисом и деструкцијом меких ткива, као и код пацијената са дијабетесом.

#### *Примарна фистуломија*

Постоји неколико убедљивих аргумената против фистулотомије у време апсцесне дренаже. 1. Између једне трећине и две трећине пацијената којима је рађена инцизија и дренажа парааналног апсцеса неће се развити параанална фистула. Примарна фистулотомија у ових пацијената не би била потребна. 2. За тражење унутрашњег отвора потребно је променити и третман и врсту анестезије, јер би тада била потребна операциона сала са регионалном или општом анестезијом. 3. Код више од половине пацијената унутрашњи отвор се не може наћи у време апсцесне дренаже (4). Хируршка анатомија у фази акутне инфламације је промењена. Тражењем унутрашњег отвора у акутној фази може се лако направити фалшпасажа и да се прође изнад или испод денталне линије (унутрашњег отвора). Логично је да се примарном фистулотомијом отклања потреба за поновном хируршком интервенцијом и потенцијално смањује инвалидност и морбидитет. Одлука о примарној фистулотомији мора бити индивидуална за време оперативне експлорације зато што нема универзалног метода за коректан избор.

#### **ПОТКОВИЧАСТИ АПСЦЕС**

Гној може да се шири из интерсфинктеричног и екстрасфинктеричног простора циркуларно око ануса. Овај сценарио почиње тако да инфекција и гној из исхиоректалног простора једне стране мигрира кроз дубоки постанални простор на супротну страну. Дренажа овог апсцеса захтева одвојене инцизије обе исхиоректалне фосе. Дијагностика инфекције дубоког постаналног простора је тешка, може да се постави дрен кроз инцизију задњице, лево или алтернативно може бити инцидиран сам дубоки постанални простор. Приступ до дубоког постаналног простора може се постићи са минималном повредом сфинктера уз средњу инцизију између кокцигса и ануса те се ширењем суперфицијалног дела спољашњег сфинктера улази у постанални простор. Раздвајањем, надаље, по средини позади мишићних нити доње половине унутрашњег сфинктера постижемо дренажу инфламиране аналних жлезда (5).

#### **ПАРААНАЛНА ФИСТУЛА**

Параанална фистула је хронична фаза незалеженог парааналног апсцеса. Перзистира због процеса неспецифичне епителизације тракта од унутрашњег до спољашњег отвора. Хистолошки је доказано да су ове епителне ћелије идентичне ћелијама аналних жлезда и да су инфициране аналне жлезде унутар аналног канала унутрашњи отвор фистула. Око 50% аноректалних апсцеса се излечи комплетно након инцизије и дренаже, остатак добија парааналну фистулу. Није често јасно зашто се ово дешава. Неадекватна инцизија, инкомплетна дренажа и лоша постоперативна бригаа о рани игра важ-

ну улогу, међутим, хистолошки и микробиолошки прегледи налазе да ексцесиван број бактерија перзистира у аналној фистиули. Фистула је насељена количном флором (E. Colli, B.Fragilis, Enterococcus), слично као и у већини апсцеса (6).



Слика 2 - Инспекција парааналне реџије.

### КЛИНИЧКА СЛИКА

Пацијенти са парааналном фистулом нам најчешће испричају историју парааналног апсцеса који се дренирао хируршки или спонтано. Главни симптоми су хронична дренажа гноја или секреција слузи често са примесом сукрвице и интермитентан крешендо бол који престаје када крене секреција. Бол и секреција се међусобно смењују. На фистулозном отвору се може појавити и цревни садржај, а на исти начин могу одилазити и ветрови. Параанално, а нарочито око фистулозног отвора је кожа оједена и иритирана. Ово за последицу има осећај печења и свраба. Секрет заудара, прља веш. Болесници се чешће перу и тако одржавају хигијену, а истовремено јошвише мацерирају кожу. У периоду када се јавља покушај спонтаног затварања фистуле, секреција на кратко престаје. Затварање кожног отвора фистуле узрокује накупљање и стазу цревног садржаја, што је праћено бујањем микроорганизама. Накупљање довољне количине гноја доводи до спонтане руптуре на месту предходног кожног отвора који представља тачку најмањег отпора. У појединим случајевима долази до ширења процеса и пробијања гноја на другом месту што за последицу има појаву комплексних фистула са више канала и кожних отвора.

### ДИЈАГНОСТИКА

Тачна дијагноза парааналне фистуле је од битног значаја за хируршки третман. Јасна идентификација анатомије фистуле, њен однос са сфинктерном мускулатуром, откривање примарног и свих секундарних отвора, без креирања фалшпасаже, су услов за минималну трауму и континенцију. Фактори удружени са неуспехом у лечењу су повезани са грешком у идентификацији фистулозног тракта и унутрашњег отвора. Клинички преглед је прва степенница у дијагностици парааналних фистула (7).

#### Инспекција

Инспекцијом је често веома лако видети спољашњи отвор као врх или мали нодус гранулационог ткива, које је често активан са пурулентним пражње-

њем. Број и локализација спољашњих отвора и њихова веза са аналним каналом је од велике помоћи у идентификацији примарног отвора. Сагласно са Goodsall-Solomon-овим правилом које каже, ако је спољашњи отвор смештен позади замишљене линије која пролази хоризонтално кроз центар ануса, унутрашњи отвор је најчешће у крипти на стражњој комисури. Канал код ових парааналних фистула је кривудава. У случајевима када је спољашњи отвор испред попречне линије, примарни отвор је обично у крипти непосредно насупрот спољашњем отвору. Канал је праволинијски и радијално постављен у односу на центар ануса. Изузетак од овог правила укључује предњи отвор више од три центиметра од аналне маргине и мултипли отвори. Инспекцијом се може евидентирати еритем или индурација коже иритирана хроничним процесом, мора се нотирати позиција старог хируршког ожиљка и његов однос са сфинктерним механизмом. Отвор на уваженој дистанци од аналног отвора може бити секундаран од пилонидалне болести или супуративног хидраденитиса. Када је спољашњи отвор удаљен више од пет центиметара од анокутане линије којим лежи у задњем делу исхиоректалног простора указује на екстрасфинктеричне фистуле, а отвор од три центиметра од анокутане линије побуђује сумњу на трансфинктеричну фистулу.

#### Палпација

У аноректуму имамо неколико битних тачки које нам служе за оријентацију и то су: аноректални прстен, назубљена линија и међусфинктерична бразда коју палпирамо између унутрашњег и спољашњег сфинктера. Дигиталном прегледом се палпира параанални простор и опрезно сондом идентификује тракт и унутрашњи отвор. Умереном палпацијом око спољашњег отвора може се продуцирати неколико капи гнојног садржаја, открити индурација у облику ужету испод коже и суспектан ожиљак од предходне операције.

#### Дигитални преглед

Унутрашњом дигиторекталним прегледом се наставља спољашњи где на првом месту проверава тонус сфинктера и добровољни притисак, на основу кога се поставља индикација за преоперативну манометрију. Унутрашњим дигиторекталним прегледом се може палпирати индурација ужету слична, која се протеже до места унутрашњег отвора у денталној линији. Најбоље је тракт палпирати помоћу компресије између два прста, с тим да је кажипрст унутар аналног канала, а палац око спољашњег отвора. Бидигитални преглед дефинише простирање тракта кроз сфинктерну мускулатуру и даје доста информација и о мишићној маси. Унутрашњом палпацијом може се открити позади или латерално индурација, укључујући дубоку фистулу у постаналном простору или потковичасту фистулу, као и индурација око и изнад аноректалног прстена.

#### Преглед главичастом сондом

Прегледом фистулозног тракта главичастом сондом, пажљиво усмереном са прстом у аналном каналу може се направити дијагноза и добити доста информација о унутрашњем отвору и односу фистулозног ка-

нала са сфинктерним механизмом. Потребно је пажљиво сондирање, без бола, да се не би креирала фалшпасажа и да се не прође височијеод аноректалног ринга или директно. Најбољи увид омогућавају савитљиве сонде, пошто могу да се савијају и да прате правац фистулозног канала.

#### *Аноскопија*

Аноскопија је приоритетна за идентификацију унутрашњег отвора и преглед аналног канала. Аноскопом се може идентификовати унутрашњи отвор у нивоу денталне линије, често у вези са хипертрофичном папилом. Мехур гноја некад може да се продуцира палпацијом из унутрашњег отвора. Ово је најважнији корак, идентификација унутрашњег отвора, који је непроцењив за успех операције.

#### *Ректоскопија*

Ректоскопија је инструментална ендоскопска метода директног прегледа слузокоже завршног дела дебелог црева. Када се при прегледу пређе ампуларна граница која се налази у дубини од око 18 до 20 cm од аналног отвора, онда се говори о ректосигмоидоскопији. Пошто се преглед врши под увећањем, то смо у могућности да запазимо и најситније детаље, тако да су дијагностичке грешке изузетне. Преглед је брз, лако изводљив и безопасан за болесника. Због тога га морамо ставити као суверено средство, без кога се не срне поставити дијагноза било ког обољења завршних 25 до 30 cm дебелог црева. Ректоскопијом се искључује проксимални унутрашњи отвор, инфламаторне болести црева, или неоплазија.

#### *Колоноскопија*

Колоноскопија је индикована ако је дијагноза суспектна на Кронову болест, базирано на историји рецидивних и мултиплих фистула или ако је егзаминација сугестивна на инфламаторне болести црева, пацијенти са хроничном дијарејом, абдоминалним грчевима. У диференцијалној дијагнози метода је корисна за комплетирање иригиграфског налаза у дијагнози процеса који са колоне напредује према ректуму.

#### *Аноректална манометрија*

Аноректална манометрија је дијагностичка метода, која се користи у сврху мерења притиска у аналном каналу и у ампули ректума. Индикационо подручје за ову врсту дијагностике су следећа стања: опстипације у дечијој доби, неурогене ахалазије аналног сфинктера, осветљивање узрока инконтиненције, документовање континенције преоперативно и постоперативно код захвата у аноректалној регији, те и разни остали поремећаји мишића аналног сфинктера. За аноректалну манометрију постоји специфично индикационо подручје и она не спада у рутинске прегледе ове регије.

#### **РАДИОЛОШКО ИСПИТИВАЊЕ**

Поред основног клиничког прегледа дијагностика парааналних фистула наставља се радиолошким испитивањем.

#### *Фистулографија*

Фистулографија је радиографска метода којом је потребно да се истражи неколико карактеристике парааналних фистула.

Примарни тракт и карактеристике сагласне по критеријима Паркса (интрасфинктеричне, трансфинктеричне, екстрасфинктеричне, супрасфинктеричне).

Секундарни тракт који се удаљује, интрасфинктерично, трансфинктерично, исхиоректално, пелвиоректално и у облику коњске потковице.

Потковичасти тракт који се удаљује интерсфинктерично, трансфинктерично, исхиоректално, пелвиоректално. Унутрашњи отвор локализован испод или изнад денталне линије или ректалној ампули.

Фистулограм се добија након канулације спољашњег отвора са тубусом малог калибра и ињекцијом мале количине контраста. Рендгенским зрацима се снима у антеропостериорној, косој и латералној позицији. Компликације су ретке, пацијент осећа дискомфор зависно од волумена и притиска контраст ињекције. Слика је у две димензије. Фистулографија се често употребљава за откривање унутрашњег отвора и простирање фистулозног тракта парааналних фистула.



Слика 3. - Фистулографија.

#### *Ендоанална ултрасонографија*

У евалуацији парааналних фистула ултрасонографијом се употребљавају кристалне сонде за 360 степени покретљиве од 7 или 10 MHz. Осим стандардне ултразвучне апаратуре употребљава се и водом напуњен конус (балон) од тешке пластике који преко трансђусера оцртава супрасфинктерични тракт. Ова техника даје глобални поглед на анални и перианални простор и могу да се комплетно виде ове структуре и околна поља. Употребом ултразвука фистулозни тракт се приказује као хипоехогени дефект, често се прво види у интерсфинктеричном простору, који може да сугерише за место унутрашњег отвора. Хипоехогени тракт даје контраст и често се меса са ехогености спољашњег сфинктера правећи конфузију у налазу. Ожиљак и фиброза даје хипоехогено поље тако да оцртавање тракта отежава Велика сметња у примени ултразвука у дијагностици парааналних фистула је што хирург зависи од знања и постозања компетентности у ултразвучној дијагностици, а радиолог мора бити фамилијаран са анатомијом, терапијским индикацијама и аналном сепсом.

#### *Магнетна резонанса*

Ова техника је добра за оцртавање комплексних фистула и суспектног апсцеса. Одлично се визуелизује анатомија, слика даје цео план, нема јонизујућег зрачења и нема бола за пацијента. Неповољност је што кошта и што га има неколико центара.

### Компјутеризована томографија

Може да има употребну вредност у евалуацији пелвиректалних инфламаторних болести у пацијената са парааналним компликацијама Кронове болести. Скен обухвата употребу комбиновано оралног, интравенозног и ректалног контраста. Генерално слике се праве кроз пелвис у интервалима од 0,5 до 1 цм.

### ТРЕТМАН И ТЕХНИКА ЛЕЧЕЊА

#### Фистуломија и Фистулектомија

Фистулотомија, хируршка процедура, је индикована за оперативно лечење примарних фистула (субмукозне, интерсфинктеричне и ниске трансфинктеричне), након локалне, регионалне и опште анестезије. За парааналне фистуле чији је спољашњи отвор близу аналног отвора, локална анестезија може да пружи пажљиву егзаминацију. У случају када је кожни отвор (спољашњи) смештен латерално или је мултипли, индикована је општа или регионална анестезија. Након погодне анестезије, потпуни курс фистуле и фистулозног канала мора бити јасно одређен. То постижемо сондирањем фистулозног канала олучастом сондом са прстом у аналном каналу. Нежно сондом се пролази кроз спољашњи отвор, кроз фистулозни тракт у крипту на денталној линији (унутрашњи отвор). Мора се бити екстремно обазрив да се не формира фалшпасажа и да се сондом не прође изнад или испод унутрашњег отвора. Када је тракт стеногичан или ангулиран, онда са кратким 18 gauge пластичним катетером, употребом ињекције разблаженог хидроген пероксида или метиленског плавила открива унутрашњи отвор у денталној линији. Помоћна метода у откривању унутрашњег отвора је и метода благе тракције неколико центиметара мобилисаног фистулозног тракта. Овим поступком може да се назупчи анални канал у нивоу денталне линије и тако открије унутрашњи отвор. Препоручује се код некомплицованих једноставних, ниских парааналних фистула или фистула које су представљене у перианалном телу у жена. сфинктерни механизам је битно слабији, тањи у овим пољима (8).

Након постављања пацијента у гинеколошки положај и увођења олучасте сонде и идентификације унутрашњег отвора и процене односа фистуле и сфинктерне мускулатуре, пресеца се читаво ткиво изнад фистулозног канала. Када није могуће сондирањем наћи унутрашњи отвор, а добили смо га употребом хидроген пероксида, тада се пресеца ткиво изнад сонде и прати фистулозни канал према аналном каналу и постепено пресеца док се не отвори целом дужином. Након отварања тракта исецањем дела ткива спречава се стварање мостова, а киретажом фистулозног канала до у здраво омогућава се зарастање ране из дубине према површини. Током и након киретаже тракт треба пажљиво претражити због евентуалног секундарног грањања. Све секундарне канале треба отворити, добро киретирати и омогућити добру дренажу. Када фистула има више спољашњих отвора, треба их све повезати, ујединити канале и заједно са унутрашњим отвором отворити. Само код оних фистула код којих је пронађен и отворен унутрашњи отвор могу бити излечене у потпуности.

Важно је напоменути да код интерсфинктеричних и трансфинктеричних фистула могуће је пресецање мишића, јер се пресеца унутрашњи и део спољашњег, а нема потребе за пресецањем пуборекталног мишића чија је функција најважнија за континенцију. Мишић се пресеца на једном само месту, и то вертикално у односу на правац влакана. Ово је најосетљивији део операције јер постоји могућност да операбилно стање преведемо у иноперабилно, те да болесник постоперативно постане инконтинентан. Ово јесте разлог појединих рецидива, бојећи се инконтиненције, хирург није радикалан (9).

Фистулектомија има две незгоде: хируршка рана је шира, време оздрављења је сигнификантно пролонгирано. Фистулектомија се састоји у циркуларном препарисању фистулозног канала до у здраво. Уклањањем само лумена фистуле без рашавања унутрашњег отвора, не долази до излечења, практично се ствара од уског шири канал. Инконтиненција за гасове је три пута већа након фистулектомије него фистулотомије. Зато фистулектомија није препоручљива изузев када је потребна или изнуђена због патохистолошког материјала.



Слика 4. - Фистуломија

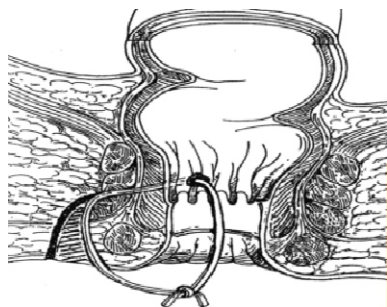
#### Фистулотомија + Сетон - Дренажни Сетон

Реч Сетон потиче од грчке речи сета, што значи чекиња. Још Хипократ (460 -377 п.н.е) употребљавао је сетон од упредене коњске длаке у лечењу парааналних фистула. Сетон је еластични материјал, гумена трака, цеваста омча или нелеастични материјал, материјал који служи за сутуру. Употреба жице избегава се због дискомфора пацијента током седења, спада у историју. Сетон дефинише тракт од аноректалног унутрашњег отвора, кроз тракт или стари кавум апсцеса, сецирајући сфинктерни механизам и излази на кожни спољашњи отвор. Има две улоге: сече или дренира.

Сетон који сече употребљава се као дефинитивни третман парааналних фистула. Стеже се редовно (на трећи дан, седмично, месечно) у интервалима, полако сече сфинктер, пратећи фистулозни тракт суперфицијално. Ожиљак који настаје иза њега спречава сепарацију сфинктерне мускулатуре тако што држи мишићна влакна спојена и тиме чува функцију сфинктера. Оздрављење наступа у периоду од 6 - 12 недеља.

Сетон који дренира спречава фистулозни тракт или апсцесни кавум од затварања. Када је индикација постављена, предлаже се употреба меканог силици цевастог лупа који држи тракт отворен спречавајући настајак рецидива. Једном се направи чвор и пусти да без

притезања параанално ткиво еродира и да сетон испадне сам. Овај метод је веома користан код пацијента са активним Кроновим обољењем или комплексном фистулом.



Слика 5. - Сетон у фистулозној тиракцији.

Употребом сетона, са притезањем конца у интервалима, постиже се постепено пресецање (раздвајање) ткива од унутра према вани. Када се сфинктер пресеца ножем, мишићна влакна се ретражују и на тај начин део аналне циркумференције постаје инсуфицијант, настаје инконтиненција. Циљ ове методе је да се постепено пресецањем сфинктера ствара ожиљак изнад, који мишићна влакна држи спојена како би се функција сфинктера очувала. Зависно од клиничке ситуације употреба сетона је индикована:

1. Фистула завијена у клупко око екстерног сфинктера, са дубоким стражњим или дубоким предњим простором,

2. Предња фистула у жена (перзистирајућа),
3. Пацијенти са егзистирајућим упалним болестима црева или ХИВ болестима,
4. Старији пацијенти са лошом сфинктерном функцијом,
5. Код несигурности око нивоа фистула у односу на сфинктерни механизам,
6. Мултипле појединачне фистуле (симултане),
7. Пацијенти са мултиплим сфинктер операцијама или повредама.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JG. A classification of fistulae - in - ano. Br J Surg 1976;63:1-12.
2. Shafik A. Fistula in-ano. A new theory of pathogenesis. Coloproctology 1981 ;3:195-9.
3. Velikonja T. Paraanalna fistula, radovi III naučnog sastanka UDKJ - Rijeka -Opatija, studeni 1983, 67-74.
4. Gordon P.H.: The operative treatment of fistula in ano, Coloproctology 1981 ;3:195-9.
5. Alexander - Williams J, Buchmann P. Perianal Crohn's disease. World J Surg 1980;4:203-8. Yampolski I, Woloch Y, Dintsman M. Anal fistula pathogenesis diagnosis and treatment. Harefuach 1986;86:45-7.
6. Eisenhamer S. The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary' anorectal cryptoglandular intersphincteric (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. Dis Colon Rectum 1978;21:237-54.
7. Lockhart - Mummery HE. Anorectal problems, treatment of abscess. Dis Colon Rectum 1975;18:650-1.
8. Cvijanović R. Paraanalne fistule. Zagoricnik B. Ed. Proktoloska hirurgija, Medicinski Fakultet Novi Sad, 1992; 43-8.