

ЗНАЧАЈ ФИСТУЛОГРАФИЈЕ ЗА ОПЕРТИВНО РЕШАВАЊЕ ПАРААНАЛНИХ ФИСТУЛА

Мољевић Н., Вуковић М., Вељковић Р.

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

SIGNIFICANCE OF THE FISTULOGRAPHY FOR OPERATIVE TREATMENT OF THE FISTULA-IN-ANO

Мољевић Н., Вуковић М., Вељковић Р.

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

SUMMARY

Most fistula-in-ano arise as result of chronic infection of an intersphincteric anal glands and persistence may be related more to non-specific epithelisation of the track. Preoperative definition of the anatomy of the fistulous track and the internal opening plays a primary role in adequate planing of the operative approach to minimize iatrogenic damage of sphincters and fistula recurrence. The diagnosis of anal fistula generally is straightforward and is based on clinical features. By using palpation of the perianal area, digital examination, and careful probing of the track, the fistula anatomy was defined. Fistulography, radiografic evaluation, is not routinely indicated in the initial avaluation of fistulas but may be helpful in identyng an occult cause of recurrent or multiple fistulas or if examination is suggestive of inflammatory bowel disease. AIM: is evaluation of importance of the fistulography for surgical treatment of the fistula-in-ano. The study is prospective. In includes 60 patients divided in two groupies, each 30 patients. Examined group was operated after clinical findings by using careful probing of the track and fistulography. Control group was operated after clinical findings by using careful probing of the track. In patients, examined group, treated with fistulography allowed a corect diagnosis of primary track 43.3%, secondary track 40.0%, horseshoe track 50.0% and internal opening in 40.0% of patients. The clinical findings, in the same group patients, allowed diagnosis of primary track 76.6%, secondary track 60.0%, horseshoe track 100% and internal opening in 73.3% of patients. Preoperative definition of fistulous track and internal opening by physical examination and its relationship with anal sphincters are important factors influencing the results of surgical management. We do not recommend routine fistulography in the diagnosis of fistula-in-ano.

Key words: Fistula-in-ano, Fistulography, Surgery.

САЖЕТАК

Већина парааналних фистула произилази из хроничне инфекције интерсфинктеричних аналних жлезда и перзистира због неспецифичне епителизације фистулозног тракта. Преоперативна дефиниција анатомије фистулозног тракта и унутрашњег отвора игра примарну улогу у адекватном планирању оперативног захвата, те минимизацији јатрогених повреда сфинктерног апарата и рецидива. Дијагноза парааналне фистуле заснована на карактеристичном клиничком прегледу обично је тачна. Помоћу палпације парааналне регије, дигиторекталног прегледа и пажљивим сондирањем фистулозног тракта, анатомија фистуле се дефинише. Фистулографија, радиолошка процедура, није рутински индикувана у иницијалној дијагностици парааналних фистула, али може бити од помоћи код нејасних рецидивних или мултиплих фистула сугестивних на инфламаторне болести црева. Циљ рада је да се утврди вредност и значај фистулографије за оперативно решавање парааналних фистула. Студија је проспективна. Обрађује 60 пацијената подељених у две групе, по 30 пацијената. Огледна група је оперисана након преоперативно урађене фистулографије и клиничког прегледа уз употребу олучасте сонде. Контролна група је оперисана на основу, клиничког прегледа уз употребу олучасте сонде. Код пацијената, огледне групе, фистулографијом смо коректно дијагностиковали примарни тракт код 43.3% пацијената, секундарни тракт код 40.0%, потковичасти тракт код 50.0% и унутрашњи отвор код 40.0% пацијената. Клиничким прегледом уз употребу олучасте сонде, истој групи пацијената, дијагностикован је тачно примарни тракт код 76.6%, секундарни тракт код 60.0%, потковичасти тракт код 100% и унутрашњи отвор у 73.3% случајева. Ове наводе смо потврдили интраоперативним налазом. Преоперативна идентификација фистулозног тракта, унутрашњег отвора и њиховог односа са сфинктерном мускулатуром, клиничким прегледом уз употребу олучасте сонде, је одлучујући фактор за хируршко лечење парааналних фистула. Фистулографију не препоручујемо у рутинској дијагностици парааналних фистула.

Кључне речи: Параанална фистула, Фистулографија, Хирургија.

УВОД

Параанална фистула представља потпуну комуникацију између лумена аналног канала и парааналне коже. Унутрашњи отвор је јединствен, док вањски може бити мултипли, ако се фистулозни канал рачва. Због директне везе са луменом аноректума и епителизације ка-

нала, фистула је хронично инфицирана, не може спонтано зарастати и конзервативна терапија је без резултата. Другим речима, параанална фистула се може излечити само адекватним хируршким третманом.

Тачна дијагноза парааналне фистуле је од битног значаја за хируршки третман. Откривање унутрашњег отвора, примарног и секундарног тракта и њихов однос са сфинктерном мускулатуром су услов за операцију са минималном траумом и континенцију. Фактори асоцирани са неуспехом у лечењу су повезани са грешком у идентификацији фистулозног тракта и унутрашњег отвора (1,2).

Параанална фистула може бити резултат пелвичних инфламаторних болести, пелвичних неоплазни или резултат специфичног инфективног процеса. Ове фистуле су доста ретке и код пацијента се брзо изведе закључак да су криптогландуларне етиологије. Због тога се мора бити иницијално пажљив у лечењу.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ РАДА

Студија проспективно обрађује 60 пацијената (42 мушкарца и 18 жена) између 18 и 65 година (просечно 42.5 год.), са парааналним фистулама који су пристали на клинички третман и да суделују у испитивању.

Истраживање је трајало две године и укључени су сви пацијенти, селективно одабрани, који су пристали на преоперативни дијагностички третман и оперативно лечење, подељени у две групе. У првој, огледној, групи укључено је 30 пацијента, код којих је дијагноза парааналне фистуле постављена на основу анамnestичких података, инспекцијом аналне и парааналне регије, дигиторекталним прегледом, прегледом главичастом сондом и фистулографијом. У другој, контролној групи, индикација за оперативно лечење парааналних фистула постављена је на основу анамнезе, инспекције аналне и парааналне регије, дигиторекталног прегледа и прегледа главичастом сондом.

Методолошки поступак је био истоветан за обе групе обухваћене овим истраживањем, осим дела у којем се код пацијената из огледне групе радила преоперативно фистулографија. Код сваког пацијента, који је презентовао симптоме дефинисане овом студијом узета је детаљна анамнеза обољења. Све је евидентирано у лични картон испитивања, који се води за сваког пацијента појединачно. Интервју је рађен са већприпремљеним питањима.

Након добро узете анамнезе приступило се клиничком прегледу који је рађен стандардно за све пацијенте у колено-лакатном положају. Свака процедура је истраживала карактеристике фистула:

а) примарни тракт и карактеристике сагласне по критеријумима Паркса (интерсфинктеричне, трансфинктеричне, екстрасфинктеричне, супрасфинктеричне),

б) секундарни тракт који се удаљује (интерсфинктерично, трансфинктерично, исхиоректално, пелвиректално),

в) тракт у облику коњске потковице који се удаљује (интерсфинктерично, трансфинктерично, исхиоректално, пелвиректално),

г) унутрашњи отвор локализован локализован испод или изнад денталне линије или у ректалној ампули.

Након постављања пацијента у колено-лакатни положај, пажљивом инспекцијом парааналне регије

пронашли смо спољашњи отвор фистуле. Спољашњи отвор је често лако видети као врх или мали нодус гранулативног ткива, које је често активно са пурулентним пражњењем. Водили смо рачуна о броју, локализацији и удаљености спољашњег отвора од аналне ивице уз примену Goodsall-Solomon-овог правила. Инспекцијом смо даље евидентирали еритем, индурацију коже хроничним процесом као и позицију старог хируршког ожиљка и његов однос са сфинктерним механизмом. Након инспекције палпирани смо парааналну регију. Умереном палпацијом око спољашњег отвора могли смо продуцирати неколико капи гноја, открити индурацију испод коже и суспектан ожиљак од предходне операције.

Унутрашњим дигиторекталним прегледом смо наставили спољашњи преглед. На првом месту смо проверили тонус сфинктера и добровољни притисак на основу кога смо индикували преоперативну манометрију. Током овог прегледа водили смо рачуна о тачкама које су нам служиле за оријентацију и то аноректалном прстену, назубљеној линији и међусфинктеричној бразди у дисталном анусу. У случају када смо дигиторекталним прегледом палпирани ужету сличну индурацију, која се протеже до места унутрашњег отвора у назубљеној линији, користили смо бидигиталну палпацију. Фистулозни тракт смо палпирани између два прста, с тим да је кажипрст унутар аналног канала, а палпац око спољашњег отвора. Компресијом између два прста дефинисали смо простирање тракта, однос тракта и сфинктерне мускулатуре и добили доста информација о мишићној маси. Унутрашњи отвор смо понекад палпирани као индурацију или као палпабилну јаму. Након погодне аналгезије нежно смо кроз спољашњи отвор смо вршили сондирање фистулозног тракта у читавој дужини и унутрашњег отвора у бази крипти. Пажљиво усмереном сондом са палпацијом прста у аналном каналу, добили смо доста података о просторању фистулозног тракта и његовог односа са сфинктерном мускулатуром. Пратећи ток фистулозног канала сондом да не би креирали лажну пасажу, детектовали смо унутрашњи отвор. Унутрашњи отвор је био на месту врха сонде, видљив под аноскопом. Након нежног увођења аноскопа у нивоу денталне линије у доста случајева смо поставили сумњу на постојање унутрашњег отвора. Унутрашњи отвор је био често у вези са хипертрофичном папилом и палпацијом смо продуцирали мехур гноја. Ректоскопију смо користили као методу директног прегледа завршног дела дебелог црева да би искључили проксимални унутрашњи отвор и код сумње на инфламаторне болести црева или неоплазију.

Огледној групи пацијената након ових процедура урађена је фистулографија у надлежном рендгенолошком кабинету по препоруци хирурга. На фистулограму смо идентификовали примарни фистулозни тракт, секундарни тракт, потковичаста тракт и унутрашњи отвор. Ова радиолошка процедура је примарно изведена, кроз тубус малог калибра након канулације спољашњег отвора. Кроз тубус смо иницирали мале количине контраста у фистулозни тракт уз минимални притисак. Сliku смо добили у две димензије након снимања X зрацима у антеропостериорној, косој и латералној про-

јекцији. Током извођења ове процедуре није било компликација. Неколико пацијената се жалило на дискомфор за зависно од волумена и притиска контрастне ињекције.

На основу горе наведених параметара које смо пратили на фистулограму, поставили смо индикацију за оперативно лечење. Значај фистулографије за оперативно решавање парааналних фистула је оцењивао интраоперативни налаз.

РЕЗУЛТАТИ

У нашој студији, на основу изнетих резултата произилази већа заступљеност парааналних фистула код мушког пола (42 мушкарца и 18 жена), просечне старости 42.5 година, са односом мушко:женско (2.33:1). У обе групе уочава се највећа заступљеност пацијената пете деценије живота. Група најактивнијег дела популације.

Анализом анамнестичких података ставили смо акценат на предходне операције у аналној и парааналној регији, бол, секрецију, крварење и удруженост парааналних фистула са инфламаторним болестима црева. Од укупног броја пацијената, 28 (46.6%) је имало предходно операцију у аналној регији и то: 23 (38.3%) су предходно лечени инцизијом и дренажом парааналног апсцеса, два пацијента због хемороида (3.33%), један је имао аналну фисуру (1.66%) и два пацијента су предходно имали операцију парааналне фистуле (3.33%). Бол, секреција, крварење су кључни симптоми клиничке манифестације парааналних фистула. У нашој студији бол је био присутан код 49 (81.6%) пацијената. Престајао је или је био слабијег интензитета оног момента када се јављала секреција. Секреција је била присутна у високом проценту код 55 пацијената или 91.6%. Крварење није било манифестно, пацијенти су примећивали сукрвицу помешану са гнојном секрецијом. На ове тегобе се жалило 13 (26.6%) пацијената. Из диференцијално дијагностичких разлога у циљу откривања специфичног или секундарних парааналних фистула, код два пацијента (3.33%) са рецидивирајућим проливом смо открили Кронуово оболење и инсистирали смо на комплетном клиничком испитивању, уз допунску дијагностику.

Након детаљне анализе анамнестичких података приступили смо клиничком прегледу. Приликом инспекције парааналне регије обратили смо пажњу на удаљеност спољашњег отвора од аналне ивице, број и локализацију спољашњих отвора уз примену Goodslovog правила. Од укупног броја пацијената инспекцијом смо открили спољашњи отвор до три центиметра од аналне ивице код 36 пацијената или (60.0%). Интраоперативно смо потврдили да се радило о 33 (55.0) интерсфинктеричне парааналне фистуле и три (5.00%) потковичасте парааналне фистуле са интерсфинктеричним простирањем примарног тракта. Код 23 (38.3%) спољашњи отвор је био удаљен три до пет центиметара, радило се о 19 (31.6%) транссфинктеричних парааналних фистула и четири (6.66%) транссфинктеричне потковичасте. Код једног пацијента (1.66%) са екстрасфинктеричном парааналном фистулом, нађен је спољашњи отвор више од пет центиметара удаљен од аналне ивице. Након тога смо анализом Гоодсаловог правила прона-

шли спољашњи отвор испред центра ануса код 23 пацијента или 38.3%, док је позади нађен код 37 (61.6%) пацијената.

Свим пацијентима прве, огледне, осим фистулографије као преоперативне дијагностичке процедуре урадили смо и клинички преглед који је садржавао инспекцију, палпацију, дигиторектални преглед и преглед главичастом сондом уз аноскопију. Фистулографијом смо добили следеће резултате у откривању примарног тракта. Примарни тракт је коректно откривен код 13 (43.3%) пацијената. Од укупног броја пацијената ове групе није откривен примарни тракт код 17 пацијената (56.7%). Клиничким прегледом смо добили доста добре резултате у откривању примарног тракта. Код 23 (76.6%) пацијената успешно је откривен примарни тракт (Графикон 1). Откривено је тачно 16 интрасфинктеричних простирања примарног тракта, три транссфинктерична и четири транссфинктерична простирања код потковичастих парааналних фистула. Статистичком обрадом података добили смо статистички значајну разлику између фистулографије и физикалног прегледа у детекцији примарног тракта за вредност $\chi^2 = 4.87$. $p = 0.0273$.



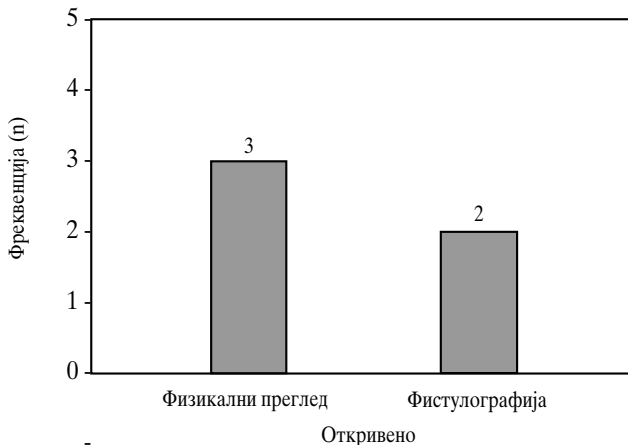
Графикон 1. - Клинички преглед и фистулографија у откривању примарног тракта.

Секундарни тракт је откривен радиографски код два пацијента (40.0%) од укупно пет нађених интраоперативно. Тачно је откривена фистулографијом једна интерсфинктерична параанална фистула са ниским секундарним трактом и једна транссфинктерична са секундарним трактом, такође, ниско положеним. Клиничким прегледом откривене су три (60.0%) парааналне фистуле са секундарним трактом од укупно пет (График. 2).

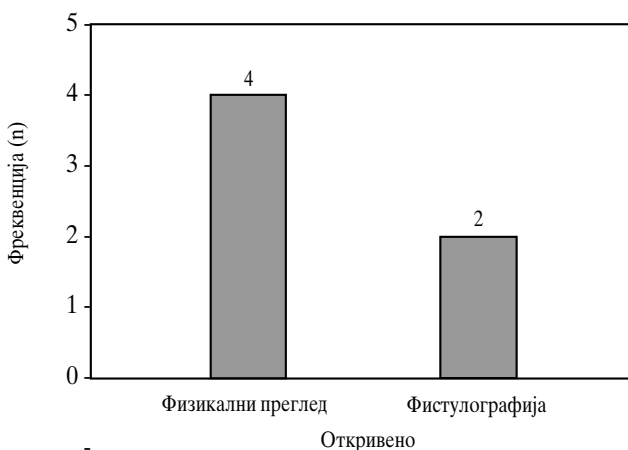
Потковичасте парааналне фистуле на нашем материјалу откривене су фистулографијом две (50.0%), док интраоперативно налаз потврдио постојање четири потковичасте транссфинктеричне фистуле. Клиничким прегледом, такође, су откривене четири (100%) потковичасте парааналне фистуле са транссфинктеричним простирањем (Графикон 3).

Фистулограм је приказао тачно унутрашњи отвор код 12 (40.0%) пацијената, којима је урађена преоперативно фистулографија. Код 18 пацијената ове групе (60.0%) унутрашњи отвор није откривен. Клиничким

прегледом преоперативно, откривен је унутрашњи отвор код 22 пацијента (73.3%) (Графикон. 4). Статистичком обрадом података, доказана је значајна статистичка разлика између фистулографије и физикалног прегледа у детекцији унутрашњег отвора за вредност $X^2 = 5.18$ $p=0.0229$.



Графикон 2. - Клинички преглед и фистулографија у откривању секундарног тиракција.



Графикон 3. - Клинички преглед и фистулографија у откривању потковичастих фистула.



Графикон 4. - Клинички преглед и фистулографија у откривању унутрашњег отвора.

Друга, контролна група, од 30 пацијента је подвргнута оперативном лечењу након преоперативне дијагностике парааналних фистула инспекцијом, палпацијом, дигиторекталним прегледом и сондирањем главичастом сондом. Клинички преглед је оцењен интраоперативним налазом. Добили смо следеће резултате: примарни тракт смо открили код 22 пацијента или 73.3%, секундарни код 63.6%, потковичасти код 76.3% и унутрашњи отвор смо идентификовали уз употребу аноскопа код 76.6% пацијената.

Након преоперативног дијагностичког третмана једном од наведених процедура сви пацијенти су оперативно лечени. Након дефинисања анатомије парааналне фистуле код 44 (73.3%) пацијента урађена је фистулотомија, а код 16 (26.7%) фистулотомија са Сетонлигатуром. Фистулотомијом смо оперативно лечили 33 интерсфинктеричне, осам транссфинктеричних и три потковичасте интерсфинктеричне парааналне фистуле. Фистулотомија са Сетонлигатуром је урађена код једног пацијента са екстрасфинктеричном фистулом, три жене са предњом транссфинктеричном фистулом чији се тракт није отварао директно, два пацијента са парааналном фистулом порекла Кронове болести, четири пацијента са потковичастим транссфинктеричним фистулом, пет пацијената са високим трансфинктеричном фистулом и један пацијент са рецидивном парааналном фистулом.

ДИСКУСИЈА

Сигурних критерија за преоперативну дијагностику парааналних фистула нема. У великом броју студија постоје разлике између више начина преоперативне дијагностике и оперативне хирургије парааналних фистула. Многи аутори су се ипак сложили око дефиниције неколико лезија које морају бити дијагностиковане и то: унутрашњи отвор, примарни, секундарни и потковичасти тракт. Предложено је неколико преоперативних процедура које су подељене у две групе. У првој групи су оне које откривају и повољно делују на оперативни третман, једна од њих је и клинички преглед уз употребу олучасте сонде. У другој групи је фистулографија, која се често изводи и коју треба критички проценити.

Из нашег рада се види да од парааналних фистула оболевају чешће мушкарци у петој деценији живота са односом између полова (мушко : женско - 2,33:1) и распоном од 18 до 69 година. Најзаступљенији су радници, службеници и пољопривредници, група најактивнијег дела популације. Упоредивши са релевантним подацима о полној и старосној дистрибуцији у литератури наши резултати су готово слични са резултатима Parksa A.G. 1976.(1), Velikowe T. 1983.(2), Kuypersa JHC. 1982. (3), Seow - Choen-a F. 1992.(6), Isbistera WH. 1999. (7), Robert I. Weismana 1991.(8).

Од укупног броја пацијената, нешто мање од половине (46.6%) или 28 пацијената је имало предходно операцију у парааналној регији. Упоредивши са резултатима Roberta I. Weismana (8), који је од укупног броја пацијената (27), код 13 (48.1%) нашао претходну операцију у парааналној регији и то осам пацијената због парааналног апсцеса и пет због парааналних фистула.

Према литературним подацима за евалуацију бола, секреције и крварења, као кључних симптома

клиничке манифестације парааналних фистула, има мало доступних података. Упоређујући наше резултате са литературним подацима дошли смо до сазнања да се бол јавља између 72.0% и 95.0% пацијената (3,8). А.С. Parks наводи у својим радовима даје бол константан симптом заступљен код 91.0%, а секреција у 95.0% пацијената (5). У својим радовима Јамес П.Тхомпсон је нашао минорно крварење код 27.0% пацијената (5).

Клиничким прегледом смо дошли до битних података који су нам били од велике помоћи у идентификацији унутрашњег отвора и анатомије парааналне фистуле. Инспекцијом смо потврдили правило да отвор до три центиметра од аналне маргине упућује на интерсфинктерично простирање примарног тракта код 36 пацијената. Спољашњи отвор од три до пет центиметара упућивао је на трансфинктеричне парааналне фистуле, док код једног пацијента са екстрасфинктеричном парааналном фистулом спољашњи отвор је био удаљен више од пет центиметара од аналне маргине. У овој студији смо потврдили Гоодсал-ово правило осим у три случаја код предњих фистула. Код три жене смо нашли спољашњи отвор испред центра ануса, а њихов тракт је био кривудава и унутрашњи отвор смо нашли на стражњој комисури. Код 23 пацијента спољашњи отвор је био напред (38.3%), а код 37 (61.6%) пацијената је био страга иза замишљене хоризонталне линије која пролази кроз центар ануса.

Cirosso W.C. и Reilly су нашли да простирање фистулозног тракта код стражњег спољашњег отвора тачно. Код спољашњег отвора који је смештен напред у 71.0% случајева тракт се протеже до предње средине где је и унутрашњи отвор, а у 31.0% случајева постоји радијално простирање и унутрашњи отвор није у предњој линији (9).

Упоређујући са три серије о парааналним фистулама и то: Parksа (1), Vuie-a (1), и Lilius-a (1), наши резултати су слични. Паркс је нашао спољашњи отвор позади код 76%, а напред код 24% пацијената. Vuie у свом раду је приказао спољашњи отвор позади код 68% пацијената, а испред центра ануса код 31% пацијената. Lilius је навео спољашњи отвор позади у 64%, а напред у 36%.

Свим пацијентима прве, контролне групе, упоређујући налаз фистулографије, физикалног прегледа и интраоперативни налаз, добили смо резултате на основу којих смо дефинисали критерије за преоперативну дијагностику парааналних фистула. Наше резултате смо упоредили са најновијим резултатима из светске литературе.

Код пацијената прве групе, којима је преоперативно урађена фистулографија, примарни тракт је коректно приказан код 13 пацијената са парааналним фистулама од укупно 30 (43.3%). Од овог броја код девет пацијената примарни тракт се интерсфинктерично простира, а четири пацијента су имали трансфинктерично простирање примарног тракта. Фистулограм није добро открио примарни тракт код 17 (56.7%) пацијената ове групе. Фистулограмом нисмо открили простирање примарног тракта код једне екстрасфинктеричне, десет трансфинктеричних и шест интерсфинктеричних парааналних фистула. Код ових пацијената фистулографија није била употребљива што је и интраоперативно дока-

зано. Од овог броја осам фистулограма уопште не детектује радиолошки примарни тракт, а девет указује на високо простирање примарног тракта. Интраоперативно је нађено да се примарни тракт код њих простирао ниско. Од укупног броја пацијената, прве групе, фистулографијом је приказан коректно секундарни тракт код два пацијента (40.0%) пацијената и то код једног са интерсфинктеричном парааналном фистулом са ниским простирањем секундарног тракта и једног пацијената са трансфинктеричном фистулом чији секундарни тракт се, такође, ниско простирао. Фистулограм није указао на две интерсфинктеричне фистуле са ниским секундарним трактом који слепо завршава. Простирање фистулозног тракта у виду коњске потковице код пацијената ове групе, фистулографија је тачно указала на тракт код два пацијента (50.0%). Обе парааналне фистуле су биле потковичасте трансфинктеричне. Анализом резултата фистулографије у детекцији унутрашњег отвора дошли смо до закључка даје унутрашњи отвор коректно откривен код 12 (40.0%) пацијената. Тачан је био код девет пацијената са интерсфинктеричним парааналним фистулама и три пацијента са трансфинктеричним фистулама. Код 18 пацијената ове групе (60.0%) унутрашњи отвор нисмо открили. Фистулографија није била тачна у откривању унутрашњег отвора код осам пацијената са интерсфинктеричним парааналним фистулама, седам пацијената са трансфинктеричним фистулама, два пацијената са трансфинктеричним потковичастим фистулама и једног пацијент са екстрасфинктеричном парааналном фистулом. Од овог броја фистулограм код четири пацијента је сугестиван на присуство ректалног, високо постављеног унутрашњег отвора. Сугестивно на постојање ректалног отвора фистулографија је указала и код једног пацијента са екстрасфинктеричном фистулом и три пацијента са високом трансфинктеричном фистулом. Ови лажно позитивни резултати (13.3%) потврђени су интраоперативним налазом.

У доступној страници и домаћој литератури приметили смо да мали број аутора, фистулографији као преоперативној дијагностичкој процедури у дијагностици парааналних фистула, даје значај. Интересантна је студија Кијперс-а и сарадника. (9) који је урадио фистулографију код 25 од 286 пацијената са парааналним фистулама 1985 године. Резултате је упоредио са хируршким налазом. У овој студији фистулограм је коректан само у 16% пацијената. Лажно позитиван резултат десио се у 12%. По Кијперсу употребна вредност фистулографије је лимитирана, не открива и не делује адекватно на хируршки третман. Од 25 пацијената фистулограм је приказао унутрашњи отвор у пет пацијената. У другу руку, фистулограм је био сугестиван за присуство аналног отвора у два пацијената од четири (50.0%) с тим да су ти пацијенти имали ректални отвор. Ректални отвор је демонстриран радиографски у шест пацијената са екстрасфинктеричним фистулама (17.0%). Фистулограм је био веома сугестиван за присуство ректалног отвора у два пацијената од деветнаест са интерсфинктеричним и трансфинктеричним фистулама (10.0%). У овој студији високо простирање фистулозног канала је детектовано у девет од шеснаест пацијената. Простирање при-

марног тракта у виду коњске потковице је детектован радиографски у четири од шест пацијената (67.0%).

Robert I. Weisman и сарадници (8) 1991. године су у ретроспективној студији приказали 27 пацијената којима је преоперативно урађена фистулографија. У овој студији 13 од 27 пацијената (48.0%) су имали корист од фистулографије, која је директно утицала на хируршки третман. У закључку, анална фистулографија није нашла распрострањеност употребе и многе студије нису нашле корисност. Код селективних пацијената са рецидивним фистулама криптогландуларне етиологије и пацијената са инфламаторним болестима црева може дати доста информације за дефинитивни менаџмент парааналне фистуле (8).

Свим пацијентима огледне групе, осим фистулографије као преоперативне дијагностичке процедуре, урадили смо и клинички преглед. Клиничким прегледом смо код 23 (76.6%) пацијента ове групе успешно открили примарни тракт. Открили смо шеснаест интерсфинктеричних простирања примарног тракта, три трансфинктерична и четири трансфинктерична простирања код потковичастих парааналних фистула. Код седам (23.4%) пацијената нисмо дијагностиковали примарни тракт. Није откривен примарни тракт код једне екстрасфинктеричне парааналне фистуле, пет трансфинктеричних парааналних фистула са високим простирањем фистулозног тракта и једне трансфинктеричне парааналне фистуле, пореклом Кронове болести. Секундарни тракт физикалним прегледом смо открили тачно код три пацијента (60.0%) од укупног пет из ове групе. Потковичасте парааналне фистуле на нашем материјалу и њихово трансфинктерично простирање примарног тракта, уредно смо дијагностиковали код четири пацијента (100%) што смо и интраоперативно потврдили. Клиничким прегледом открили смо унутрашњи отвор коректно код 22 пацијента (73.3%). Нисмо открили код осам пацијената (26.6%). Није откривен унутрашњи отвор код једне екстрасфинктеричне фистуле, једне трансфинктеричне фистуле пореклом Кроново болести и једне предње фистуле са трансфинктеричним простирањем, са унутрашњим отвором на стражњој комисири.

Choen и сарадници (6) у студији која је обрадила 38 пацијената су физикалним прегледом идентификовали примарни тракт код 85.3%, секундарни тракт 71.4% и унутрашњи отвор 78.8% пацијената. Одличне резултате су имали у идентификацији суперфицијалних (100%), трансфинктеричних (100%), а не и екстрасфинктеричних (25.0%). Секундарни тракт са супралеваторним (63.3%) и интерсфинктеричним простирањем (33.3%) није адекватно дијагностикован у овој студији.

Deen и сарадници (10) физикалном прегледом су од 18 пацијената дијагностиковали примарни тракт код 38.0%, потковичасти тракт 27.3% и унутрашњи отвор 50.0% пацијената. Поен и сарадници (11) су преоперативно физикалним прегледом обрадили 21 пацијента. Добили су коректну дијагнозу код 38,0% пацијената, а 62,0% пацијената нису класификовали. Примарни тракт је идентификован код 62,0%, секундарни тракт 71,0% и унутрашњи отвор у 60,0% пацијената. Закључили су да физикална егзаминација не гарантује

идентификацију комплексног примарног тракта (супрасфинктерични и екстрасфинктерични).

Код 26 пацијената С. Ratto и сарадници (11) су физикалним прегледом идентификовали примарни тракт код 65.4%, секундарни 73.1%, потковичасти 80.8% и унутрашњи отвор 23.1% пацијената.

Након спроведене преоперативне дијагностике наведеним процедурама све пацијенте смо оперативном третирали и интраоперативни налаз смо анализирали. Добијене резултате смо упоредили са налазним наведених преоперативних дијагностичких процедура.

О типу и простирању парааналне фистуле изводили смо закључак на основу интраоперативног налаза. Интраоперативни налаз нам је служио као оцена ваљаности преоперативних дијагностичких процедура.

ЗАКЉУЧЦИ

1. Физикалним прегледом који се састојао од инспекције, палпације, дигиторекталног прегледа и прегледа главичастом сондом, у нашој студији, је чешће откривен фистулозни тракт и унутрашњи отвор него фистулографијом.

2. Преоперативна идентификација олучастом сондом фистулозног тракта, унутрашњег отвора и њиховог односа са сфинктерном мускулатуром је одлучујући фактор за хируршко лечење.

3. Фистулографија заједно са иригографијом је од помоћи када треба доказати или искључити комуникацију фистулозног тракта са цревом, код одабраних пацијената са парааналним фистулама, пореклом специфичних и инфламаторних обољења црева.

4. Фистулографија показује правац фистулозног канала, без односа истог са аноректалном мускулатуром те нема већег значаја у хируршком третману парааналних фистула.

ЛИТЕРАТУРА

1. Parks A. G, Gordon P.H, Hardcastle J.G. A classification of fistulae - in - ano. Br J Surg 1976;63:1-12.
2. Velikonja T. Paraanalna fistula, radovi III naucnog sastanka UDKJ - Rijeka- Opatija, studeni 1983., 67-74.
3. Kuypers JHC. Diagnosis and treatment of fistula in ano. Neth J Surg 1982;34:147-52.
4. Choen S, Burnett S, Bartram CI, Nicholls RJ. Comparison between anal endosonography and digital examination in the evaluation of anal fistulae. Br J Surg 1991;78:445-7.
5. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula- in - ano. Br Med J 1961 ;1:4639.
6. Seow - Choen F, Nichollas RJ. Anal fistula. Br J Surg 1992; 79:197-205.
7. Isbister WH. Fistula in ano. Aust. N.Z. Surg. 1999;69:768-9.
8. Weisman RI, Orsay CP, Pearl RK, Abcarian H. The role of fistulography in fistula -in - ano: report of five cases. Dis Colon Rectum 1991 ;34:181-4.
9. Kuijpers HC, Schulpen T. Fistulography for fistula in ano: is it useful? Dis Colon Rectum 1985;28:103-4.
10. Deen KI, Williams JG, Hutchinson R, Keighley MRB, Kumar D. Fistulas in ano: endoanal ultrasonographic assessment assists decision making for surgery. Gut 1994;35:391-4.
11. Poen AC, Felt N, Bersma RJF, Eijssbouts QAJ, Cuesta MA, Meuwissen SGM. Hydrogen peroxide enhanced transanal ultrasound in the assessment of fistula - in -ano. Dis colon Rectum 1998;41:1147-52.