

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Anatomii i Antropologii, Katedra Nauk Fizjologiczno-Medycznych, Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

³ Pracownia Rezonansu Magnetycznego, NZOZ VOXEL, Medyczne Centra Diagnostyczne, Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu

Doświadczenie własne w leczeniu przetok okołoodbytniczych w latach 2006-2009

The author's own experience in treating anal fistulas in the years 2006-2009

Streszczenie:

Praca poświęcona jest przedstawieniu własnych doświadczeń w leczeniu przetok okołoodbytniczych w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej ŚSUM w Bytomiu w latach 2006-2009.

Prezentowane są w niej trudności w leczeniu przetok, wielość ich postaci, stosowane zabiegi operacyjne, przyczyny niepowodzeń w leczeniu chirurgicznym przetok oraz czynniki decydujące o powodzeniu leczenia.

Wyniki oparte są na analizie 56 operacji przetok okołoodbytniczych u 45 mężczyzn w wieku średnio 49,98(+/-14,5) lat i 11 kobiet – średnia wieku 50,28(+/-13,51) lat.

Z grupy wyłączono chorych leczonych z powodu przetok okołoodbytniczych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna (3 osoby).

Abstract:

The paper presents the author's experience in the treatment of anal fistulas at the Faculty and Clinical Department of General and Gastroenterological Surgery, Silesian University of Medicine in Bytom during the years 2006-2009. The following problems are presented: difficulties in treating fistulas, the multiplicity of their forms, the surgical procedures performed, the main causes of failures in surgical treatments and the factors determining success in treatment. The results are based on the analysis of 56 operations of anal fistulas performed on 45 men at the mean age of 49.98 (+/-14,5) years and 11 women, at the mean age of 50.28 (+/-13.51) years. Three patients were excluded from the group due to anal fistulas that resulted in the course of Crohn's disease.

Słowa kluczowe: przetoka okołoodbytnicza, leczenie operacyjne, diagnostyka, obrazowanie rezonansu magnetycznego

Keywords: perianal fistula, diagnostics, surgery, magnetic resonance imaging

Przetoka okołoodbytnicza to przewlekłe zakażenie tkanek okołoodbytniczych, będące zazwyczaj konsekwencją ropnia, stale stanowiące poważne wyzwanie lecznicze dla chirurgów. Przetokę stanowią kanał lub kanały wypełnione ziarniną, otoczone twardą tkanką włóknistą. Przetoki okołoodbytnicze tworzą heterogenną grupę, ale większość z nich ma pochodzenie gruczołowe, kryptogenne. Także większość z nich ma stosunkowo prosty, łagodnie eliptyczny przebieg rozpoczynający się ujściem zewnętrznym w pobliżu odbytu, z ujściem wewnętrznym w kanale odbytu na wysokości krypt. Część przetok jednak ma charakter złożony, o nietypowym przebiegu stanowiący duży problem terapeutyczny związany z licznymi niepowodzeniami i powikłaniami pooperacyjnymi. Ich pojawienie się znacząco może pogorszyć jakość życia chorego. Dotyczy to szczególnie przetok nawrotowych. Trudne warunki anatomiczne ograniczają dodatkowo agresywność

postępowania diagnostycznego i leczniczego u wszystkich chorych. Częste nawroty, fatalne w skutkach powikłania skłaniają do zwrócenia szczególnej uwagi na ten problem chirurgiczny. Trudności w leczeniu przetok, wielość ich postaci i nawrotowy charakter skłaniają do podejmowania wielopłaszczyznowych analiz o czynnikach decydujących o powodzeniu leczenia. Przedoperacyjne dokładne umiejscowienie przebiegu kanału przetoki okołoodbytniczej wraz z jej ujściem zewnętrznym i wewnętrznym jest podstawą diagnostyki tej choroby, warunkującej w dużej mierze skuteczność zabiegu operacyjnego dobranej indywidualnie dla konkretnego chorego.

Celem pracy było przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu przetok okołoodbytniczych w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej ŚSUM w Bytomiu w latach 2006-2009.

Material i metoda

W latach 2006-2009 wykonano w Katedrze i Oddziale Klinicznym ŚUM Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Bytomiu 56 operacji przetok okołodbytnicznych, u 45 mężczyzn w wieku średnio 49,98(+/-14,5) lat i 11 kobiet – średnia wieku 50,28(+/-13,51) lat. Z grupy analizowanej wyłączono chorych leczonych z powodu przetok okołodbytnicznych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna (3 osoby).

Przed zabiegiem chorzy badani byli proktologicznie. Tuż po subiektywnej ocenie napięcia zwieracza odbytu w badaniu per rectum pouczano chorych co do prawdopodobnego przebiegu operacji z podkreśleniem powikłań pooperacyjnych. U większości chorych wykonywano przedoperacyjnie rektoskopię lub anoskopię z próbą odnalezienia otworu wewnętrznego. Oprócz zwykłego przygotowania u 13 wybranych chorych wykonano MRI fistulografię. Starano się badanie to wykonać u wszystkich chorych z przetoką nawrotową, w przypadku trudności w znalezieniu otworu wewnętrznego i w razie podejrzenia nietypowego przebiegu przetoki. W przeddzień operacji w celu przygotowania jelita grubego chorzy otrzymywali doustnie około 5 litrów płynów zawierających fosforan sodowy oraz podskórną heparynę drobnocząsteczkową. W dniu operacji w godzinach rannych wykonywano wlew doodbytniczy, dodatkowo chorzy otrzymywali dożylnie antybiotyki: tartiakson i metronidazol. Operację przeprowadzano w znieczuleniu przewodowym, w pojedynczych przypadkach w znieczuleniu miejscowym nasiękowym lub ogólnym dotchawiczym. Po operacji u chorych kontynuowano antybiotykoterapię, podawano przeciwbólowo morfinę 2-3 dni, następnie NLPZ dożylnie i doustnie. Przez pierwsze 3-5 dni dodatkowo podawano środki zapierające i płynoterapię dożylnie. Następnie w celu ułatwienia oddania stolca parafinę i roztwór wody z miodem. Wymianę setonów wykonywano początkowo codziennie, następnie opatrunki zmieniano w trybie ambulatoryjnym co 2-3 dni (głównie roztwór 0,5-1% *Argentum subnitricum*, maść Mikulicza, nadmiar ziarniny lapisowano lub traktowano 20% *Argentum subnitricum*).

Wyniki

W 12 przypadkach operowano przetokę nawrotową, w pozostałych 44 pierwotną. U 13 chorych (10 mężczyzn, 3 kobiety) z przetokami okołodbytnicznymi wykonano dodatkowo MRI fistulografię (7 przetok nawrotowych, 6 pierwotnych). Podczas leczenia operacyjnego stwierdzono 14 przetok międzyzwieraczowych, 24 przetoki przezwieraczowe, 6 nadzwieraczowych, 2 pozazwieraczowe oraz nie uwzględnione w podziale Parksa 3 podskórne i 2 podśluzówkowe. W analizowanej grupie 56 chorych oddzielnie liczone były 2 przetoki mnogie (dwa

ujścia wewnętrzne), 2 przetoki podkowiaste, 3 przetoki złożone.

U 5 chorych przetoce towarzyszył ropień, u chorego szczylina odbytu, u 2 polip odbytnicy.

Fistulektomię (z częściowym zamknięciem rany lub marsupializacją oraz z przecięciem mięśnia zwieracza wewnętrznego i w razie konieczności częściowym mięśnia zwieracza zewnętrznego) wykonano u 46 chorych, fistulektomię w 1 przypadku, fistulektomię z przesunięciem płata śluzówkowo-mięśniowego odbytnicy (advancement flap repair) u 6 chorych, fistulektomię z przecięciem i zeszytciem – rekonstrukcją mięśnia zwieracza zewnętrznego u 3 chorych.

Po operacji hospitalizacja trwała średnio 4-6 dni, w trudnych przypadkach do 14 dni. Po leczeniu większości przetok chorzy wracali do pracy lub kontynuowali leczenie ambulatoryjne, po 3-4 tygodniach zostali uznani za wyleczonych. W przypadku nawrotowych, złożonych, wysokich przetok leczenie trwało średnio 6-7 tygodni. Jako niepowodzenie leczenia traktowano utrzymywanie się przetoki powyżej 6-8 tygodni lub nawrót przetoki w przeciągu roku. Odnotowano 8 przypadków niepowodzenia leczenia (4 nawroty, 4 przypadki przetok przetrwałych, w tym 2 ślepe wewnętrznie), z czego 5 dotyczyło przetoki operowanej po raz kolejny (nawrotowej).

Omówienie

Przetoka okołodbytnicza to przewlekłe zakażenie tkanek okołodbytniczych, będące zazwyczaj konsekwencją ropnia. Kanał większości przetok ma stosunkowo prosty przebieg między ujściem zewnętrznym a znajdującym się w kanale odbytu ujściem wewnętrznym (zazwyczaj krypta tylna). Klasyfikacja Parksa oparta na stosunku przebiegu kanału przetoki do zwieracza zewnętrznego odbytu dzieli przetoki okołodbytnicze na cztery zasadnicze typy: międzyzwieraczowe, przezwieraczowe, nadzwieraczowe i pozazwieraczowe, dodatkową grupę stanowią przetoki zlokalizowane powierzchownie: podskórne i podśluzówkowe [1, 2, 3]. Istniejące w nazewnictwie inne podtypy przetok związane są z ich przebiegiem, obecnością dodatkowych kanałów, ujść przetok, wcześniejszym leczeniem, które determinują sposób ich operacyjnego leczenia (proste, złożone, mnogie, wysokie, nawrotowe). W pracy obok klasyfikacji Parksa, używamy pojęcia przetoki nawrotowej, rozumianej jako przetoka powstała po nieudanej wcześniejszej operacji, przetoki złożonej (często nawrotowej) przebiegającej powyżej pętli mięśnia łonowo-odbytniczego, której rozgałęzienia kanału często kierują się pionowo ku górze, a nie do środkowej części kanału odbytu, z ujściem wewnętrznym powyżej kresy grzebieniastej (podział wg Thompsona) oraz przetoki mnogiej (często złożonej, nawrotowej) o kilku otworach –

ujściach wewnętrznych. Przetoki bez ujścia wewnętrznego są przetokami ślepyimi wewnątrznie. Czasem przetoki odbytu z punktem wyjścia w gruczole tylnym śródkiowym zapoczątkowują proces ropny, w którym po przecięciu mięśnia zwieracza zewnętrznego, zakażenie drąży dalej tkanki, znajdując drogę okrężną do przestrzeni zaodbytniczej – tworzy się wtedy przetoka podkowiasta. Wśród tychże przetok znajdujemy grupę przetok o skomplikowanym, rozgałęzionym, wysokim przebiegu, szczególnie często u chorych wcześniej operowanych oraz u chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna. W takich przypadkach nawet uwidocznienie ujścia wewnętrznego przetoki nie rozwiązuje problemu wyboru optymalnej techniki operacyjnej. W tych przypadkach szczególnego znaczenia nabiera także doświadczenie operatora, dokładne przedoperacyjne ustalenia rozległości schorzenia, przebiegu głównego kanału przetoki z jej rozgałęzieniami (zaciekami). Operator chciałby już przed operacją wiedzieć, jaki jest przebieg przetoki, przede wszystkim, jaki jest jej stosunek do mięśnia zwieracza zewnętrznego? Wybarwiona śródoperacyjnie błękitem metylenowym, roztworem fioleto krystalicznego przetoka prowadzić może nie tam, dokąd chirurg chciałby dojść, nie zawsze przetoka taka jest na miarę jego możliwości. Wstępna diagnostyka przetoki okołodbytniczej opierająca się na przeprowadzonym wywiadzie z chorym, badaniu przedmiotowym, które obejmować winno dokładne oglądanie okolicy odbytu, z badaniem per rectum pozwala ustalić właściwe rozpoznanie w 48% przypadków [4]. Stąd też diagnostykę przetok w większości przypadków należy poszerzyć o dodatkowe badania obrazowe. Podstawową nieinwazyjną metodą dla obrazowania tego typu patologii jest aktualnie ultrasonografia wewnątrzodbytnicza (EUA) oraz coraz popularniejsza i dokładniejsza ultrasonografia z zastosowaniem środka kontrastowego (3% nadtlenek wodoru) W wielu jednak przypadkach, szczególnie najtrudniejszych nie wykrywa ona zmian zlokalizowanych wysoko (nadzwieraczowych), podskórnych, o typie podkowi, czy też mniejszych gałęzi dodatkowych przetok. Według licznych autorów może być stosowana jedynie orientacyjnie, dla określenia stanu zwieracza po przebytej operacji i przed nierozległymi zabiegami [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9]. Metodą, która jak się wydaje spełnia w pełni zapotrzebowanie w diagnostyce przetok okołodbytniczych jest MRI. Choć EUA stanowić może cenne uzupełnienie w poszukiwaniu ujścia wewnętrznego przetoki [10, 11, 12, 13].

Badaniem, które wykorzystujemy w naszym ośrodku jest MRI fistulografia z podawaniem do przetoki kontrastem gadolinum, pozwalająca na dokładne uwidocznienie przebiegu przetoki. Jednak ze względu na wysokie koszty badania, wskazania ograniczyliśmy jedynie do ściśle wyselekcjonowanych przypadków. Dodatkowe ślepe rozgałęzienia przetok (zacieki), wysoko biegnące kanały

przetok wypełnione zapalną ziarniną, kanały o nietypowym przebiegu, mnogie otwory wewnętrzne i zewnętrzne prowadzić mogą do dwóch podstawowych powikłań – niepowodzeń terapeutycznych – powstałego przy zbyt radykalnym zabiegu nietrzymania stolca lub szybkiego nawrotu przetoki przy zbyt asekuracyjnej postawie operatora. W naszym materiale w przypadkach z wymienionych jak się wydaje przyczyn wystąpiło niepowodzenia leczenia z utrzymaniem się pełnej przetoki (3 chorych) lub wczesnym obserwowanym w ciągu kilku miesięcy nawrotem przetoki (6 chorych). U 2 chorych doszło do zamknięcia się otworu wewnętrznego przetoki, pozostała przetoka ślepa wewnątrznie, która wymagała ponownej interwencji usunięcia ziarniny poszerzenia otworu zewnętrznego i leczenia setonami do momentu wygojenia się jej od dna. U chorego przy wyleczeniu przetoki stwierdzono wyraźne osłabienie zwieracza odbytu z niepełnym trzymaniem stolca słabo reagujące na zalecone ćwiczenia (operacja z przecięciem i zszyciem zwieracza zewnętrznego). Ślepo biegnące rozgałęzienia przetok tworzące obszary wypełnione zakażoną ziarniną są przyczyną, jak uważamy, dodatkowej jednostki chorobowej, a mianowicie rozległego zakażenia tkanek okołodbytniczych z tworzącymi się ropniami, ropowicą tkanek w okolicy dołu kulszowo-odbytniczego i przestrzeni odbytowo-miedniczej.

Stąd też jak się nam wydaje, niektóre niepowodzenia leczenia wysokich przetok leczonych metodą z przesunięciem błony śluzowej i zamknięciem otworu wewnętrznego, które początkowo zamknięte chirurgicznie, ponownie otwierają się rozepchnięte przez wydzielinę wysiękowo-ropną powstałą w przedwcześnie zamkniętych przestrzeniach gojących się przetok okołodbytniczych (przyodbytnicze) (które możemy rozumieć również jako przetoki okołodbytniczej po leczeniu ślepe wewnątrznie lub przetoki przyodbytnicze resztkowe). W 2 przypadkach, jak wspomniano wcześniej, operowano chorych otwarciem takiej przetoki resztkowej z jej oczyszczeniem i setonowaniem przed wytworzeniem się pełnej przetoki. Około 5% przetok ma skomplikowany, rozgałęziony, złożony przebieg, czasem z kanałem sięgającym powyżej mięśnia łonowo-odbytniczego. Często ujście wewnętrzne jest zwężone, bardzo niewielkie, bądź okresowo zamknięte. Jeżeli nie usuniemy ujścia wewnętrznego przetoki wraz z zakażonym, leżącym między zwieraczami gruczolem, nie odnajdziemy i prawidłowo zdrewnimy lub usuniemy wszystkich dodatkowych kanałów przetoki to ryzyko nawrotu jest duże. Liczne niepowodzenia w leczeniu chirurgicznym przetok związane są więc z niedostatecznym rozpoznaniem ich przebiegu, nie znalezieniem ich ujść wewnętrznych, niedokładnym poznaniem wszystkich rozgałęzień, obecnością przetoki podkowiastej i przedwczesnego zamknięcia rany po zabiegu fistulektomii. Ponadto trudne warunki anatomiczne ograniczają

agresywność w rozpoznaniu i leczeniu przed i podczas operacji w związku z obawą uszkodzenia zwieraczy odbytu i nietrzymaniem stolca.

Jak się wydaje, palenie papierosów jest także czynnikiem rokowniczo niekorzystnym [14,15].

W skład leczenia przetok wchodzi klasyczne zabiegi operacyjne: fistulektomia, fistulektomia z założeniem setonu. Są to zabiegi najczęściej wykonywane. W naszym ośrodku stosujemy głównie fistulektomię z marsupializacją. Dotyczy to przetok międzyzwieraczowych i większości najczęstszych niskich obejmujących mniej niż 1/3 objętości mięśnia zwieracza zewnętrznego przetok przewieraczowych. Fistulektomię stosujemy jedynie w powierzchniowych przetokach podskórnych i podśluzówkowych. Sangwan i wsp. [14] obserwowali 6,5% nawrotów u chorych po przebytym zabiegu fistulektomii lub fistulotomii z powodu obecności prostej przetoki okołodbytniczej. Fistulektomię z plastyką płatem przesuniętym (advancement flap repair) [16,17] stosujemy w przetokach złożonych i wysokich. W wybranych przypadkach fistulektomię z rekonstrukcją zwieracza zewnętrznego. W leczeniu przetok wysokich (obejmujących większość mięśnia zwieracza zewnętrznego) i złożonych preferowaną metodą jest przesunięcie płata z błony śluzowej i części mięśniowej odbytnicy. Dzięki zastosowaniu tej metody można zamknąć ujście wewnętrzne przetoki, usunąć jej prawie całą objętość z pozostawieniem nieuszkodzonych zwieraczy. Dodatkowo stosowane są również kleje tkanekowe, gąbki z antybiotykami, „zatyczki” wprowadzane do kanału przetoki [17, 18, 19, 20]. Nie mamy doświadczeń w stosowaniu tych technik.

Mizari i wsp. [21] na 106 operowanych metodą flap złożonych przetok uzyskał powodzenie w 60% przypadków. Więcej niepowodzeń, to jest około 60%, zanotowano u chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna (28 chorych). Nawrót przetoki kryptopochodnej (41 operowanych chorych) wystąpił u co trzeciego chorego. Podobnie około 65% wyleczeń wysokich przetok kryptopochodnych uzyskał Mitlas i wsp. [22]. Ostatni przegląd 35 prac poświęconych wynikom leczenia tą metodą wykazuje tendencję do poprawy jej skuteczności sięgającej 80% w przypadku przetok kryptopochodnych i 60% na podłożu choroby Leśniowskiego-Crohna [23].

W przypadku przetok obejmujących znacząco część zwieraczy odbytu, nadzwieraczowych, przezzwieraczowych przednich można również zastosować technikę oszczędzającą zwieracze z użyciem pętli Hipokratesa, u nas w badanym okresie nie stosowaną. Uważamy tę metodę za długotrwałą, mało efektywną, wymagającą dużego zaangażowania chorego i także obciążoną ryzykiem nietrzymania stolca. W wybranych przypadkach również stosowane jest przecięcie zwieracza z jego następowym zszyciem. W naszym ośrodku w latach 2006-2009 wykonano 3 takie operacje.

Szczególne zalecenia dotyczą przetok powstałych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna. Tu bowiem całkowita remisja choroby umożliwiająca wyleczenie przetoki jest niezwykle rzadka. Rozległe zabiegi chirurgiczne są przeciwwskazane. Nie mamy doświadczenia w stosowaniu metody flap w tym schorzeniu, skłaniamy się do czasowej kolostomii, setonowania przetok, ewentualnie z użyciem pętli Hipokratesa.

Zaobserwowaliśmy u 8 chorych niepowodzenie w leczeniu zmuszające nas do reoperacji. W 2 przypadkach wydaje się, że przetrwała przetoka ślepa wewnętrznie była skutkiem zbyt szybkiego zamknięcia się przetoki. Po jej ponownym otworzeniu szybko uzyskano wyleczenie. Nie możemy ocenić, czy są to wszystkie nasze powikłania „niedoszczędności” zabiegu. Chorzy mogli szukać pomocy także w innych szpitalach. Wiemy jednak, że pacjenci z przetokami okołodbytnicznymi, a szczególnie nawrotowymi przyjmowani są na inne oddziały bardzo niechętnie. W obserwacji ambulatoryjnej natomiast nie stwierdzono powikłania w postaci pełnego nietrzymania stolca. Plamienia, popuszczanie luźnego stolca zdarzały się częściej, miały charakter raczej przejściowy, poprawę uzyskiwano z czasem w naturalnym przebiegu pooperacyjnym lub/i w związku z zaleceniami ćwiczeniami mięśni zwieraczy (biofeedback) oraz elektrostymulacją.

Podsumowanie i wnioski

Leczenie przetok okołodbytnicznych wymaga bardzo dobrej znajomości anatomii w obrębie odbytu i odbytnicy, umiejętności prawidłowego zobrazowania sobie tej okolicy, w czym pomagają starannie przeprowadzone diagnostyczne badania obrazowe, których podstawą jest badanie MRI fistulografia.

W naszej Klinice przeprowadzane operacje dobierane są indywidualnie dla konkretnego chorego i w dużej mierze dla wybranego chirurga. Kładziemy duży nacisk, aby przed operacją operatorzy dokładnie wiedzieli, z jaką przetoką mają do czynienia, jak się do operacji przygotować i kto ją ma wykonać. Wybór metody operacyjnej zależy od rodzaju przetoki, jej położenia w stosunku do zwieraczy i osobistego doświadczenia chirurga, który stale pamięta o podstawowych powikłaniach pooperacyjnych, jakimi są przejściowe lub trwałe nietrzymanie stolca oraz nawrót przetoki.

Wśród 56 chorych leczonych w latach 2006-2009 najczęściej było przetok przezzwieraczowych, podstawowym zabiegiem operacyjnym była fistulektomia z marsupializacją.

LITERATURA

- [1] Holschneider A., Hutson J., Pena A. i wsp.: Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. *Journal of Pediatric Surgery* 2005; 40: 1521-1526.
- [2] Shorthouse A.J.: Anal fistula. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994; 87: 491-493.
- [3] Parks A.G., Gordon P.H., Hardcastle J.D.: A classification on fistula – in – ano. *Br J Surg* 1976; 63:1-12.
- [4] Inceoglu R., Gencosmanoglu R.: Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess in the treatment of posterior horseshoe fistula. *BMC Surgery* 2003; 3:10.
- [5] Sudół-Szopińska I., Szczepkowski M., Bielecki K. i wsp.: Ocena przydatności endosonografii bez i z kontrastem w diagnostyce przetok odbytniczych (pierwotnych i nawrotowych). *Pol Przegl Chir* 2004; 76: 938-948.
- [6] Poen A.C., Felt-Bersma R.J., Eijssbouts Q.A. i wsp.: Hydrogen peroxide-enhanced transanal ultrasound in the assessment of fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1147.
- [7] Ratto C., Gentile E., Merico M. i wsp.: How can the assessment of fistula-in-ano be improved? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1375.
- [8] Felt-Bersma R.J., Cazemier M.: Endosonography in anorectal disease: an overview. *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* 2006; 243:165-174.
- [9] Kruskal J.B., Kane R.A., Morrin M.M.: Peroxide-enhanced anal endosonography: technique, image interpretation and clinical applications. *Radiographics* 2001; 21:173-189.
- [10] Schaefer A.O., Baumann T., Langer M.: MRI for the detection of anorectal fistulas. *RoFo*, 2006; 178: 1095-1104.
- [11] Buchanan G.N., Halligan S., Williams A.: Effect of MRI on clinical outcome of recurrent fistula-in-ano. *Lancet* 2002; 360: 1661-1662.
- [12] Adamczyk T., Kluczevska E., Waniczek D. i wsp.: Przetoki okołodbytnicze – diagnostyczne metody obrazowe i ich zastosowanie. *Pol J Radiol* 2009; 74(3):1-5.
- [13] Beets-Tan R.G., Beets G.L., van der Hoop A.G. i wsp.: Preoperative MRI of anal fistulas: Does it really help the surgeon? *Radiology* 2001; 218:75-84.
- [14] Sangwan YP, Rosen L, Riether RD i wsp.: Is simple fistula – in – ano simple? *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 885-889.
- [15] Zimmerman D.D., Delemar J.B., Gosselink M.P. i wsp.: Smoking affects the outcome of transanal mucosal advancement flap repair of transsphincteric fistulas. *Br J Surg* 2003; 90(3): 351-4.
- [16] Gustafsson U.M., Graf W.: Randomized clinical trial of local gentamicin-collagen treatment in advancement flap repair for anal fistula. *Br J Surg* 2006; 93(10):1202-7.
- [17] Christoforidis D., Pieh M.C., Madoff R.D. i wsp.: Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: a comparative study *Dis Colon Rectum*. 2009; 52(1):18-22.
- [18] Cintron J.R., Park J.J., Orsay C.P. i wsp.: Repair of fistulas-in-ano using fibrin adhesive: long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(7): 944-9.
- [19] Swinscoe M.T., Ventakasubramaniam A.K., Jayne D.G.: Fibrin glue for fistula-in-ano: the evidence reviewed. *Tech Coloproctol* 2005; 9(2):89-94.
- [20] Christoforidis D., Pieh M.C., Madoff R.D. i wsp.: Treatment of transsphincteric anal fistulas by endorectal advancement flap or collagen fistula plug: a comparative study *Dis Colon Rectum*. 2009; 52(1):18-22.
- [21] Mizrahi N., Wexner S.D., i wsp.: Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? *Dis Colon Rectum*. 200; 45(12):1616-21.
- [22] Mitlas L.E., van Wijk J.J., Gosselink M.P. i wsp.: Seton drainage prior to transanal advancement flap repair: useful or not? *Int J Colorectal Dis* 2010; 25(12):1499-502.
- [23] Soltani A., Kaiser A.M. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2010; 53(4): 486-95.

JERZY ROTTERMUND¹, ANDRZEJ KNAPIK², ANDRZEJ MYŚLIWIEC³

¹ Wydział Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej

² Wydział Opieki Zdrowotnej, Studium WFiS, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Katedra Metod Specjalnych Fizjoterapii i Sportu Osób Niepełnosprawnych, Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

Zaburzenie konwersyjne – opis przypadku

Conversion disorder – a case study

Streszczenie:

W pracy przedstawiono przypadek 15-letniej dziewczynki, która zgłosiła się do Gabinetu Fizjoterapii w celu poprawy funkcji motorycznych, upośledzonych po wypadku. Trudności diagnostyczne wynikające ze znacznej liczby zróżnicowanych niepowiązanych ze sobą symptomów neurologicznych nie pozwoliły na określenie bezpośrednio po urazie prawidłowego rozpoznania – Zaburzenie konwersyjne. Zaprezentowano techniki wykonywanych zabiegów usprawniających oraz uzyskane efekty wspólnej 7-miesięcznej pracy. Artykuł zawiera również istotne informacje o diagnostyce i leczeniu schorzenia oraz sugestie prowadzenia kompleksowej rehabilitacji ze szczególnym zwróceniem uwagi na rolę ćwiczeń fizycznych w powrocie do zdrowia.

Abstract:

The thesis presents the case of a 15 year old girl who reported to a physiotherapy clinic in order to improve her motor functions after becoming disabled in an accident. The diagnostic difficulties stemming from numerous diversified neurological symptoms, which were not inter-related, did not allow for the correct diagnosis of conversion disorder directly after the injury. The treatment techniques performed to improve the patient's condition as well as the effects of a joint 7-month effort are presented in the thesis. The article also includes significant information about the diagnostics and treatment of the condition as well as suggestions about carrying out comprehensive rehabilitation with special emphasis on the role of physical exercises in the recovery.

Słowa kluczowe: zaburzenie konwersyjne, fizjoterapia, psychoterapia

Keywords: conversion Disorder, physiotherapy, psychotherapy