

*SZYMON GŁOWACKI, KATARZYNA KRASIŃSKA, ALESIA VENHURA, MARCIN NADRATOWSKI,
PAWEŁ WOŁKOWICKI

Bezradność proktologa? Mój stały pacjent – opis przypadku

Colorectal surgeon's helplessness? My regular patient – a case report

Department of General Surgery, Independent Public Health Care Complex in Żuromin
Head of Department: Szymon Głowacki, MD, PhD

Streszczenie

Lekarze zajmujący się na co dzień problemem proktologicznym wiedzą, że największym ich przeciwnikiem jest ból u pacjenta. Autorzy prezentują przypadek pacjenta z ostrą tylną szczeliną odbytu, który mimo leczenia zgodnie z wytycznymi nie uzyskiwał poprawy stanu klinicznego. Stosowano preparaty doustne i miejscowe o działaniu przeciwzapalnym oraz zmniejszającym napięcie zwieraczy odbytu. Pacjent przestrzegał diety, stolec oddawał regularnie, prawidłowy. Pacjent wymagał badania proktologicznego w znieczuleniu ogólnym. Procedury operacyjne również nie przyniosły zamierzonego skutku. Uzyskano poprawę po wprowadzeniu regularnego badania proktologicznego w sedacji oraz leków przeciwdepresyjnych.

Summary

Doctors dealing with colorectal problems in their daily practice are well aware that patient's pain is their greatest adversary. We present a case of a patient with an acute posterior anal fissure who failed to achieve clinical improvement despite guideline-based treatment. Oral and topical preparations with anti-inflammatory properties and reducing the tension of the anal sphincters were used. The patient followed the diet and passed regular, correct stools. The patient required rectal examination under general anaesthesia. Surgical interventions also failed to produce the desired outcome. Improvement was achieved only after regular rectal examinations under sedation and antidepressants.

OPIS PRZYPADKU

Lekarze zajmujący się na co dzień problemem proktologicznym wiedzą, że największym ich przeciwnikiem jest ból u pacjenta. Ból może być związany z chorobą przed zgłoszeniem się pacjenta do lekarza oraz może być stały, występujący w trakcie leczenia oraz po leczeniu zachowawczym, małoinwazyjnym oraz operacyjnym.

CASE REPORT

Doctors dealing with colorectal problems in their daily practice are well aware that patient's pain is their greatest adversary. Pain may develop as a result of the underlying disease already before the patient presents to the doctor, but it can also be constant, occurring during therapy and after conservative, minimally invasive and surgical treatment.

Słowa kluczowe

ból, szczelina odbytu

Keywords

pain, anal fissure

Autorzy pragną przedstawić opis przypadku 54-letniego pacjenta, który zgłosił się do poradni proktologicznej z dużymi dolegliwościami bólowymi odbytu. Pacjent z wywiadem ZZA w trakcie terapii – nie pije od około 6 miesięcy, otyły, BMI 30, stolec oddaje regularnie, kolonoskopia 3 lata temu – uchyłki esicy. W wywiadzie przebyta operacja tylnej szczeliny odbytu 6 lat temu. Pacjent mimo podania leków przeciwbólowych dożylnych z grupy NLPZ i zastosowania miejscowo maści z 2% lignokainy nie pozwolił się zbadać proktologicznie. Postawiono wstępne rozpoznanie – ostra tylna szczelina odbytu. Włączono leczenie zachowawcze. Zastosowano miejscowo do kanału odbytu maści z 2% lignokainy i z 2% diltiazemem, metronidazol doustnie w dawce 2 razy 500 mg, leki zmiękczające stolec – Lactulosa, Fibraxine, probiotyk – ProctoLact M, kwas masłowy, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Mimo leczenia po 2 tygodniach nie uzyskano poprawy. Wykonanie badania proktologicznego nie było możliwe z powodu silnego bólu. Zakwalifikowano pacjenta do badania proktologicznego w znieczuleniu ogólnym. W trakcie badania rozpoznano tylną szczelinę odbytu nawrotową oraz obrzękniętą, wykrzepioną wewnętrzną kolumnę hemoroidalną. Wykluczono stan zapalny błony śluzowej odbytnicy.

Zdecydowano o kontynuacji leczenia zachowawczego. Wprowadzono leki z grupy salicylanów. Po kolejnych 2 tygodniach nastąpiła poprawa, jednak nadal badanie proktologiczne bez znieczulenia nie było możliwe. Należy podkreślić, że pacjent przed przyjściem na badanie miał zalecone przyjęcie leków przeciwbólowych z grupy NLPZ i tramalu w dawce 50 mg.

Po 12 tygodniach, z powodu braku poprawy, pacjenta zakwalifikowano do procedury zabiegowej. W znieczuleniu ogólnym wycięto niegojącą się tylną szczelinę. Materiał posłano do badania histopatologicznego. Stwierdzono resorpcję skrzepliny w kolumnach hemoroidalnych.

Po ponownym zabiegu operacyjnym dolegliwości bólowe nie ustąpiły. Pacjent mimo braku przeszkody anatomicznej tracił przytomność podczas próby oddania stolca.

Pacjenta przyjęto kolejny raz do oddziału chirurgicznego. Wprowadzono leki uspokajające, przeciwbólowe. Utrzymało terapię metronidazolem. Podczas 7-dniowego pobytu

We present a case report of a 54-year-old patient who presented to a colorectal outpatient clinic with severe anal pain. His medical history revealed alcohol dependence, at that time under treatment, with abstinence for about 6 months, as well as obesity (BMI 30), regular bowel movements, and colonoscopy 3 years earlier (sigmoid diverticula). He also had a history of posterior anal fissure surgery 6 years before. Despite intravenous NSAIDs and topical application of 2% lignocaine ointment, the patient did not consent for rectal examination. An initial diagnosis of an acute posterior anal fissure was made. Conservative treatment was started. Topical application of 2% lignocaine and 2% diltiazem ointment in the anal canal, oral metronidazole at 500 mg twice, stool softeners (Lactulosa, Fibraxine), probiotic (ProctoLact M), butyric acid, analgesics and anti-inflammatory drugs were included. Despite the treatment used, still no improvement was seen after 2 weeks. Rectal examination was not possible due to severe pain. The patient was qualified for examination under general anaesthesia, during which posterior recurrent anal fissure and oedematous, thrombosed internal haemorrhoidal columns were found. Inflammation of the rectal mucosa was excluded. A decision was made to continue conservative treatment. Salicylates were included. Despite some improvement after further 2 weeks, rectal examination without anaesthesia was still impossible. It should be noted that the patient had been advised to take NSAID analgesics and Tramal 50 mg before reporting for the examination.

After 12 weeks, the patient was qualified for a surgical procedure due to lack of improvement. The non-healing posterior fissure was excised under general anaesthesia. The specimen was sent for histopathological examination. Resorption of the thrombus in the haemorrhoidal columns was observed.

The pain did not resolve after repeated surgery. Despite the absence of an anatomical obstruction, the patient lost consciousness when attempting to pass stool. He was again admitted to the surgical unit. Sedatives and analgesics were included. Metronidazole was continued. During the 7-day



Ryc. 1. Stan faktyczny po leczeniu operacyjnym
Fig. 1. Actual condition after surgical treatment



Ryc. 2. Stan faktyczny po leczeniu operacyjnym
Fig. 2. Actual condition after surgical treatment

pacjent raz dziennie był badany per rectum w krótkiej sedacji z anestezjologiem.

Zastosowano trening behawioralny, po którym udało się nauczyć pacjenta, żeby bez obawy oddawał stolec.

Nastąpiła znaczna poprawa. Podczas kolejnych 4 tygodni spotkania się regularnie w poradni pacjent zaczął wracać do normalnego trybu funkcjonowania.

W badaniu histopatologicznym opisano cechy stanu zapalnego wyciętych tkanek, potwierdzając szczelinę odbytu.

Na rycinach 1 i 2 przedstawiono stan faktyczny pacjenta w trakcie przyjęcia do szpitala celem badania proktologicznego w znieczuleniu ogólnym po leczeniu operacyjnym.

DYSKUSJA

W dostępnej literaturze o tematyce proktologicznej większość z autorów podkreśla potrzebę indywidualnego traktowania pacjenta proktologicznego. Podkreśla się też relację emocjonalną, jaką nawiązuje pacjent z lekarzem proktologiem, oraz potrzebę wyjątkowej intymności w trakcie badania (1-3). W przypadku omawianego pacjenta autorzy spełnili wszystkie kryteria związane z leczeniem proktologicznym i stworzeniem pacjentowi właściwych warunków do badania proktologicznego.

Posiadamy dzisiaj coraz większą wiedzę na temat chorób okolicy odbytowo-odbytniczej (1-3). Jednak ból w proktologii wymusił również dokładniejszą analizę czynników predysponujących do jego występowania. Specjaliści, proktolodzy oraz lekarze zajmujący się na co dzień leczeniem bólu próbują stworzyć modele grup czynników predysponujących do wystąpienia lub utrzymania się bólu w trakcie leczenia oraz po leczeniu operacyjnym (4, 5).

W prezentowanym przypadku lekarze starali się przedstawić problem przetrwałego bólu u pacjenta proktologicznego, z którym lekarze proktolodzy spotykają się często. W przedstawionym przypadku, mimo dokładnej analizy pacjenta nie udało się uzyskać poprawy leczeniem przeciwbólowym, regularnymi kontrolami, lekami zmniejszającymi napięcie zwieraczy i antybiotykoterapią. Dopiero regularne badania proktologiczne w znieczuleniu ogólnym dożylnym pozwalające na delikatną diwulsję, właściwe ukierunkowanie gojenia się rany oraz włączenie leków przeciwdepresyjnych pozwoliły uzyskać poprawę stanu ogólnego pacjenta (1-3).

Analizując powyższy przypadek, wydaje się, że do skuteczności leczenia u naszego pacjenta przyczyniło się wielokrotne rozszerzanie kanału odbytu związane z obniżeniem napięcia mięśnia zwieracza wewnętrznego. Jak wiadomo, za ból w odbycie odpowiedzialny jest skurcz mięśnia zwieracza wewnętrznego i wszelkie sposoby obniżenia napięcia tego zwieracza przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Badania proktologiczne, przeprowadzane w sedacji, mogą wpłynąć na zmniejszenie bólu w odbycie.

WNIOSKI

Badanie proktologiczne przeprowadzone w znieczuleniu ogólnym może przyczynić się nie tylko do zdiagnozowania problemu, ale też, w wybranych przypadkach, do wyleczenia z choroby.

stay, the patient underwent rectal examination once a day under brief sedation under an anaesthetist's supervision.

Behavioural training was also conducted, after which the patient was able to pass stool without fear.

There was a significant improvement. During the following 4 weeks of regular visits to the outpatient clinic, the patient began to return to his normal mode of functioning. Histopathological examination showed features of inflammation involving the excised tissues, confirming anal fissure.

Figures 1 and 2 show the patient's actual condition on admission to hospital for postoperative rectal examination under general anaesthesia.

DISCUSSION

In the available subject literature, most of authors emphasise the need for an individual approach to a colorectal patient. The emotional relationship between the patient and colorectal surgeon, as well as the need for extreme intimacy during examination have also been outlined (1-3). In the case of the described patient, all criteria related to colorectal treatment and creating proper conditions for the patient to undergo a rectal examination were met.

Our knowledge on perirectal diseases has expanded over years (1-3). However, anorectal pain has also necessitated a more thorough analysis of predisposing factors. Specialists, colorectal surgeons and physicians involved in daily pain management are attempting to model groups of factors that predispose to the occurrence or persistence of pain both during and after surgical treatment (4, 5).

In the discussed case, we aimed to present the problem of persistent pain in a colorectal patient, which is a common challenge in the daily proctological practice. Despite a thorough assessment of the patient, no improvement was achieved despite analgesic treatment, regular follow-up, pharmacotherapy to reduce sphincter tone and antibiotic therapy. It was only with regular rectal examinations under general intravenous anaesthesia allowing gentle divulsion, measures to ensure proper wound healing and the inclusion of antidepressants that the patient's general condition improved (1-3).

Analysing the above case, it seems that repeated dilatation of the anal canal to reduce internal sphincter tone contributed to good treatment outcomes in our patient. Contraction of the internal sphincter is well-known to cause anal pain. Therefore, any means of lowering the internal sphincter tone contributed to the patient's improvement. Anorectal examinations under sedation may help reduce anal pain.

CONCLUSIONS

An anorectal examination performed under general anaesthesia may contribute not only to the diagnosis of the underlying problem but also, in selected cases, to its full resolution.

Konflikt interesów
Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji
Correspondence

*Szymon Głowacki
Oddział Chirurgii Ogólnej
Samodzielny Publiczny
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Żurominie
ul. Szpitalna 56, 09-300 Żuromin
tel.: 500-240-515
szymon.glowacki@onet.pl

nadesłano/submitted:

10.04.2024

zaakceptowano do druku/accepted:

30.04.2024

Piśmiennictwo/References

1. Grochowicz P, Kołodziejczak M, Ziembikiewicz A: Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego. Borgis, Warszawa 2017, wyd. 2.
2. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Choroby proktologiczne. Diagnostyka i leczenie. PZWL, Warszawa 2022, wyd. 1.
3. <https://pkk.org.pl>.
4. Liu Q-R, Dai Y-Ch, M-H et al.: Risk Factors for Acute Postsurgical Pain: A Narrative Review. J Pain Res 2024; 17: 1793-1804.
5. Luedi MM, Schober P, Hammoud B et al.: Preoperative Pressure Pain Threshold Is Associated With Postoperative Pain in Short-Stay Anorectal Surgery: A Prospective Observational Study. Anesth Analg 2021; 132(3): 656-662.