

FISURA ANALA

Fisura anala este o crapatura alungita si superficiala, in general foarte dureroasa, localizata la nivelul pliurilor radiale ale anusului si care se insoteste de contractura musculara a sfincterului anal intern. Ea intereseaza initial numai stratul superficial (epiteliul) pentru ca ulterior sa cuprinda toate straturile mucoasei canalului anal.



Fisura anala afecteaza in egala masura femeile si barbatii, tinerii si varstnicii. Regiunea in care se produce, canalul anal, contine foarte numerosi receptori pentru durere, ceea ce explica simptomatologia zgomotoasa a afectiunii.

CAUZELE FISURILOR

Fisurile anale sunt cauzate de traumatisme ale canalului anal. Cel mai comun traumatism este constipatia, majoritatea pacientilor putand preciza cu exactitate scaunul de la care a aparut durerea. Fisura poate fi cauzata de un scaun tare sau de episoade repetate de diaree. Uneori introducerea termometrului, a endoscopului sau a sondei de ecografie transrectala, nasterea naturala pot reprezenta traume suficiente pentru producerea fisurii anale.

Uneori fisura anala poate aparea datorita tensiunii excesive a sfincterului intern (fara control voluntar) care determina reducerea aportului de sange catre mucoasa anala fapt ce duce la fragilizarea ei.

Cea mai frecventa localizare a fisurii este ora 6 sau 12 in pozitie genupectorala, considerand orificiul anal ca un ceas. Acest lucru se datoreaza configuratiei anatomice a zonei: sfincterul anal are forma ovala si este intarit lateral. Segmentul sau posterior este fragil iar la femei, datorita prezentei vaginului in fata rectului, si segmentul anterior este un punct slab. Datorita acestui fapt 10% dintre fisurile anale la femei sunt anterioare in timp ce la barbati fisurile anterioare apar doar in 1% din cazuri. In portiunea inferioara a fisurii se poate forma un pliu de piele – hemoroidul santinela.

In cazul fisurilor localizate in afara orelor 12 sau 6 trebuie suspicionata o alta cauza decat traumatismul anal: cancerul anal, boala Chron, leucemia si numeroase boli infectioase precum tuberculoza, sifilisul, infectia cu virusul citomegalic, virusul herpetic, chlamidia sau HIV.

In fisura anala sfincterul intern(fara control voluntar) este contractat (spastic) astfel incat vasele de sange care trec prin el sunt colabate. Rezulta astfel un flux de sange diminuat catre zona fisurii ceea ce intarzie cicatrizarea. O alta consecinta a contracturii sfincterului intern este mentinerea departata a marginilor fisurii impiedicand astfel vindecarea ei.

MANIFESTARILE CLINICE ale fisurii anale sunt:

- ✓ durere anala la defecatie sub forma de intepatura sau arsura care se mentine si dupa scaun pe o durata variabila de timp (de la cateva minute la cateva ore), durere care poate duce la o falsa constipatie prin teama pacientului de a se alimenta, inchizand astfel un cerc vicios;
- ✓ sangerare anala (rectoragie) cu sange rosu care se observa pe suprafata scaunului, pe vasul de toaleta sau pe hartia igienica, niciodata amestecat cu scaunul;
- ✓ mancarimi in zona anala;
- ✓ crapaturi ale pielii vizibile cand se indeparteaza fesele una de alta;
- ✓ tulburari urinare (disurie) datorita iradierii durerii.

Fisura anala nu necesita investigatii speciale; examenul anal digital stabileste localizarea fisurii si daca este patologie anala asociata. Se poate tenta o anuscopie daca durerea locala o permite.

Fisura anala acuta se prezinta ca o rana liniara in timp ce fisura cronica prezinta o triada de semne: pliul santinela la marginea inferioara a fisurii, marginile fisurii ingrosate, cu fibrele musculare ale sfincterului intern vizibile in baza fisurii si papila anala marita la extremitatea interna a acesteia, in canalul anal.

Atunci cand exista suspiciunea unei alte cauze care a determinat aparitia fisurii se fac investigatii specifice fiecarui caz.

TRATAMENTUL FISURILOR

Scopul tratamentului este de a rupe cercul vicios al contracturii sfincteriene ce duce la o permanenta lezare a mucoasei canalului anal.

Majoritatea fisurilor anale acute se vindeca cu **tratament la domiciliu** in 10 – 30 de zile. Durerea din timpul scaunului dispare dupa 2 – 4 zile de tratament. Acesta presupune masuri dietetice (cresterea consumului de fibre, lichide, evitarea alimentelor iritante), igienice (toaleta locala dupa fiecare scaun cu apa, fara sapun, bai de sezut) si utilizarea de unguente si supozitoare ce contin antiinflamatorii, anestezice si diverse substante care ajuta la cicatrizare.

Fisurile anale acute se vindeca cu tratament conservator in proportie de 80-90%, in timp ce in cazul fisurilor cronice studiile arata o vindecare doar a 40% dintre ele.

Pentru acele fisuri care nu se vindeca cu tratament conservator se pune problema alegerii terapiei celei mai eficiente si cu riscuri cat mai mici.

Toxina botulinica (Botox) produce paralizia muschilor in care este injectata, fiind folosita cu succes in terapia afectiunilor in care este implicat spasmul muscular precum fisura anala. Toxina este injectata in sfincterul extern, sfincterul intern, spatiul intersfincterian; doza nu este standardizata, variind de la 2,5 la 20 de unitati in doua puncte, de obicei lateral de fisura. Daca fisura recidiveaza se vindeca frecvent la a doua injectie. Un studiu reprezentativ arata vindecarea fisurii in 87% din cazuri la sase luni dupa tratamentul cu toxina botulinica; la un an rata de vindecare este de 75% iar la 42 de luni (3,5 ani) de doar 60%. Efectul secundar principal dupa injectarea toxinei botulinice este slabirea sfincterului intern cu variate grade de incontinenta anala tranzitorie. Nu sunt alte efecte secundare frecvente.

Exista mari variatii in literatura de specialitate in ceea ce priveste eficienta tratamentului conservator sau a injectiilor cu toxina botulinica in vindecarea fisurilor anale. Vindecarea poate fi temporara si fisura poate recidiva cu ocazia unui alt scaun tare. Fisurile recidivante necesita o alta abordare terapeutica luand in calcul eficienta pe termen scurt si lung, efectele secundare, costul si complianta la tratament.

Tratamentul chirurgical al fisurilor anale consta in sfincterotomia interna laterala partiala (tehnica recomandata de Societatea Americana a Chirurilor Colorectale). Interventia consta in sectionarea sfincterului intern lateral de fisura pe toata inaltimea acesteia. Fisura nu este de obicei excizata cu exceptia cazurilor in care se suspicioneaza un cancer anal. O papila anala hipertrofiata sau un pliu santinela excesiv pot impiedica vindecarea corecta a fisurii si se impune excizia lor.

Dupa chirurgie 97-98% din fisuri se vindeca. Studii reprezentative arata vindecarea fisurilor pana la doua luni dupa chirurgie in 98% din cazuri. Vindecarea se mentine in 94% din cazuri la 42 de luni (3,5 ani). Riscul de recidiva dupa acest tip de chirurgie este mic intre 0-3%.

Lipsa vindecarii poate fi atribuita unei tehnici defectuoase dar, mai frecvent, afectiunilor asociate ca boala Chron sau unei alimentatii sarace in proteine animale. Riscul de incontinenta dupa chirurgie este scazut.

Dilatatia anala aduce vindecarea in doar 74% dintre fisuri. Metoda este traumatizanta pentru sfincterul intern, necontrolabila ca grad de intindere si se soldeaza cu incontinenta anala pana la 20% din cazuri. Datorita tuturor acestor factori dilatatia anala nu mai este o metoda agreata in tratamentul fisurii anale.