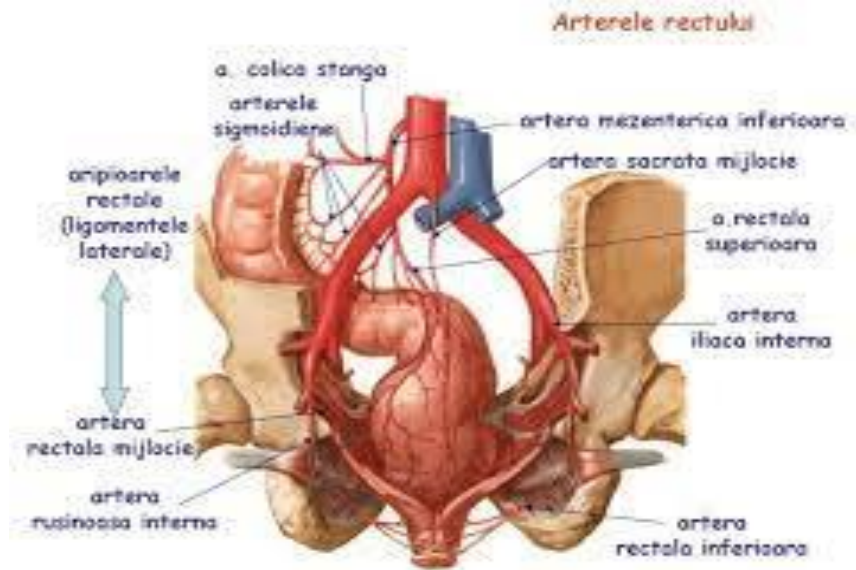


Canalul anal si rectul

- Canalul rectal si rectul reprezinta localizari pentru multiple patologii care cauzeaza durere, sangerare, scurgeri sau o combinatie a acestora
- Frecvent, pacientul pune suferinta din regiunea perianala si rectala pe seama “hemoroizilor”, si ca atare intarzie prezentarea la medic, desi de multe ori vorbim de o alta patologie, alta decat cea hemoroidala (fisura anala, abces, prurit, condiloame, cancer)
- Depinde de medic in a diagnostica aceasta variata patologie si putem spune ca o anamneza corecta sugereaza diagnosticul la mai mult de 80% din cazuri.
- Examinarea regiunii anale si a rectului este o parte integranta a oricarei examinari clinic
- Indiferent de pozitie, pacientului I se solicita sa efectueze manevra Valsalva, pentru a stimula o miscare intestinala si pentru a induce un eventual prolaps
- Anuscopia a devenit in ultima perioada o rutina, anuscopul fiind un instrument tubular, utilizat pentru examinarea canalului anal. El permite diagnosticarea unor leziuni distale, fiind la acest nivel mai fiabil decat sigmoidoscopul rigid sau flexibil

Anatomia rectului



Prolapsul rectal

- Se definește ca protruzia întregului perete rectal prin canalul anal; apare mai frecvent la femeile slabe, astenice, care au mijloace de susținere rectală slabe și poate implica 4- 20 cm de rect exteriorizat prin orificiul anal
- Prolapsul rectal este diferit de prolapsul de mucoasă rectală, care reprezintă eversiunea a 2-3 cm de mucoasă rectală prin orificiul anal
- În prolapsul rectal adevărat, diagnosticul este sugerat de pliurile concentrice, circumferențiale ale mucoasei, comparative cu modelul radial al pliurilor, decelat în prolapsul de mucoasă sau în prolapsul hemoroidal
- Clinic, în prolapsul rectal se descrie : durere rectală, senzația de presiune, sangerare ușoară, incontinență, eliminare de mucus sau anus umez; în situații rare, prolapsul nu poate fi redus și consecutive apare ischemia
- De obicei apare după fiecare defecație și trebuie repus manual
- Tratament
- Chirurgical: implică o intervenție intra-abdominală, cu rezecție sigmoidiană (a segmentului intestinal redundant) cu rectopexie (fixarea rectului la fascia presacrată pentru imobilizare)
- Recidiva este de reuă sub 5% pentru o intervenție bine executată
- Rezecția completă pe cale perineală este rezervată pacienților cu risc, dar rezultate mai puțin bune

Prolapsul rectal

hepatice și, eventual, a rezecției recidivelor izolate, poate duce la o supraviețuire medie de 2 ani.

CANALUL ANAL ȘI RECTUL

Tabloul clinic și evaluarea patologiei anorectale

Canalul anal și rectul reprezintă localizări pentru multiple patologii care cauzează durere, protruzie, sângerare, scurgeri sau o combinație între acestea. De cele mai multe ori, pacienții pun toată simptomatologia pe seama „hemoroidelor” și nu sunt conștienți de existența oricărei alte patologii, alta decât cea

Prolapsul rectal (procidența rectală)

Prolapsul rectal reprezintă protruzia întregului perete rectal prin canalul anal. Această patologie se întâlnește mai frecvent la femeile slabe, astenice, care au mijloace de susținere rectală slabe și poate implica 4–20 cm de rect exteriorizat prin orificiul anal. Această entitate trebuie diferențiată de prolapsul mucoasei, care reprezintă eversiunea a 2–3 cm de mucoasă rectală prin orificiul anal. Ele se pot distinge prin pliurile concentrice, circumferențiale ale mucoasei, observate în prolapsul adevărat, comparativ cu modelul radial al pliurilor decelat în prolapsul mucoasei rectale sau prolapsul hemoroidal (Figura 15-21).

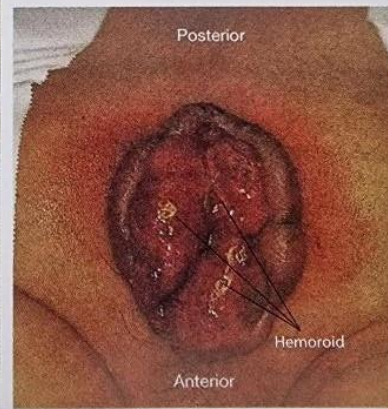
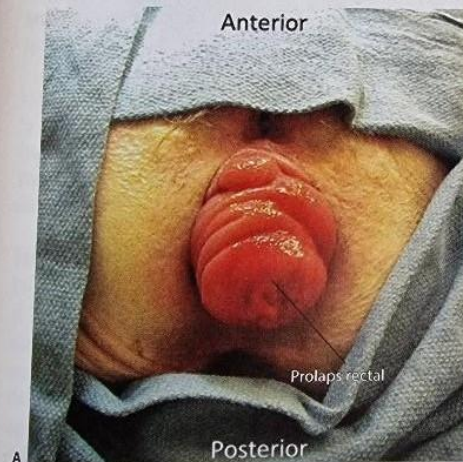
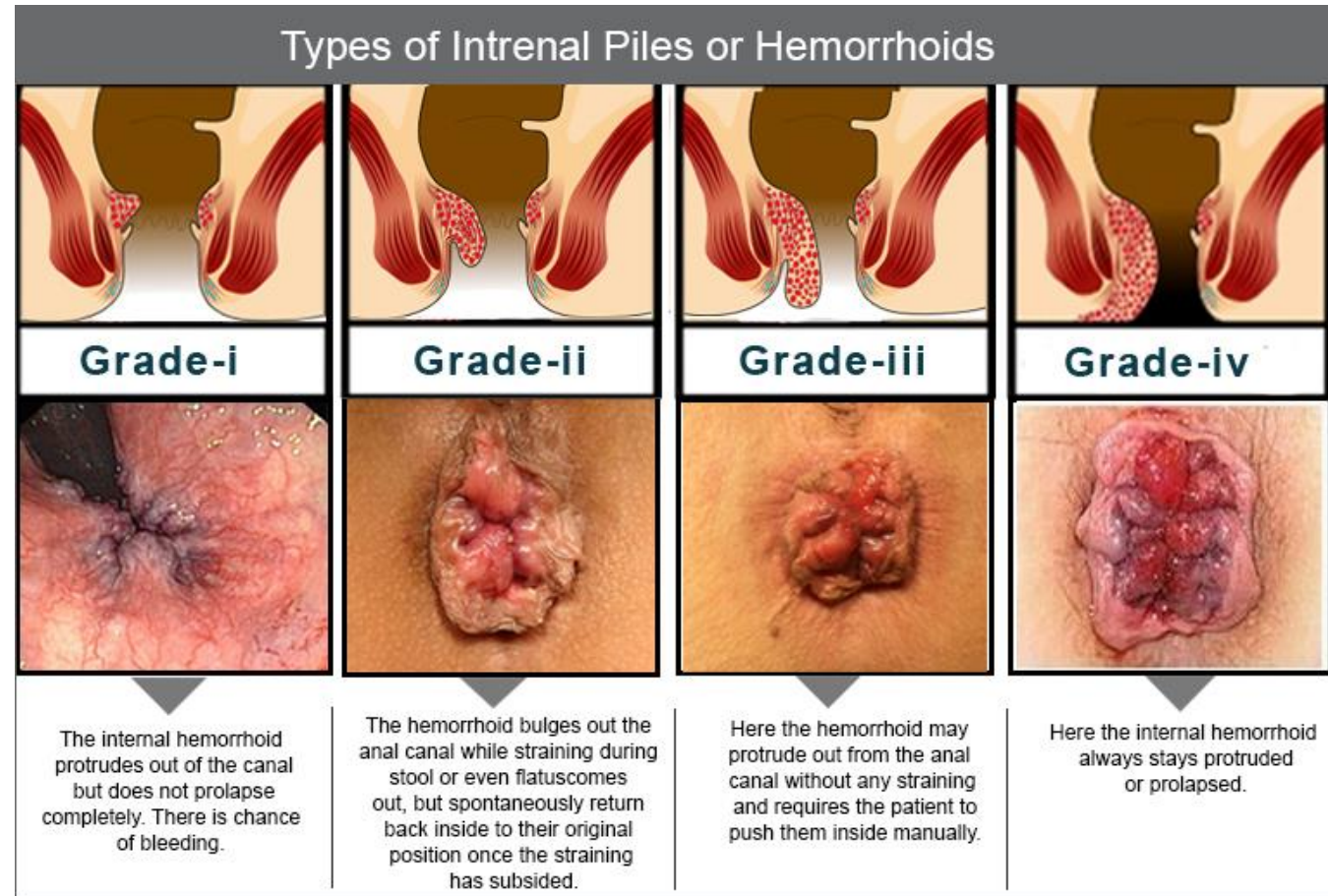


Figura 15-21. A. Prolaps rectal adevărat caracterizat de pliuri de mucoasă concentrice, circumferențiale. B. Prolapsul mucoasei rectale caracterizat de pliuri radiale de mucoasă. (Reprintat cu permisiunea Albo D, Mulholland MW. *Operative Techniques in Colon and Rectal Surgery*. Ediția 1. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2015.)

Hemoroizii

- Se defines ca ectazii venoase situate la nivelul canalului anal; pot fi interni sau externi
- Localizare : 3 pozitii constante, respective lateral stanga, anterior dreapta si posterior dreapta
- Hemoroizii interni au originea deasupra liniei pectinei; hemoroizii externi sunt localizati sub linia pectinee

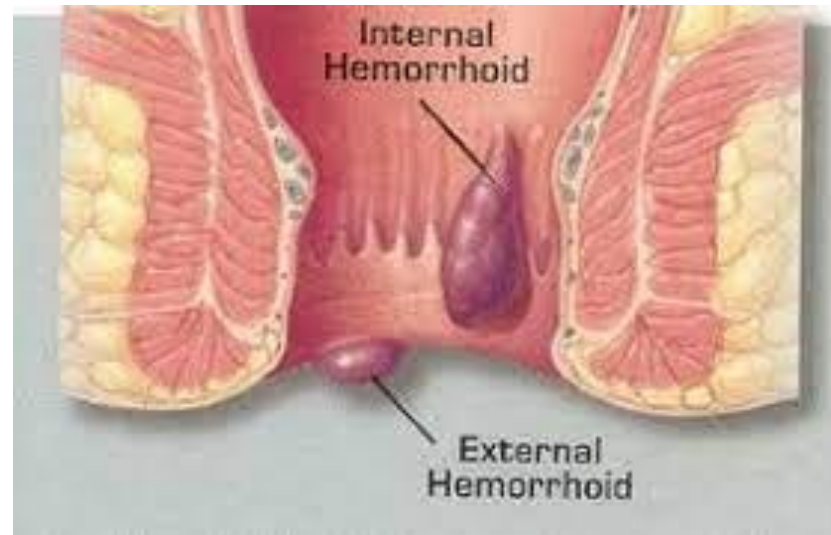
Hemoroizii : ectazii venoase situate la nivelul canalului anal
Etapele dezvoltarii progresive in timp



Hemoroizii

- Venele rectului formeaza o bogata retea in submucoasa : plexul hemoroidal
- Plexul hemoroidal este divizat in doua portiuni :
 - - plexul hemoroidal intern (superior), care este sediul hemoroizilor interni
 - - plexul hemoroidal extern(inferior), sediul hemoroizilor externi
- Dilatarea venelor din plexul hemoroidal extern apare abia dupa constituirea hemoroizilor interni, ca un fenomen de decompensare hemodinamica
- Etiopatogenie
 - - staza si hipertensiune pelviana
 - - modificari ale peretelui venos de la nivelul plexurilor hemoroidale (alterari ale peretelui vascular)

Plexurile hemoroidale



Hemoroizii

- Etiologie
- a. Hipertensiunea pelvina venoasa consecinta a :
 - - stazei portale din ciroza hepatica, tumori pancreatice, tromboza portala, cu aparitia hemorizilor simptomatici
 - - tumori pelviene, genitale sau rectale
 - - sarcina, insuficienta cardiaca decompensate
- b. Alterarea peretilor venosi, consecinta a :
 - - factori ereditari constitutional, similar varicelor hidrostatice, varicocelului, herniilor
 - - factori inflamatori de vecinatate, cu instalarea unei flebite : anorectita, inflamatie criptelor Morgagni
- c. Alti factori etiologici : constipatii, statul indelungat pe scaun, sedentarism, consum de alcool, condimente, hepatita cronica, hipertensiunea arteriala

Hemoroizii : morfopatologie, tablou clinic, evolutie, complicatii

- Morfopatologie :
- - hemoroizi interni, dezvoltati din plexul superior
- - hemoroizi externi, dezvoltati din plexul inferior
- - hemoroizi micsti, in care ambele plexuri rectale sunt afectate

Tablou clinic

- Hemoroizii externi : de regula asimptomatici, se asociaza uneori cu un prurit anal sau jena la defecatie; apar ca tumorete moi, accentuate de tuse sau defecatie, localizate in asa-numitele puncte de electie (orele 2, 4 si 8 in pozitie genupectorală). Principala complicatie : tromboza hemoroidala
- Hemoroizii interni : hemoragii rectale, initial mici si repetate, de regula dupa scaun, scurgeri sero-muco-purulente, dureri locale si evolutia spre prolapsul rectal

Hemoroizii

- Complicatii :
- a.Hemoragiile hemoroidale : in timp devin abundente si repetate, cu anemiarea pacientului
- b.Tromboza hemoroidala externa: de regula apare dupa defecatie mai dificila, diaree sau efort de tuse; se caracterizeaza prin durere intensa, cu aparitia unei tumorete care e foarte sensibila la atingere; se asociaza frecvent edem la acest nivel, asociat cu o culoare violacee a tumoretei, consecinta a trombozei venoase
- Obisnuit : tromboza venoasa evolueaza spre o transformare fibroasa, se sclerozeaza si se transforma intr-o marisca hemoroidala.
- Mai rar evolutia poate fi spre abcedare sau ulcerare cu eliminarea cheagurilor de sange.
- Diagnostic diferential :
- Condiloame rectale, abcese perianale, fistula perianala, prolaps rectal adevarat, adenoame solitare rectale

Hemoroizii

- Hemoroizii se pot asocia frecvent cu cancerul rectal, uneori fiind o consecinta a acestuia. Prin urmare, pacientii vor atent examinati si investigati, hemoragia, scurgerile mucopurulente, pruritului anal si constipatia fiind manifestari clasice si pentru cancerul rectal.
- Tuseul rectal : obligatoriu la toti pacientii cu hemoroizi, mai putin in cazurile de tromboza hemoroidala
- La pacientii peste 40 de ani : obligatoriu colonoscopie
- Tratament chirurgical
 - - classic : operatia Milligan –Morgan, cu varianta Fergusson, in care sunt ligaturate vasele hemoroidale la nivelul punctele de electie hemoroidala
 - - aplicarea de ligature sau bandete
 - - excizia cu stapler sau cu laser

Tromboza hemoroidala



Tromboza hemoridala si marisca hemoroidala



Tromboză hemoroidală externă



Marște hemoroidale

Incizie tumoreta de tromboza hemoroidala



Prolaps hemoroidal trombozat



Hemoroizii : procedeul Milligan-Morgan









Cure chirurgicala a hemorizilor prin excizie-sutura cu stapler



Aplicarea unei benzi elastic la nivelul bazei pachetului hemoroidal



Bandeleta hemoroidal



Excizia cu laser a pachetelor hemoroidale



Fisura anala



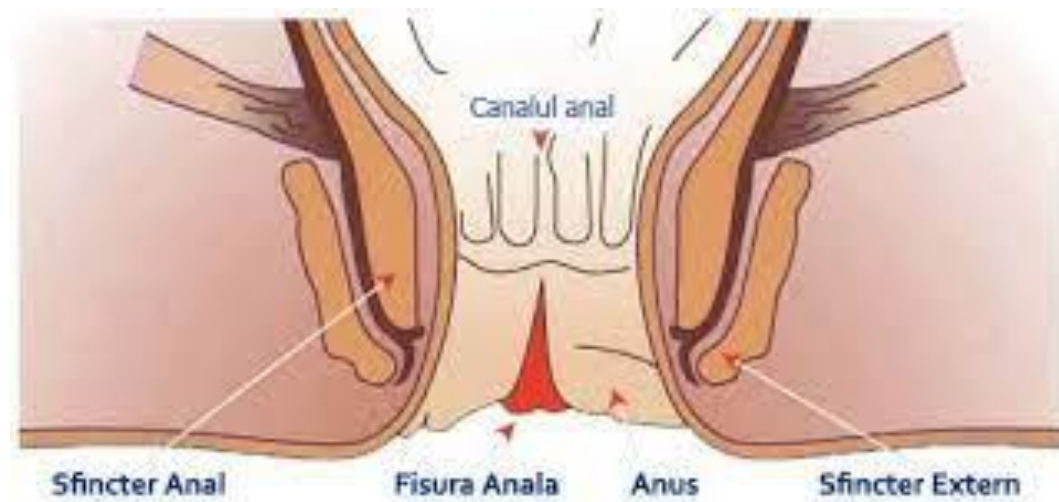
Fisura anala

Fisura anala

- Ulceratie la nivelul mucoasei rectale, de regula la nivelul comisurii posterioare, zona cea mai traumatizata de trecerea bolului fecal
- Localizarile laterale ridica suspiciunea de sifilis, TBC, cancer sau limfogranulomatoza
- In etiologie se recunosc ca si cauze : hemoroizii, traumatisme rectale, constipatia, infectia locala cu caracter cronic
- Fisura anala determina o contractie permanenta a sfincterului anal intern, cu imposibilitatea cicatrizarii, fisura capatand un caracter evolutive de ulceratie trofica si ca atare se instituie un cerc vicios
- Clinic : sindrom dureros caracteristic, accentuat de defecatie, contracture sfincteriana si ulceratie, de multe ori asociat fiind si hemoragiile mici si repetate, de regula la efortul de defecatie
- Ex clinic : la inspectie, frecvent un hemoroid santinela, iar la un mic efort de defecatie apare si leziunea de tip ulceratie

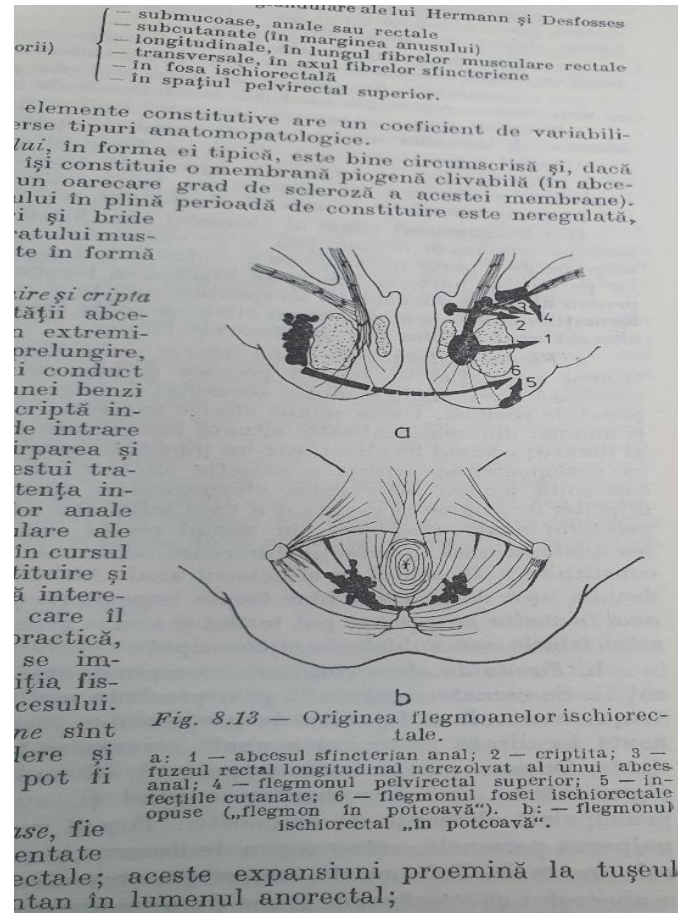
- Tuseul rectal : foarte dureros, uneori impune anestezia; precizeaza existenta si dimensiunile ulceratiei, cat si eventuale leziuni asociate de la nivel rectal
- Palparea bidigitala la TR permite aprecierea gradului de infiltratie a bazei ulceratiei, si diferentierea fisurilor anale simple de cele profunde
- Fisura anala simpla : localizata superficial dimensiuni mici, sfincterul anal este hipertonic dar fara leziuni de miozita; nu ajunge cranial la nivelul criptelor anale
- Fisura anala profunda (complicata) : marginile ulceratiei decolate, apar leziuni de papila hipertrofica, sfincterul intern este fisurat si inextensibil
- Diagnostic diferential : sancru sifilitic, nevralgie anorectala, abces anal in fata de constituire, cancere anale ulcerate
- Tratament : fisurotomie, excizia fisurii si a leziunilor asociate sau chiar sfincterotomie interna paramediana la cazurile cu scleroza a sfincterului anal neted







Supuratii ano-perianale



Abcesele anale

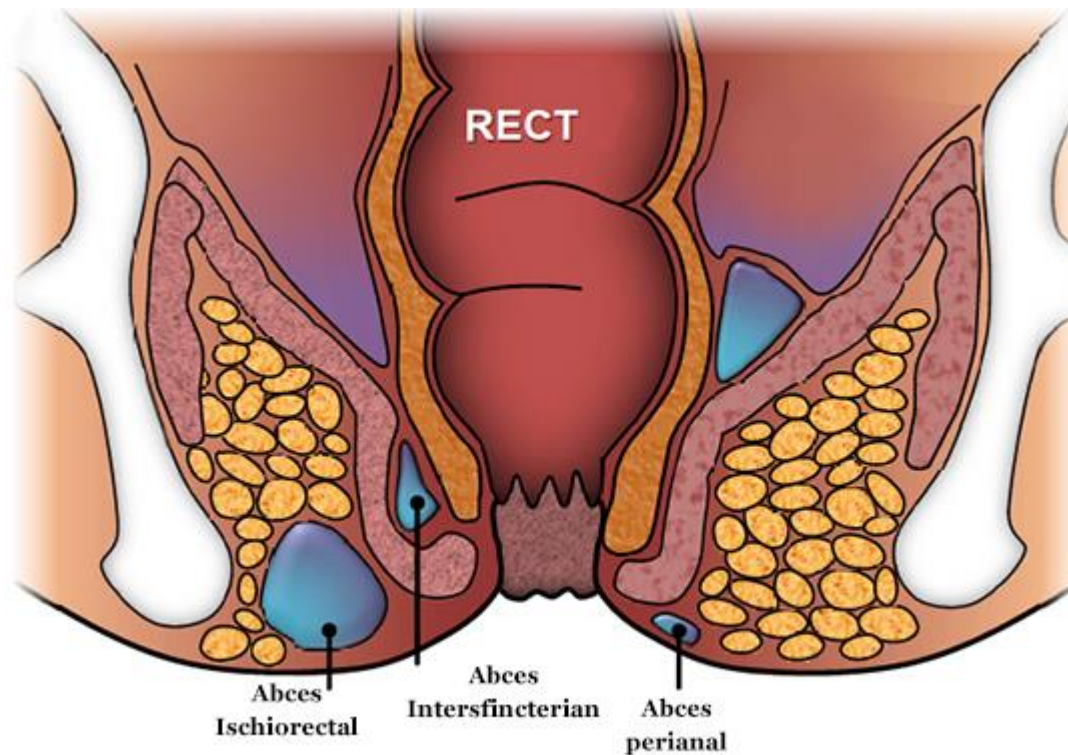
- **Abcesele anale** : supuratii dezvoltate in grosimea peretelui anal, localizate de regula in stratul muscular, la nivelul sfincterului; procesul supurativ disociaza fibrele musculare si se poate propaga spre submucoasa sau mucoasa
- **Criptita** : inflamatie criptei Morgagni, asociata cu dureri vii si pulsatile in anus, insotite de hipertonie sfincteriana; tuseul rectal este dureros si pune in evidenta spasmul sfincterian, durerea fiind amplificata de compresiunea digitala de la acest nivel
- Anuscopia : o cripta hipertorfiata si proeminenta, uneori cu scurgere purulenta
- Frecventa, criptita apare ca un precursor al abceselor anale
- **Papilita** : inflamatie acuta la nivelul papilelor anale; clinic se manifesta prin dureri anale, tenesme, constipatie si spasm sfincterian; si ea poate fi un precursor al unui abces anal
- Diagnosticul : anuscopie

- **Abcesele anale (forma comuna)**

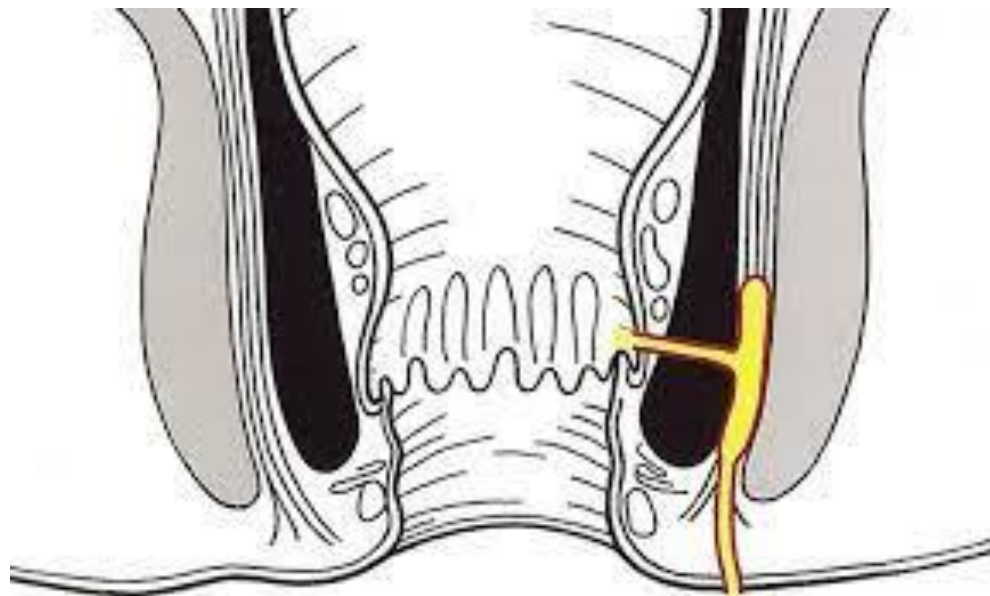
- Abcese localizate in grosimea peretelui, la nivelul sfincterului, infectia fiind provenita frecvent de la nivelul unor cripte anale
- Abcesul se dezvolta progresiv si are tendinta de a fistulize fie la nivelul marginii anusului, fie la spre lumenul rectal sau anal
- Din cavitatea abcesului se pot dezvolta si asa-numitele fuzee de expansiune sau fuzee piogene, care reprezinta calea de extindere a infectiei, putand conduce la flegmoane de fosa ischio-rectala sau de spatiu pelvirectal superior
- Clinic : constituirea unei cavitatii septice, vizibile sau inspectia regiunii ano-perianale, perceperea tuseul rectal a unei tumefactii dureroase, anormale ca prezenta
- Simptomatologie : durere vie cu caracter pulsatil la nivel anal, edem si eritem la nivelul marginii anusului, spasm sfincterian, eventual perceperea unei zone de fluctuenta

- Forma fistulizata : fistulizarea spontana a unui abces, de regula la nivelul lumenului canalului anal, cu exteriorizare de puroi la nivelul orificiului anal
 - Fistulizarea coincide cu o diminuare considerabila a simptomatologiei, dar evolutia de cele mai multe ori este spre aparitia unei fistule perianale, prin care se scurege sporadic si inconstant o cantitate mica de puroi (sechele ale supuratiilor perianale)
 - Tratamentul este chirurgical si este o urgenta
 - - incizie cu evacuare la nivelul cavitatii purulente si a fuzeelor de expansiune
 - Asociat : antibioterapie, antalgice, antispastice
-
- **Flegmonul de fosa ischiorectala** : infectie acuta difuza in spatial cu acelasi nume
 - Origine : abces anal neglijat, criptita acuta, flegmon de spatiu pelvirectal superior fuzat, infectiei cutanate, flegmon de fosa ischiorectala de partea opusa (in potcoav)

- Avand toate caracterele unui flegmon, este o infectie severa, apare la pacientii diabetic cel mai frecvent, si se poate propaga la nivelul membrelor, abdomenului, scrotului (gangrena Fournier)



Fistulizarea abcesului perianal







Abscess







Fistulele anale

- Comunicare anormala între lumenul canalului anal cu exteriorul
- Leziuni sechelare a unor supurații ano-perianale
- Anatomic, distingem două forme :
 - - fistula simplă, cu un traiect unic care unește lumenul anal cu exteriorul și două orificii (fistula complete); are ca variante fistula oarbă internă și fistula oarbă externă
 - -fistula complexă, caracterizată de un traiect ramificat, ramificații care se deschid endoanal sau perianal prin două sau mai multe orificii
- După traiect și mai ales raportul acestuia cu aparatul sfincterian, deosebim :
 - - fistulele transsfincteriene inferioare
 - - fistulele transsfincteriene externe
 - -fistula sfincteriană
 - - fistula extrasfincteriană în potcoavă
 - - fistule pelvirectale superioare
 - - fistule oarbe

De asemenea, ...
fie la nivelul perineului.

• *Fistulele în potcoavă* sint de fapt o complicație a uneia din varietățile anterioare (transsfinciteriană inferioară sau externă). Fistula anală în potcoavă se prezintă sub două aspecte:

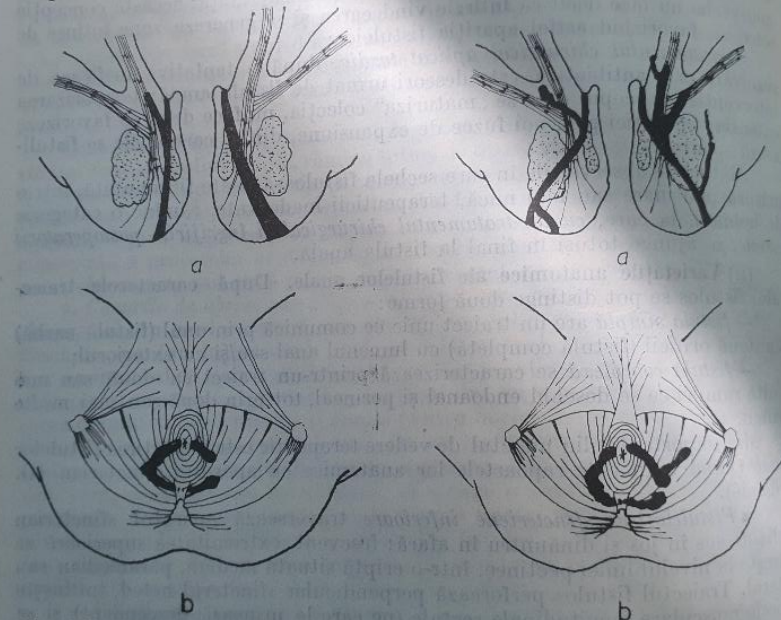


Fig. 8.16 — Fistula transsfinciteriană inferioară

a: — secțiune frontală: de partea stângă — traiect simplă; de partea dreaptă — prelungirea cranială în axul fibrelor longitudinale ale țecii musculare rectale; b: — secțiune transversală: de partea stângă — traiect simplă; de partea dreaptă — prelungire „în potcoavă” extrasfinciteriană.

Fig. 8.17 — Fistula transsfinciteriană externă

a — secțiune frontală: de partea stângă — prelungire în peretele rectal, în mușchiul ridicător anal și fosa ischiorectală; de partea dreaptă — prelungire în spațiul pelvirectal superior; b — secțiune transversală: de partea dreaptă — traiect „în potcoavă”.

— *fistula sfinciteriană*, în care traiectele fistulei ...

complic
lufiei c
tratării
o fistu

deschi
menul
Situat
cu sf
cel pu
oarbă
sfinct
fistula
8.18).
frecve
de fi
desch
anal.
de ex
desch
și var

forma
în sp
tuloa
sfinct
secur
mene
moar

deta
aspe
prez
gran
cter
țial
infla
traie
care
mala

transfincteriene, trec deseori pe primul plan al evoluției stă situație aparentă nu trebuie să conducă la neglijarea te a fistulei transfincteriene atunci când se intervine pentru avă.

rebe, sau în deget de mână, au un traiect fistulos care se perineală sau în lu-

un singur orificiu.

ă a fistulei în raport

rmite identificarea,

a trei forme: fistula

ezvoltată medial de

oarbă sfincteriană și

trasfincteriană (fig.

două categorii, mai

noscute sub numele

externe, deoarece se

u în afara orificiului

le fistulă oarbă, legat

ni singur orificiu (de

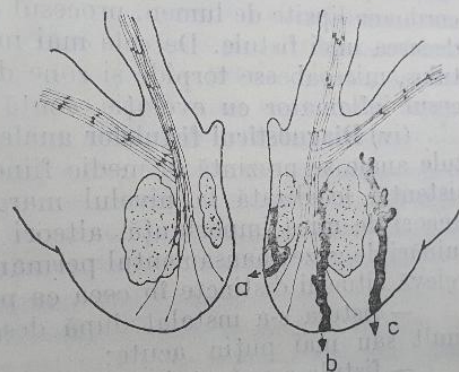


Fig. 8.18 — Fistule oarbe (varietăți anatomice).

a — Fistula oarbă internă; b — Fistula oarbă sfincteriană; c — Fistula oarbă extrasfincteriană.

istule de origine anală

ectal superior este rară. Mai frecvent se întâlnesc traiecte fis-

peritoneale care își au originea la nivelul unor fistule trans-

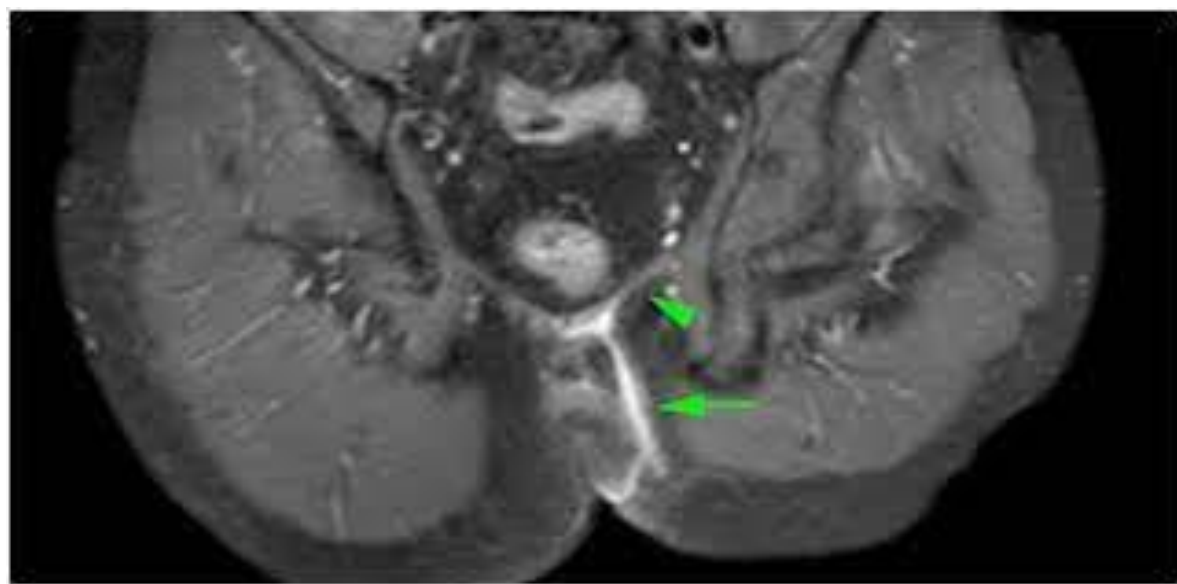
rne (fig. 8.17 a). Adevăratele fistule pelvirectale superioare

îlnessc în supurațiile de origine urinară sau genitală. De ase-

i observat fistule pelvirectale superioare după unele fleg-

și traiectelor extirpate relevă unele

- Diagnostic : examinarea se face in pozitie ginecologica sau genupoectorala ; se poate vizualiza cu aceasta ocazie un mic orificiu fistulos, de regula localizat in varful unei mici proeminente; spontan sau la compresiune, uneori la acest nivel se poate scurge o mica cantitate de puroi
- In cazul fistulelor complexe, se pot evidenta mai multe orificii de fistula, de o parte sau de alta a anusului
- TR : poate evidenta la palpare un traiect fibros, corespunzator orificiului fistulos
- Anuscopia asociata cu instilarea de albastru de metilen poate pune in evidenta si orificiul intern
- Cu anestezie adecvata, traiectul fistulos se poate pune in evidenta prin cateterizare cu stilet butonat
- RMN ul la acest nivel s-a impus in ultimii ani ca cea mai fiabila de explorare a anatomiei fistulei si a raporturilor acesteia cu aparatul sfincterian



Tratamentul fistulelor anale

- Tratamentul
- Exclusiv chirurgical : fistulectomia in bloc, fistulotomia cu sfincterectomie, fistulotomia cu sfincterectomie
- Operatii seriate si combinate pt fistule compexe
- Marea problema : evitarea defunctionalizarii aparatului sfincterian, cu instalarea incontinenței anale
- Tratament nechirurgical : injectare de fibrin glue, plasare de benzi elastic transsfincterian cu fibrozare si realizarea unei sfinctrotomii lente





FIGURE 1. Fibrin glue being instilled through the external opening of a fistula using the double-channel injector. A Vicryl suture was placed at the internal orifice inside the anal canal

