

Szczelina odbytu

Szczeliny okołodbytnicze – nadżerki, nienaturalne pęknięcia skóry w okolicach odbytu, które tworzą się w przebiegu biegunek lub często oddawanych stolców, niekiedy zapartych, konieczne jest ich leczenie pod nadzorem lekarza. Objawami są jasnoczerwone plamy krwi widoczne na papierze toaletowym. Mogą powodować ostry ból po wypróżnieniu^[1], ale w przypadku przewlekłego przebiegu ból jest słabo nasilony.

Spis treści

- 1 Etiologia
- 2 Zapobieganie
- 3 Leczenie
- 4 Zobacz też
- 5 Przypisy
- 6 Bibliografia

Etiologia

Większość szczelin odbytu powstaje w wyniku przekroczenia możliwości rozciągania śluzówki odbytu. Szczeliny odbytu występują częściej przykładowo u kobiet po porodzie^[2], po trudnych defekacjach, seksie analnym i u niemowląt w wyniku zaparc^[3].

Podział etiopatogenetyczny:

- szczelina ostra - powstaje nagle podczas oddawania twardego kału
- szczelina przewlekła - następstwo nadkażenia i utrzymywania się przewlekłego stanu zapalnego

Zapobieganie

U dorosłych w zapobieganiu szczeliny odbytu może pomóc unikanie:

- natężonych defekacji
- seksu analnego albo przynajmniej używanie lubrykantu

Leczenie

Szczelina i przetoka okolic odbytu i odbytnicy

fissura ani

ICD-10	K60 (http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/K60)
K60.0	Ostra szczelina odbytu
K60.1	Przewlekła szczelina odbytu
K60.2	Szczelina odbytu, nie określona

W terapii pierwszego rzutu w ostrych i przewlekłych szczelinach odbytu poleca się leczenie niechirurgiczne^{[4][5]}. Zwyczajowe leczenie obejmuje hydroterapię, stosowanie środków znieczulających miejscowo i odpowiednią dietę.

Chroniczne szczeliny odbytu są trudne w leczeniu ze względu na słabe ukrwienie okolicznych tkanek. Dlatego w 1994 roku zaproponowano wprowadzenie do leczenia maści z nitrogliceryną, która rozszerza naczynia krwionośne^{[6][7][8]}. Następnie w 1999 roku wprowadzono maść z blokerem kanału wapniowego – nifedypiną^{[9][10]}. W kolejnym roku zastosowano inny bloker wapnia – diltiazem^[11]. W Polsce w chwili obecnej dostępna jest w sprzedaży jedynie maść z nitrogliceryną. Jej wadą jest jednak to, że może być przyczyną bólów głowy, ponieważ wchłania się do krążenia ogólnego. Pozostałe dwa leki są sporadycznie przepisywane jako składniki maści recepturowych ze względu na brak odpowiednich gotowych postaci leku.

Połączeniem metody farmakologicznej z chirurgiczną jest zastrzyk z botuliny do zwieracza odbytu. Botulina poraża mięsień, działając bezpośrednio na płytkę motoryczną i powoduje jego rozluźnienie. Ta metoda została pierwszy raz użyta w roku 1993^{[12][13]}.

Zobacz też

- guzki krwawnicze
- proktologia

Przypisy


1. Gott M.D., Peter H. (March 5, 1998) *The Fresno Bee New therapy coming for anal fissures*. Section:Life; Page E2
2. Abramowitz L., Sobhani I., Benifla JL., Vuagnat A., Daraï E., Mignon M., Madelenat P. *Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery.. „Diseases of the colon and rectum”*. 5 (45), s. 650–5, maj 2002. PMID: 12004215 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12004215>).
3. Martínez-Costa C., Palao Ortuño MJ., Alfaro Ponce B., Núñez Gómez F., Martínez-Rodríguez L., Ferré Franch I., Brines Solanes J. [*Functional constipation: prospective study and treatment response*]. „Anales de pediatria (Barcelona, Spain : 2003)”. 5 (63), s. 418–25, listopad 2005. PMID: 16266617 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16266617>).
4. Nelson R. *Non surgical therapy for anal fissure.. „Cochrane database of systematic reviews (Online)”*. 4, s. CD003431, 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD003431.pub2 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003431.pub2>). PMID: 17054170 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054170>).
5. Haq Z, Rahman M, Chowdhury R, Baten M, Khatun M. *Chemical sphincterotomy--first line of treatment for chronic anal fissure*. „Mymensingh Med J”. 1 (14), s. 88–90, 2005. PMID: 15695964 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15695964>).
6. Loder P, Kamm M, Nicholls R, Phillips R. *'Reversible chemical sphincterotomy' by local application of glyceryl trinitrate*. „Br J Surg”. 9 (81), s. 1386–9, 1994. DOI: 10.1002/bjs.1800810949 (<https://doi.org/10.1002/bjs.1800810949>). PMID: 7953427 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7953427>).
7. Watson S, Kamm M, Nicholls R, Phillips R. *Topical glyceryl trinitrate in the treatment of chronic anal fissure*. „Br J Surg”. 6 (83), s. 771–5, 1996. DOI: 10.1002/bjs.1800830614 (<https://doi.org/10.1002/bjs.1800830614>). PMID: 8696736 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8696736>).
8. Simpson J, Lund J, Thompson R, Kapila L, Scholefield J. *The use of glyceryl trinitrate (GTN) in the treatment of chronic anal fissure in children*. „Med Sci Monit”. 10 (9), s. PI123–6, 2003. PMID: 14523338 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14523338>).
9. Antropoli C, Perrotti P, Rubino M, Martino A, De Stefano G, Migliore G, Antropoli M, Piazza P. *Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissures: preliminary results of a multicenter study*. „Dis Colon Rectum”. 8 (42), s. 1011–5, 1999. DOI: 10.1007/BF02236693 (<https://doi.org/10.1007/BF02236693>). PMID: 10458123 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458123>).
10. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Beltsis A, Chatzimavroudis G, Zavos C, Katsinelos T, Papaziogas B. *Aggressive treatment of acute anal fissure with 0.5% nifedipine ointment prevents its evolution to chronicity* (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/12/6203.asp>). „World J Gastroenterol”. 38 (12), s. 6203–6, 2006. PMID: 17036396 (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/12/6203.asp>).

/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036396). [dostęp 2016-02-16].

11. Carapeti E, Kamm M, Phillips R. *Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure and heal anal fissures without side effects.* „Dis. Colon Rectum”. 10 (43), s. 1359–62, 2000. DOI: 10.1007/BF02236630 (<https://doi.org/10.1007/BF02236630>). PMID: 11052511 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052511>).
12. Jost W, Schimrigk K. *Use of botulinum toxin in anal fissure.* „Dis Colon Rectum”. 10 (36), s. 974, 1993. DOI: 10.1007/BF02050639 (<https://doi.org/10.1007/BF02050639>). PMID: 8404394 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8404394>).
13. Tranqui P, Trottier D, Victor C, Freeman J. *Nonsurgical treatment of chronic anal fissure: nitroglycerin and dilatation versus nifedipine and botulinum toxin* (<http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/12/cjs/vol-49/issue-1/pdf/pg41.pdf>). „Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie”. 1 (49), s. 41–5, 2006. PMID: 16524142 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16524142>). [dostęp 2009-05-12].

Bibliografia

- Lund JN., Nyström PO., Coremans G., Herold A., Karaitianos I., Spyrou M., Schouten WR., Sebastian AA., Pescatori M. *An evidence-based treatment algorithm for anal fissure.* „Techniques in coloproctology”. 3 (10), s. 177–80, październik 2006. DOI: 10.1007/s10151-006-0276-z (<https://doi.org/10.1007/s10151-006-0276-z>). PMID: 16969620 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16969620>).

 Zapoznaj się z zastrzeżeniami dotyczącymi pojęć medycznych i pokrewnych w Wikipedii.

Źródło: „https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Szczelina_odbytu&oldid=45074738”

Tę stronę ostatnio edytowano 23:39, 16 lut 2016. Tekst udostępniany na licencji Creative Commons: uznanie autorstwa, na tych samych warunkach (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pl>), z możliwością obowiązywania dodatkowych ograniczeń. Zobacz szczegółowe informacje o warunkach korzystania (http://wikimediafoundation.org/wiki/Warunki_korzystania).