

# Przetoka kałowa odbytniczo-skórna jako powikłanie niskiej przedniej resekcji z powodu raka odbytnicy i radioterapii

Fecal recto-cutaneous fistula as a complication of low anterior resection and radiation

**Małgorzata Karolina Polańska-Płachta<sup>1</sup>, Justyna Smaga<sup>1</sup>, Grzegorz Kulik<sup>2</sup>, Jerzy Alojzy Polański<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II WL WUM (2<sup>nd</sup> Department of General, Vascular and Oncologic Surgery, 2<sup>nd</sup> Faculty of Medicine, Czerniakowski Hospital, Medical University of Warsaw, Poland)

<sup>2</sup>Zakład Radiologii Szpital Czerniakowski, Warszawa (Radiology Service, Czerniakowski Hospital, Warsaw, Poland)

## Streszczenie

Przetoki kałowe najczęściej łączą się z odbytem, pęcherzem, pochwą. Są powikłaniem chorób zapalnych, leczenia operacyjnego i radioterapii. Bardzo rzadko zdarzają się przypadki jak opisany poniżej chory ze spektakularnym chełbotaniem stolca tuż nad kolaniem lewym, w sepsie. Chory 5 lat po leczeniu chirurgicznym raka odbytnicy i uzupełniającej radioterapii, leczony nieskutecznie w równoległym ośrodku. Drenaż zmian podskórnych i śródmięśniowych oraz zamiana kolostomii pętlowej na końcową definitywnie odłączyły zasilanie przetoki, co przyczyniło się do pełnego wyzdrowienia chorego.

**Słowa kluczowe:** przetoka odbytniczo-skórna, resekcja przednia, radioterapia

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 36–40

## Abstract

Faecal fistula is an abnormal passage which communicates with anus, bladder or vagina. Fistulas are usually caused by inflammatory diseases, surgery or radiation therapy. We present a patient with rare manifestation of faecal fistula with fluctuation above left knee and with sepsis. His past medical history includes anal cancer surgical management of and adjuvant radiation therapy 5 years prior the admittance. He was unsuccessfully treated in other hospital. After subcutaneous and intramuscular drainage and after conversion from loop-into end colostomy fistulae lost their communication. The patient has fully recovered.

**Key words:** recto-cutaneous fistula, anterior resection, radiation

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 36–40

## Wstęp

Przetoki to nieprawidłowe połączenie między dwoma narządami: takimi jak jelito–pochwa, jelito–pęcherz, jelito–skóra. Przetoki jelitowo-skórne należą do najtrudniejszych problemów w chirurgii ogólnej, a zarazem do wyjątkowo nieprzyjemnych i uciążliwych dla chorego. Często są one powikłaniem leczenia operacyjnego, radioterapii i zaburzeń immunologicznych u chorego. U niektórych chorych pojawiają się spontanicznie, nie

powodując objawów innych niż wydzielanie treści kałowej do sąsiednich narządów, u innych jak w opisanym poniżej przypadku tworzenie się przetoki wiąże się z pełnoobjawową posocznicą i niewydolnością wielonarządową.

## Opis przypadku

Pacjent, 75-letni, przyjęty został we wstrząsie septycznym do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II WL WUM w ramach ostrego dyżuru z powodu



**Rycina 1.** Fistulografia — podany przez cewnik środek cieniujący zakontrastował bańkę odbytnicy i kanał przetoki (w trakcie podawania kontrastu!) pojawił się w tkankach miękkich uda lewego rozlewając się w nieregularne przestrzenie, które widoczne są również na wysokości lewego talerza biodrowego

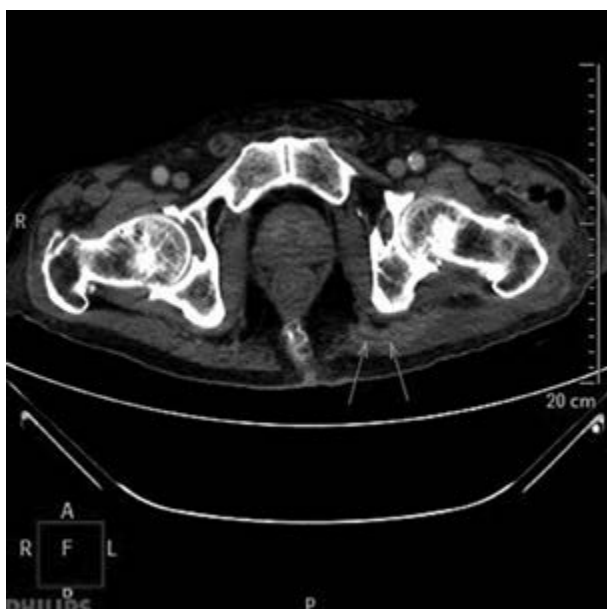
przetoki kałowej odbytniczo-skinnej oraz ze współistniejącym ropniem w obrębie tkanek miękkich pośladka oraz uda po stronie lewej (ryc. 1). W wywiadzie: stan po częściowej resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej przed laty, stan po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu, nadciśnienie tętnicze, napadowe migotanie przedsionków, łagodny przerost gruczołu krokowego. U pacjenta pierwotnie operowanego we wrześniu 2010 roku w innym ośrodku z powodu raka gruczołowego odbytnicy (*adenocarcinoma* G2, pT2N1) przeprowadzono niską przednią resekcję, usuwając 2/3 odbytnicy wraz z guzem (resekcja R0), *mezo-rectum* oraz wykonując zespolenie odbytniczo-zstępnicze za pomocą staplera okrężnego. W okresie pooperacyjnym wystąpiły kliniczne cechy rozejścia się zespolenia potwierdzone radiologicznie — mikroprzetoka w okolicy zespolenia, która uległa samowygojeniu. Pacjent po operacji otrzymywał przez miesiąc uzupełniającą radiochemioterapię (napromienianie X15 MeV w trzech pól na obszar miednicy — sumaryczną dawkę 5000 cGy/g we frakcjach po 200 cGy/g z kapecytabiną) z dobrą tolerancją leczenia. W 2013 roku u pacjenta wystąpiło krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Wynik badania histopatologicznego pobranych wycinków w trakcie kolonoskopii wykazał ogniskowy obrzęk błony śluzowej mogący odpowiadać zmianom po radioterapii. W 2015 roku pacjent zgłosił się do szpitala o tym samym poziomie referencyjności z powodu utrzymujących się stanów podgorączkowych z towarzyszącym bolesnym guzem, obrzękiem w tkankach miękkich lewego pośladka.



**Rycina 2.** W przestrzeni przedkrzyżowej pogrubienie tkanek; odcinkowo z pasmami hiperdensyjnymi, z pojedynczym pęcherzykiem gazu

W badaniach dodatkowych przy przyjęciu mierna leukocytoza, podwyższone parametry nerkowe oraz wysoki poziom białka C-reaktywnego. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym w obrębie tkanek miękkich pośladka lewego stwierdzono zmianę hipoechogeniczną odpowiadającą ropniowi. W trakcie hospitalizacji pacjent przebył laparotomię z zamiarem drenażu ropnia. Śródoperacyjnie nie udało się zlokalizować zbiornika ropnego, wyłoniono sigmoidostomię pętlową. W czwartej dobie po zabiegu pacjent wymagał reoperacji z powodu rozejścia się rany. W trakcie pobytu pacjent otrzymywał antybiotykoterapię skojarzoną — początkowo amoksycylinę z metronidazolem, a następnie meropenem i linezolid. Przed wypisem do domu wykonano badanie ultrasonograficzne, które nie wykazało ewidentnego ropnia lewego pośladka. Wykonano próbne nakłucie zmiany, nie stwierdzając treści ropnej.

Po przyjęciu do naszego ośrodka w badaniach laboratoryjnych: leukocytoza — 11,7 K/uł [N: 4,0–10,0], CRP — 28,9 mg/dl [N: < 0,5], niedokrwistość normocytarna [HGB — 11,0 g/dl, MCV 92,8 fl]. Wykonano USG pośladka i uda lewego, stwierdzając pasmowate zbiorniki płynowe łączące się ze sobą, zawierające zagęszczoną treść i odbicia gazowe odpowiadające typowym zmianom dla ropni — największy ze zbiorników 49 × 35 mm. Ropnie zdrenowano w warunkach ostrego dyżuru. Po uprzednim przygotowaniu chorego oraz pogłębieniu diagnostyki obrazowej — fistulografia i tomografia komputerowa jamy brzusznej oraz miednicy mniejszej (ryc. 2–5) — wykonano rozdzielenie odbytu dwulufowego, wyłoniono



Rycina 3. Kanał przetoki



Rycina 4. Otorebkowane zbiorniki płynowe: 1. do tyłu od talerza kości biodrowej pomiędzy mięśniem pośladkowym średnim i wielkim; 2. położony poniżej w mięśniu pośladkowym wielkim lewym na wysokości krętarza większego kości udowej



Rycina 5. Otorebkowane zbiorniki płynowe: 1. do tyłu od talerza kości biodrowej pomiędzy mięśniem pośladkowym średnim i wielkim, 2. położony poniżej w mięśniu pośladkowym wielkim lewym na wysokości krętarza większego kości udowej



Rycina 6. Stan po drenażu ropnia uda lewego. Ropień rozciągający się lewobocznie w obręb tkanek miękkich pośladka lewego i uda lewego wzdłuż powięzi mięśnia pośladkowego wielkiego i średniego z kanałem przetoki na zewnątrz

kolostomię końcową i zamknięto kikut odbytnicy na głucho. Okres pooperacyjny bez powikłań. Tydzień po operacji wykonano kontrolną TK, która ujawniła wyraźne zmniejszenie zbiorników ropnych oraz obrzęku tkanek miękkich (ryc. 6, 7). Po trzytygodniowym pobycie pacjent



Rycina 7. Stan po drenażu ropnia uda lewego. Tomografia komputerowa — przekrój czołowy



Rycina 8. Dziewięć miesięcy po operacji — rany pooperacyjne zagojone. W kontrolnym USG jamy brzusznej bez patologicznych zbiorników

został wypisany do domu w stanie dobrym. Chory pozostaje pod opieką przyszpitalnej poradni chirurgii ogólnej (ryc. 8, 9).

## Dyskusja

Odsetek powikłań w operacjach wykonanych z powodu nowotworów odbytnicy zmniejszył się w ciągu ostatnich 50 lat w sposób znaczący [1]. Ogólnymi czynnikami ryzyka wystąpienia powikłań są między innymi: zaawansowany wiek, operacje ze wskazań nagłych, choroby neurologiczne, kardiologiczne lub układu oddechowego, hypoalbuminemia, długi czas trwania operacji, kontaminacja otrzewnej w trakcie zabiegu [2, 3]. Ryzyko wystąpienia przetoki po zespoleniu



Rycina 9. Dziewięć miesięcy po operacji — rany pooperacyjne zagojone. W kontrolnym USG jamy brzusznej bez patologicznych zbiorników

odbytniczno-okrężniczym, krętniczno-okrężniczym waha się od 1 do 10% [4] i obejmuje między innymi takie czynniki, jak rozejście się zespolenia i jego nieszczelność, wykonanie zespolenia < 5 cm od końca odbytniczego, przedoperacyjna radioterapia, zaawansowany proces nowotworowy [4, 5]. Przetoka może tworzyć się między zespoleniem a pęcherzem moczowym, pochwą, przestrzenią przedkrzyżową lub skórą. Przetoki jelitowo-skrónne są zazwyczaj późnym objawem nierozpoznanej nieszczelności zespolenia.

Leczenie zachowawcze przetoki jelitowo-skrónnej jest leczeniem z wyboru, gdyż około połowa z nich ulega samoistnemu zamknięciu w ciągu średnio 30 dni (10–180 dni) [6]. W przypadku jednak, gdy wydziela ona dużo, szansa na jej spontaniczne wygojenie jest niewielka. Interwencja u chorych z dużymi przetokami powinna być opóźniona o około 3–6 tygodni, aby doprowadzić do spadku parametrów zapalnych oraz uzyskać prawidłowy stan odżywienia pacjenta [6, 7]. Retrospektywne badanie obejmujące 61 pacjentów wykazało, że leczenie przetoki jelitowo-skrónnej obarczone jest wysokim ryzykiem powikłań: w 7 przypadkach doszło do wznowy przetoki, u 52 pacjentów wystąpiło zakażenie miejsca operowanego, 3 przypadki zakończyły się zgonem [8].

W przypadku leczenia tego rodzaju powikłania ważne jest całkowite odłączenie zasilania przetoki treścią z przewodu pokarmowego — zamiana kolostomii pętlowej na końcową — jak w powyższym przypadku, co doprowadziło do pełnego wyleczenia chorego.

## Piśmiennictwo

1. Paun BC, Cassie S, MacLean AR, et al. Postoperative complications following surgery for rectal cancer. *Ann Surg.* 2010; 251(5): 807–818, doi: [10.1097/SLA.0b013e3181dae4ed](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181dae4ed), indexed in Pubmed: [20395841](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20395841/).
2. Alves A, Panis Y, Manton G, et al. Association Française de Chirurgie. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. *Arch Surg.* 2005; 140(3): 278–83, discussion 284, doi: [10.1001/archsurg.140.3.278](https://doi.org/10.1001/archsurg.140.3.278), indexed in Pubmed: [15781793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781793/).
3. Ragg JL, Watters DA, Guest GD. Preoperative risk stratification for mortality and major morbidity in major colorectal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52(7): 1296–1303, doi: [10.1007/DCR.0b013e3181a0e639](https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181a0e639), indexed in Pubmed: [19571708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19571708/).
4. Bretagnol F, Troubat H, Laurent C, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *Br J Surg.* 1998; 85(3): 355–358, doi: [10.1046/j.1365-2168.1998.00615.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.1998.00615.x), indexed in Pubmed: [9529492](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9529492/).
5. Eriksen TF, Lassen CB, Gögenur I. Treatment with corticosteroids and the risk of anastomotic leakage following lower gastrointestinal surgery: a literature survey. *Colorectal Dis.* 2014; 16(5): O154–O160, doi: [10.1111/codi.12490](https://doi.org/10.1111/codi.12490), indexed in Pubmed: [24215329](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24215329/).
6. Martinez JL, Luque-de-Leon E, Mier J, et al. Systematic management of postoperative enterocutaneous fistulas: factors related to outcomes. *World J Surg.* 2008; 32(3): 436–43; discussion 444, doi: [10.1007/s00268-007-9304-z](https://doi.org/10.1007/s00268-007-9304-z), indexed in Pubmed: [18057983](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18057983/).
7. Fazio VW, Zutshi M, Remzi FH, et al. A randomized multicenter trial to compare long-term functional outcome, quality of life, and complications of surgical procedures for low rectal cancers. *Ann Surg.* 2007; 246(3): 481–8; discussion 488, doi: [10.1097/SLA.0b013e3181485617](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181485617), indexed in Pubmed: [17717452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17717452/).
8. Connolly PT, Teubner A, Lees NP, et al. Outcome of reconstructive surgery for intestinal fistula in the open abdomen. *Ann Surg.* 2008; 247(3): 440–444, doi: [10.1097/SLA.0b013e3181612c99](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181612c99), indexed in Pubmed: [18376187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18376187/).

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Małgorzata K. Polańska-Plachta  
Szpital Czerniakowski, ul. Stępińska 19/25, 00–739 Warszawa  
tel.: 22 3186390/391  
e-mail: [eustacha2@gmail.com](mailto:eustacha2@gmail.com)

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.06.2017 r.