

ANÁLNÍ FISURA U DĚTÍ

prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Praha

Anální fisura je nejčastějším získaným onemocněním konečníku a řiti v dětském věku a nejčastější příčinou krvácení z konečníku u dětí. Zdrojem krvácení je porušená sliznice análního kanálu. Nejčastěji se vyskytuje mezi šestým měsícem a dvěma lety života. Charakteristické jsou krvácení z konečníku, bolest a zadržování stolice. Trhlina může být akutní nebo chronická. Diagnóza se stanoví z klinického obrazu a fyzikálního vyšetření anu a jeho okolí. K ověření nejisté pracovní diagnózy řitní trhliny nebo k vyloučení jiné příčiny krvácení je třeba endoskopické vyšetření. Léčení spočívá v odstranění spazmu análního svěrače a zhojení trhliny. Při recidivě trhliny, krvácení a špatné reakci na léčbu je nezbytná endoskopie. Chirurgická léčba, excize fisury a sfinkteromyotomie vnitřního análního svěrače, je indikována u chronické fisury. Léčba botulotoxinem se u dětí nepoužívá.

Klíčová slova: anální fisura, řitní trhlina, rektoragie.

ANAL FISSURE IN CHILDREN

The anal fissure is the most frequent acquired disease of the rectum and anus in the childhood and the most frequent cause of bleeding from rectum in children. The source of bleeding is damaged mucosa of anal channel. It occurs most frequently between six months and two years of life. Most common symptoms are rectal bleeding, pain and retaining of stool. Fissure can be acute or chronic. The diagnosis is made from clinical picture and physical examination of anus and its surrounding. An endoscopy examination is necessary to confirm an uncertain working diagnosis of anal fissure or to rule out bleeding from another source. The treatment consists of relief of the spasm of the anal sphincter and healing of the fissure. An endoscopy is necessary in recurrent fissure bleeding or poor response to the treatment. Surgical treatment, fissure excision and sphincteromyotomy of internal anal sphincter is indicated in chronic fissures. Botulotoxin treatment is not used in children.

Key words: anal fissure, rectal fissure, rectorrhage.

Pediatr. pro Praxi, 2008; 9(2): 119–120

Anální fisura, fissura ani, řitní trhlina je nejčastějším získaným onemocněním konečníku a řiti v dětském věku a nejčastější příčinou krvácení z konečníku u dětí. Je proto také relativně častou diagnózou v ambulanci praktického dětského lékaře. Diagnóza nebývá obtížná, léčení však může být v některých případech velmi svízelné, podle empirické zkušenosti, kterou lze shrnout do konstatování „během chvíle vznikne, měsíce se léčí“. Delší doba léčení pak může vyvolat zbytečné rozpaky na straně lékaře i rodičů. Cílem předloženého sdělení je informace o příčinách, diferenciální diagnostice a léčení tohoto onemocnění řiti v dětském věku.

Definice a příčiny

Trhlina řitní znamená povrchové natržení kůže a sliznice anu, které je lokalizované převážně ve střední čáře, na dorzální straně análního otvoru. Anální trhlina je jednou z nejčastějších příčin krvácení z konečníku u batolat a malých dětí. Zdrojem krvácení je porušená sliznice análního kanálu. Trhlina vznikne zpravidla poraněním sliznice okrajem tuhé stolice nebo náhlým, nepřiměřeným roztažením análního kanálu při překrotném vyprazdňování tuhé, objemné stolice. Může však výjimečně vzniknout i u dětí, které mají stolici formovanou a pravidelnou.

Výskyt a příznaky

Řitní trhlina se nejčastěji vyskytuje mezi šestým měsícem a dvěma lety života, ale může se obje-

vovat po celý dětský věk, již od novorozeneckého období. Krev je jasně červená, je patrná na stolici, na plenkách nebo spodním prádle. Anální trhlina většinou souvisí se zácpou, průjemem nebo opruzením a prakticky se nevyskytuje u kojenných dětí. Často je trhlina jednou z lokálních komplikací Crohnovy choroby, imunodeficientních stavů, leukémie a vzácně i tuberkulózy. Při výskytu mnohočetných trhlín spolu s perianálním hematomem je třeba vzít v úvahu i pohlavní zneužívání nebo méně obvyklé sexuální praktiky u dospívajících.

Klinický obraz

Pro anální trhlinu je charakteristická trojice příznaků, kterými jsou krvácení z konečníku, bolest a zadržování stolice. Trhlina může být akutní nebo chronická. Akutní trhlina má jasně červenou spodinu, její okraje jsou jemné. Chronická trhlina má spodinu bělavě špekovitou s naválitými okraji a provází ji hypertrofie anální papily a typický, několik milimetrů vysoký kožní výrůstek v zevním okraji trhliny, tzv. strážní hrbolek.

Diagnóza

Stanoví se z klinického obrazu a fyzikálního vyšetření anu a jeho okolí. Aby vyšetření bylo efektivní, je potřeba, aby se dítě vyšetření nebálo, aby vyšetření nebolelo a aby vyšetřující lékař anální okolí a vlastní anální otvor dobře viděl. U novorozenců a kojenců vystačíme s polohou na zádech, u větších

a spolupracujících dětí lze dobře použít genupektorální polohu. Dobrý přehled anální krajiny poskytuje i poloha na boku, kterou lze použít také u stydlivých adolescentů. Obtížné je vyšetření u batolat. Snažíme se je vyšetřit v poloze, kterou zaujmou a při které anus dobře vidíme. Spolupráce rodiče při vyšetření může být užitečná, ale i vyšetření ztěžující. Proto pomoc rodičů při vyšetření neodmítáme, ale ani ji nevyžadujeme. Vyšetření u nespupracujících dětí, stejně jako vyšetření starších pacientů s mnohočetnými bolestivými trhlínami suspektních z Crohnovy choroby a ostatních onemocnění, spojených s anální trhlinou proto provádíme v celkové anestezii, kdy lze připojit také rektoskopii nebo koloskopii se slizniční biopsií. Až na výjimky nevyšetřujeme anální trhlinu při menstruaci. U akutní řitní trhliny se omezíme na inspekci perinea a análního otvoru po šetrném rozhrnutí análních řas. Vyšetření řitního kanálu a jeho okolí pohledem případně doplníme jemnou palpací kůže perinea a okolí análního otvoru. Kompletní vyšetření per rectum neprovádíme proto, že je bolestivé a zhorší trhlinu a bojácnost dítěte při další návštěvě v ordinaci. Není-li fisura zrakem patrná, protože je umístěna hlouběji v análním kanále, a trvá-li bolestivost nebo krvácení i přes léčbu trhliny, je nutné endoskopické vyšetření k ověření pracovní diagnózy řitní trhliny nebo k vyloučení jiné příčiny krvácení.

Další příčiny krvácení z anorekta a tlustého střeva (rektoragie a hematochézie) mohou být: juvenilní rektální polyp (vícečetná polypóza), alergická

granulární proktokolitida, invaginace, bakteriální kolitida způsobená *Salmonellou*, *Shigellou* nebo *Campylobakterem* a patogenními kmeny *E. coli*, cytostatická kolitida u onkologických pacientů. Závažná může být i virová cytomegalové kolitida spojená se syndromem snížené imunity. Časté hlenovité stolice s krví a tenezmy nalezneme u vrozené familiární polypózy kolon, ulcerózní kolitidy. U nezralých dětí musíme myslet na nekrotizující enterokolitidu. U pacientů s kolostomií může být krvácení z konečníku známkou diverzní kolitidy na vyraženém úseku tlustého střeva. Vzácným zdrojem rektoragie u dětí mohou být hemoroidy při portální hypertenzi, ulcus recti simplex, heterotopická žaludeční sliznice v tlustém střevě, duplikatury střevní, cévní malformace u syndromů Klippel-Trenaunay nebo Rendu-Osler-Weber. Krvácení může nastat také u hemolyticko-uremického syndromu a Henoch-Schonleinovy purpury.

Terapie

Léčba je jednak konzervativní, spočívající v nácviku pravidelného vyprazdňování stolice, sprchování konečníku po stolici, defekace s pouze mírně pokrčenými nohama, masáže konečníku před a po stolici, včetně jemného roztahení análních svěračů

prstem matky. Masáže i divulze řiti musí být velmi šetrné bez odmítavé, nebo dokonce bolestivé reakce dítěte. Lokálně se aplikují masti a čípky s anestetickou, epitelizační a venotonickou složkou, sedací koupele ve slabém, vlažném roztoku hypermanganu, promašťování indiferentní mastí, vhodné je vzdušné, bavlněné spodní prádlo. Pokud se trhlina ani po několika měsících nezhojí, provede se anoskopie a roztahení svaloviny konečníku (divulze) v celkové anestezii. Šetrné, ale vydatné uvolnění spazmu svěračů zlepší hojení trhliny, i když se trhlina může po divulzi přechodně zvětšit. Zhojení trhliny může nastat velmi rychle, a to i v několika dnech. Přesto mast v kombinaci s čípky aplikujeme kontinuálně 10–14 dní. Přes den je vhodnější aplikace masti, na noc podání čípku. Zbylou mast z předchozí aplikace je třeba vždy pečlivě odstranit. Při opětovém vzniku trhliny léčebnou kúru opakujeme, při špatné reakci na léčbu a při recidivách krvácení je však nezbytná

již zmíněná endoskopie. U malých dětí většinou dobře vystačíme s přípravkem Faktu. U adolescentů je možno použít Dobexil a jsou i dobré zkušenosti s lokální aplikací Salofalku. Dilatace řitě pomůckami typu Dilatan nebo Hegarovými dilatátory se v dětském věku používají výjimečně.

Chirurgická léčba je indikována u chronické anální fisury. Provádí se excize fisury s odstraněním jizevnaté tkáně a sfinkteromyotomie vnitřního análního svěrače, kterou se odstraní jeho trvalý spasmus, zlepší se prokrvení v distální části řitního kanálu a tím i hojení trhliny. Léčba botulotoxinem aplikovaným do svaloviny análního svěrače se u dětí nepoužívá.

prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
Subkatedra dětské chirurgie IPVZ Praha
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
e-mail: richard.skaba@lfmotol.cuni.cz

Literatura

1. Antoš F. Řitní trhlina In: Zeman M et al. Speciální chirurgie. Praha: Galén, 2004: 308 s.
2. Hirschl RB. Anal Fissure In O'Neill J Jr., Grosfeld JL, Fonkasrud EW, Coran AG, Caldamore AA. Principles of Pediatric Surgery. Mosby St.Louis 2003: 594–595.
3. Holubec L, Čermák J. Fissura ani. In: Horký K. Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003: 156 s.
4. Rousková B. Získaná anorektální onemocnění. In: Šnajdauf J, Škába R a kol. Dětská chirurgie. Praha: Galén, 2005: 212–213.