

©Borgis

*Krzysztof Bielecki

Ropień odbytu jako problem kliniczny ostrodyżurowy

Perianal abscess as the emergency clinical problem

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital Solec Sp. z o.o., Warszawa

Ordynator Oddziału: dr med. Jacek Bierca

Kierownik Pododdziału Proktologii: dr hab. med. Małgorzata Kołodziejczak

Słowa kluczowe

gruczoły Hermanna, ropień odbytu, nacięcie i drenaż ropnia

Key words

Hermann's anal glands, perianal abscess, incision and drainage of the perianal abscess

Adres/address:

*Krzysztof Bielecki
 Oddział Chirurgii Ogólnej
 z Pododdziałem Proktologii
 Szpital Solec Sp. z o.o.
 ul. Solec 93, 00-382 Warszawa
 tel. +48 (22) 250-62-16
 prof.bielecki@gmail.com

Streszczenie

Ropień odbytu jest częstym powodem konsultacji chorego w szpitalnym oddziale ratunkowym. Często choroba ta jest nierozpoznawana i niewłaściwie leczona. Opóźnione nacięcie i drenaż ropnia jest przyczyną wielu niekorzystnych dla chorego następstw, jak nawrotowy ropień, przetoka odbytu, zespół Fourniera, zaburzenia mechanizmu kontroli oddawania gazów i stolca, sepsa kroczoowo-odbytnicza.

W artykule omówiono etiologię, objawy i leczenie ropnia odbytu. Podkreślono ważną rolę dobrze zebranych wywiadów, badania proktologicznego, znieczulenia, leczenia chirurgicznego oraz pooperacyjnej opieki ambulatoryjnej w procesie leczenia chorego z ropniem odbytu.

Ropień odbytu jest częstym i ważnym, ale wielokrotnie niedocenianym problemem klinicznym podczas ostrego dyżuru chirurgicznego.

Summary

Perianal abscess is a common condition in the emergency department. Frequently this disease is misdiagnosed and wrongly treated. Delayed incision and drainage of the perianal abscess is a cause of many disadvantageous after-effects e.g. recurrent perianal abscess, fistula-in-ano, Fournier syndrome, gas and fecal incontinence and perineal-anorectal sepsis.

The aim of this article is to underline the clinical relevance of anamnesis, the proper proctological examination, good anaesthesia, the proper surgery and good postoperative care in the treatment of patient with a perianal abscess.

Perianal abscess is the common, important but frequently underestimated clinical problem in the surgical emergency setting.

WSTĘP

Wiele chorób okolicy odbytu przebiega z zapaleniem i objawami sepsy odbytowo-odbytniczej. Do tej grupy chorób zaliczamy:

- niespecyficzne zakażenia (ropień i przetoka odbytu),
- gruźlicę (przewlekłe zakażenie, czasami przetoka),
- chorobę Leśniowskiego-Crohna (przewlekłe zakażenie, złożone przetoki),
- *hidradenitis suppurativa* (ropne zakażenie gruczołów apokrynowych okolicy odbytu, kanał odbytowy nie jest zajęty przez proces zapalny),
- ropne zakażenie skóry (zwykle zakażenie przez *Staphylococcus aureus*, liczne ropnie),
- zakażenie w następstwie urazu (ciała obce, seks analny),
- zakażenie w następstwie sepsy wewnątrzmiędniczej (powikłana choroba uchyłkowa okrężnicy, choroba Leśniowskiego-Crohna),

- zakażenie torbieli dermoidalnej,
- zakażenie towarzyszące powikłanej chorobie nowotworowej odbytu i odbytnicy.

Około 20% populacji ma problemy chorobowe okolicy odbytowo-odbytniczej, z którymi zgłaszają się na ostry dyżur chirurgiczny (1, 2).

ETIOLOGIA I ETIOPATOGENEZA ROPNI ODBYTU

W przebiegu zakażeń nieswoistych infekcją zaczyna się od zapalenia krypty odbytowej i gruczołów odbytowych Hermanna. W etiologii ropni odbytu rolę odgrywają następujące czynniki: ciała obce wprowadzane do odbytu lub poknięte, jatrogenne urazy po operacjach proktologicznych i ginekologicznych, choroby zapalne jelit oraz rzadkie zakażenia gruźlicze lub grzybicze (np. *Actinomycosis*) (3).

Flora bakteryjna ropni to przeważnie flora bakteryjna przewodu pokarmowego, przede wszystkim

Escherichia coli, *Bacteroides* sp., *Enterococcus* sp., *Streptococcus* sp. Przyczyną ropnia odbytu mogą być choroby przenoszone drogą płciową jak opryszczka, *Chlamydia* i zakażenie gonokokowe.

Ropień odbytu najczęściej lokalizuje się w pięciu okolicach: międzyzwieraczowej, okołodobytywowej, międzymięśniowej, ponaddźwigaczowej i kulszowo-odbytniczej.

Okolo 90% ropni odbytu powstaje w wyniku zakażenia gruczołów odbytowych Hermanna, które są zlokalizowane w przestrzeni międzyzwieraczowej, przede wszystkim na tylnym obwodzie odbytu. Zakażenie z gruczołów odbytowych szerzy się przez mięsień zwieracz wewnętrzny do krypt Morganiego w kanale odbytu oraz wzdłuż przestrzeni międzyzwieraczowej najczęściej obwodowo, tworząc ropnie podskórne (powierzchnowe, subdermalne). Zakażenie najczęściej rozprzestrzenia się w tkankach o małym oporze tkankowym. Zakażenie może szerzyć się także wzdłuż przestrzeni międzyzwieraczowej ku górze, tworząc wysokie ropnie międzyzwieraczowe. Zakażenie przechodzące poprzez zwieracz zewnętrzny odbytu do dołu kulszowo-odbytniczego jest przyczyną ropni kulszowo-odbytniczych, a jeśli zakażenie przejdzie ponad mięśnie dźwigacze odbytu, rozwijają się ropnie ponaddźwigaczowe lub ropnie miedniczno-odbytnicze (4, 5).

Ropnie odbytu najczęściej występują u mężczyzn w wieku 30-40 lat. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko powstania ropni odbytu. Ropnie odbytowo-odbytnicze stosunkowo często występują u niemowląt płci męskiej poniżej pierwszego roku życia.

Nie wykazano zależności pomiędzy ryzykiem zachorowania na ropień odbytu a niewłaściwą higieną okolicy odbytu i krocza. Okolo 30% chorych z ropniem odbytu miało ropień w przeszłości, a 75% z nich – w tej samej lokalizacji.

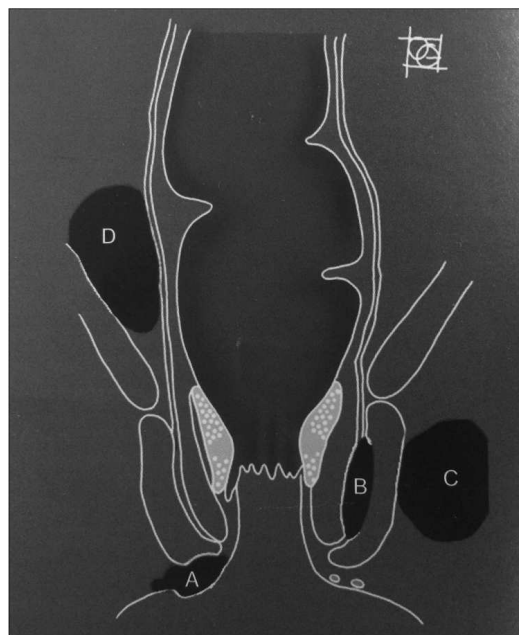
Ropień odbytu i przetoka odbytu są następstwem tej samej choroby, tj. zapalenia gruczołów odbytowych Hermanna. Ropień odbytu jest formą ostrą, a przetoka formą przewlekłą zakażenia.

PODZIAŁ ROPNI

Istnieje kilka podziałów ropni. Według Cormana ropnie odbytu ze względu na lokalizację dzielimy na: przyodbytowe (powierzchnowe) – stanowią okolo 60% wszystkich ropni odbytu, międzyzwieraczowe – ok. 10-20%, kulszowo-odbytnicze – ok. 15-25%, nadzwieraczowe – 2-6%, oraz nietypowe – 10-20% wszystkich ropni odbytu (ryc. 1) (4, 6).

Z badań Kołodziejczak i wsp. wynika nieco inna częstość występowania różnych typów ropni: ropnie powierzchniowe obserwowano w 60,9% przypadków, ropnie kulszowo-odbytnicze – 15,8%, ropnie międzyzwieraczowe – 11,3%, ropnie nadzwieraczowe – 2,3%, oraz ropnie nietypowe – 9,8% wszystkich ropni odbytu (7).

Wśród najczęściej występujących ropni powierzchniowych wyróżniamy: międzyzwieraczowe, miedniczno-odbytnicze, zaodbytowe, podkowiaste i kroczone. Ropnie międzyzwieraczowe dzielimy na wysokie (powyżej linii grzebieniastej) i niskie (poniżej linii grzebieniastej). Ropnie powyżej mięśnia dźwigacza odbytu,



Ryc. 1. Ropnie odbytu: A – subanodermalny; B – międzyzwieraczowy; C – kulszowo-odbytniczy; D – naddźwigaczowy.

zwane ropniami miedniczno-odbytniczymi, nie są związane z zakażeniem odkryptowym. Ropień zaodbytowy jest zlokalizowany w przestrzeni poza odbytem i zwykle jest płytki. Ropień podkowiasty powstaje w następstwie zakażenia tylnej zatoki (krypty). Zakażenie przechodzi przez mięsień zwieracz zewnętrzny do obu dołów kulszowo-odbytniczych, tworząc ropień podkowiasty obejmujący od tyłu odbyt i odbytnicę. Ropień kroczone zlokalizowany w części centralnej okolicy kroczonej nie ma kontaktu z kanałem odbytowym (6).

Wysokie ropnie zlokalizowane pomiędzy mięśniami podłużnym i okrężnym odbytnicy znajdują się powyżej poziomu mięśnia dźwigacza odbytu. Ropnie takie naciągają się od strony światła odbytnicy.

OBJAWY KLINICZNE ROPNI ODBYTU

Objawy ropnia zależą od wielkości ropnia i jego lokalizacji. Wiodącym objawem jest silny ból okolicy odbytu, nasilający się przy zmianie pozycji ciała i podczas defekacji. Zwykle bóle najpierw są sporadyczne, napadowe. Z każdym dniem stają się coraz bardziej intensywne i stałe. Najczęściej w okolicy odbytu pojawiają się bolesny obrzęk i zaczerwienie skóry. Chorzy unikają oddawania stolca ze względu na ból podczas defekacji. Najmniejszy dotyk okolicy odbytu sprawia ból. Zmiana pozycji ciała powoduje jego nasilenie.

W ropniu odbytu chorzy zgłaszają często objawy zaburzenia oddawania moczu, takie jak częstomocz, bolesne oddawanie moczu, ostre zatrzymanie oddawania moczu. Zaburzenia dyzuryczne są spowodowane przez przejście zakażenia na zwieracz zewnętrzny cewki i część błoniastą cewki moczowej (8). Pojawienie się ropnej wydzieliny z prącia powinno nasuwać podejrzenie ropnia odbytu i należy przeprowadzić pełne badanie proktologiczne (9).

W przypadku formowania się wysokiego ropnia pojawiają się objawy ogólne jak wzrost temperatury ciała, dreszcze i złe samopoczucie. Z odbytu wydzielają się zawartość śluzowo-ropna, z domieszką krwi. Pojawiają się świąd odbytu, zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu (retencja moczu). Narastają objawy SIRS-u i sepsy. Ropnie zlokalizowane nisko są łatwe do rozpoznania i leczenia. Ropnie zlokalizowane wysoko są niewidoczne. Dominują wówczas objawy ogólne.

ROZPOZNANIE ROPNIA ODBYTU

Rozpoznanie ropnia odbytu jest łatwe jeśli jest ropień zlokalizowany nisko. Rozpoznanie wysokiego ropnia jest trudne. Silne bóle odbytu i objawy ogólne zakażenia zawsze powinny nasuwać podejrzenie wysokiego ropnia okolicy odbytowo-odbytniczej. Podczas badania fizykalnego stwierdza się bolesne wypuklenie w okolicy odbytu, skóra jest napięta, zaczerwieniona, bardzo ucieplona, wyczuwa się chęłbotanie lub zwiększoną twardość tej okolicy. Badanie palcem przez odbył zwykle jest niemożliwe z powodu znacznej bolesności.

Ropień kulszowo-odbytniczy jest klinicznie mało widoczny. Objawy ogólne jak gorączka, dreszcze, złe samopoczucie chorego, objawy fizykalne: stwardnienie w okolicy odbytu i dołu kulszowo-odbytniczego, wzmożone ucieplenie okolicy odbytu, rumień na skórze, bolesność miejscowa, niekiedy chęłbotanie, nasuwają podejrzenie ropnia kulszowo-odbytniczego. Podczas badania palcem kanału odbytowego powyżej pierścienia odbytowo-odbytniczego wyczuwa się bolesne wypuklenie ściany odbytnicy. Pierścień odbytowo-odbytniczy jest zlokalizowany na granicy pomiędzy odbytnicą a początkiem kanału odbytowego i odpowiada górnemu brzegowi mięśni zwieraczy odbytu i bocznym ramionom pętli mięśnia łonowo-odbytniczego (10).

Trudności diagnostyczne wymagają różnicowania ropnia odbytu z takimi chorobami jak choroba hemoidalna, szczelina odbytu, przetoka odbytu i nawykowe zaparcia. Trudności diagnostyczne opóźniają leczenie ropnia. Po raz kolejny podkreślam ważność w rozpoznawaniu ropnia dobrze zebranych wywiadów chorobowych i pełnego badania proktologicznego w dobrym znieczuleniu chorego. Poza badaniem proktologicznym pomocnymi w rozpoznawaniu ropnia odbytu są usg endorektalne i okolicy kroczonej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny miednicy i krocza. Coraz częściej do rozpoznawania ropnia odbytu wykorzystuje się dobrej jakości przyłóżkowe aparaty do badania ultrasonograficznego kanału odbytowego.

Jeśli chory nie zgłosił się do lekarza w odpowiednim czasie, to ropień, zwłaszcza nisko zlokalizowany, ulega samoistnemu pęknięciu i opróżnieniu z zawartości ropnej. Pomimo samoistnej ewakuacji ropy, chory powinien zgłosić się do lekarza, aby ropień naciąć i drenaż w sposób właściwy. Zaleganie ropy w jamie ropnia często prowadzi do nawrotowych ropni.

W 50% przypadków jako zejście ropnia powstaje przetoka odbytu.

LECZENIE ROPNIA ODBYTU

Małe, wczesne ropnie odbytu można leczyć zachowawczo, stosując ewakuację ropy strzykawką przez nakłucie ropnia i antybiotykoterapię.

Większość ropni wymaga postępowania chirurgicznego, tj. nacięcia i drenażu. Leczenie chirurgiczne ropni odbytu wymaga doświadczenia klinicznego w zakresie proktologii. Rezydent może naciąć ropień odbytu, ale pod nadzorem doświadczonego w proktologii chirurga. Ważnym jest właściwe ułożenie pacjenta do operacji. Moim zdaniem najlepszą pozycją jest pozycja litotomijna.

Istnieją pewne zasady nacinania ropni odbytu:

1. Szerokie nacięcie na szczycie ropnia, najlepiej z wycięciem eliptycznego fragmentu skóry, ma zapobiec szybkiemu zarośnięciu rany skórnej. Cięcie prowadzone jest promieniście w kierunku odbytu, jak nablżej niego, jednocześnie uważając, aby nie uszkodzić mięśni zwieraczy. Niektórzy chirurdzy preferują cięcie okrężne. Ropień obejmujący więcej niż 60 stopni obwodu odbytu od tyłu (ropień podkowiasty) wymaga tylnego, łukowatego nacięcia w przestrzeni odbytowo-guzicznej.
2. Kontrola palcem jamy ropnia, aby wykluczyć ropień typu klepsydry, z daleko posuniętą ostrożnością, aby nie uszkodzić zwieraczy odbytu.
3. Nie zaleca się stosowania sztywnych, grubych drenów wprowadzanych do jamy ropnia. Po wypłukaniu ropnia (roztwór fizjologiczny soli kuchennej, octenisept, betadina) do jamy wprowadza się miękkie drenaże (seton, dren gumowy, miękki) w celu odprowadzania wydzieliny ropnej z głębi jamy ropnia. W szeroko otwartych ropniach nie ma potrzeby zakładania drenów, nie ułatwiają drenowania, a tylko zwiększają traumatyzację tkanek.
4. Zabieg nacięcia powinno przeprowadzać się w dobrym znieczuleniu (znieczulenie dożyłne ogólne, znieczulenie regionalne dordzeniowe). Przy ropniach powierzchownych dopuszczalne jest zastosowanie znieczulenia miejscowego.

Po nacięciu ropnia nie powinno się narzędziem, w pewnym sensie „na ślepo”, poszukiwać kanału przetoki. Istnieje ryzyko wykonania fałszywej drogi do odbytnicy, co skutkuje powstaniem trudnej do leczenia wysokiej jatrogennej przetoki odbytniczej. Uciśnięcie ropnia, już po znieczuleniu, i obserwacja krypt odbytowych we wzorniku mogą pozwolić na stwierdzenie wpływu ropy do kanału odbytu, co świadczy o istnieniu przetoki. Należy wówczas przez kanał przetoki założyć luźny drenaż nitkowy na mięśnie zwieracze odbytu.

Decyzja co do poszukiwania kanału przetoki podczas nacinania ropnia musi być podjęta bardzo poważnie i zależy od szeregu czynników:

- doświadczenia chirurga,
- potwierdzenia łączności jamy ropnia z kanałem odbytu poprzez podanie roztworu błękitu metylenowego lub wody utlenionej,
- ropień pierwotny czy nawrotowy – w ropniu nawrotowym jest prawdopodobieństwo obecności

przetoki, dlatego jej poszukiwanie jest merytorycznie uzasadnione,

- sprawności i kompetencji skurczowej zwieraczy odbytu – przy obniżonej sprawności zwieraczy nie rekomenduje się poszukiwania przetoki, ponieważ można jeszcze bardziej uszkodzić zwieracze,
- zapewnienia codziennej opieki ambulatoryjnej i kontroli procesu gojenia się ropnia (11).

Od strony krypty odbytovej nacina się wysokie ropnie międzyzwieraczowe i podśluzowe, zaś większość pozostałych ropni nacina się od strony skóry (11).

Rozpoznanie ropnia odbytu często następuje trudności. Weizberg i wsp. przedstawili przypadek chorego, który zgłosił się na ostry dyżur chirurgiczny z powodu znacznego bolesnego obrzęku moszny, zaburzeń oddawania moczu i wycieku ropnej zawartości z prącia. Początkowo potraktowano chorego jako cierpiącego na jakąś chorobę weneryczną, czego nie potwierdziła wstępna diagnostyka. Po wykonaniu badania komputerowego miednicy i krocza rozpoznano duży ropień kulszowo-odbytniczy, z którego zakażenie przeszło na ciało jamiste prącia. Podczas badania proktologicznego stwierdzono nieprawidłowe wypuklenie z objawami chełbotania. Nacięcie i drenaż potwierdziły rozpoznanie ropnia odbytu (9).

Często ropnie odbytu powstają w następstwie urazu przez ciało obce (fragmenty kości, kawałki drutu, wykałaczki). Diagnostyka w tych przypadkach bywa niekiedy trudna. Jeśli występują objawy ropnia jak obrzęk okołoodbytowy, rumień skóry, wyczuwalne pulsowanie, chełbotanie w okolicy odbytu, rozpoznanie ropnia jest łatwe. Brak takich objawów u chorego, u którego dominuje ból odbytu, nakazuje wykonanie tomografii komputerowej lub badania w rezonansie magnetycznym. W badaniach obrazowych najczęściej widać ciało obce jako przyczynę ropnia. Jest to wskazanie do pilnego nacięcia ropnia, usunięcia ciała obcego i drenażu ropnia. Bennetsen opisał chorego, u którego ropień odbytu rozwinął się w następstwie przedziurawienia odbytnicy przez wykałaczkę (12).

Smreck i Yabarra opisali kolejną, bardzo rzadko występującą kliniczną prezentację ropnia odbytu. Autorzy leczyli 82-letnią kobietę z powodu bardzo ostrego bólu lewego biodra z niemożnością chodzenia. Podejrzewano złamanie szyjki kości udowej. Wykonane badanie tomografii komputerowej wykazało obecność 5 cm ropnia kulszowo-odbytniczego naciekającego mięśnie pośladkowe. Nacięcie i drenaż ropnia były skutecznym leczeniem u tej pacjentki. Zdaniem autorów była to pierwsza przedstawiona w literaturze prezentacja ropnia odbytu jako przyczyny ostrego bólu biodra (13).

Po nacięciu ropnia należy pobrać jego zawartość do badania bakteriologicznego (identyfikacja bakterii i ich antybiotykowrażliwość). Głównymi patogenami ropni odbytu są *E. coli*, *Bacteroides* sp., *Enterococcus* sp. Jednak jak się okazało, tylko 1,7% chirurgów sprawdziło wynik posiewu bakteriologicznego (5, 14). Czy w tej sytuacji warto pobierać posiewy i zwiększać koszty leczenia?

Dyskusyjnym jest stosowanie antybiotyków u chorych po nacięciu ropnia odbytu. Wyniki badań klinicznych oceniających wartość antybiotykoterapii na przebieg gojenia się ropni i ich nawrotowość nie wykazały skuteczności podawania antybiotyków. Tak więc u większości chorych nie ma merytorycznego uzasadnienia antybiotykoterapii (15).

Podawanie antybiotyków u chorych z ropniem odbytu jest uzasadnione w szczególnych sytuacjach klinicznych, takich jak towarzysząca cukrzyca, upośledzenie odporności, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba nowotworowa, ciężka postać sepsy kroczo-odbytniczej (5, 15).

Po nacięciu i drenowaniu ropnia chory wymaga codziennych opatrunków i oceny przez lekarza procesu gojenia. Nie wolno dopuścić do zamknięcia się rany skórnej. Jama ropnia powinna goić się od dna. Chirurg powinien „przeszkadzać” w gojeniu się ropnia (11).

Leczenie po nacięciu ropnia składa się z kilku elementów:

- płukanie jamy ropnia wodą utlenioną, roztworem soli fizjologicznej, bieżącą wodą z mydłem,
- miejscowe stosowanie antyseptyków,
- miejscowe stosowanie metronidazolu (żel, roztwór),
- ogólne stosowanie antybiotyków (4).

Powikłaniem źle naciętego ropnia lub niewłaściwej kontroli ambulatoryjnej jest nawrót ropnia lub przetoka odbytu, która powstaje również w około 40% przypadków właściwie naciętych i leczonych ropni.

Postępowanie z chorym z ropniem odbytu w izbie przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) zależy od stanu ogólnego chorego i zaawansowania ropnia. Ropień odbytu jest źródłem zakażenia – może być przyczyną ciężkiej sepsy u chorego. Dlatego też do chorego z ropniem odbytu należy podejść poważnie i merytorycznie, gdyż nie jest to banalne schorzenie. Ropień odbytu nie powinien być traktowany jako doświadczenie chirurgiczne dla lekarza w trakcie specjalizacji. Tylko małe, powierzchowne ropnie odbytu mogą być leczone ambulatoryjnie podczas ostrego dyżuru. Najczęściej jednak chory wymaga nacięcia i drenażu w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym i wtedy konieczna jest hospitalizacja. Ambulatoryjne nacięcie ropnia jest przyczyną niewłaściwego postępowania z ogniskiem zakażenia, jakim jest ropień odbytu.

W kilka tygodni po nacięciu ropnia pacjent powinien mieć wykonane endorektalne usg. Problemem, zwłaszcza na ostrym dyżurze, są wysoko zlokalizowane ropnie. Pomocnym badaniem jest przezodbytnicza ultrasonografia.

Wysoki ropień międzyzwieraczowy zawsze nacina się od strony zapalnie zmienionej krypty. Można przed nacięciem nakłuć zmienioną zapalnie kryptę.

Ropień miedniczo-odbytniczy nie wolno nacinać od światła odbytnicy, ponieważ skutkować to może powstaniem wysokiej przetoki odbytniczej.

Od światła kanału odbytovej poprzez kryptę należy otwierać ropnie podśluzowe i wysokie ropnie międzyzwieraczowe. Pozostałe ropnie nacinaamy i drenujemy przez skórę okolicy okołoodbytowej (3, 4, 11).

Niewłaściwie leczony lub zbyt późno nacięty ropień odbytu, towarzyszące choroby metaboliczne (cukrzyca, mocznica), obniżenie odporności chorego (sterydoterapia, choroba nowotworowa, zakażenie wirusem HIV, immunosupresja) prowadzą do sepsy okolicy kroczo-odbytniczej i przestrzeni pozaotrzewnowej. Rozszerzenie się zakażenia jest przyczyną ropni wewnątrzbrzusznych (np. podprzeponowych) i w okolicach bardzo odległych, jak na przykład ropnie wewnątrzczaszkowe (16). W sporadycznych przypadkach sepsa odbytowo-odbytnicza kończy się zespołem Fourniera, a nawet zgonem.

Do najczęstszych powikłań leczenia ropni odbytu zaliczamy:

- krwawienie,
- zatrzymanie moczu,
- nawrotowy ropień,
- uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu,
- przetoka odbytu,
- martwica tkanek miękkich krocza (zespół Fourniera).

ZESPÓŁ FOURNIERA

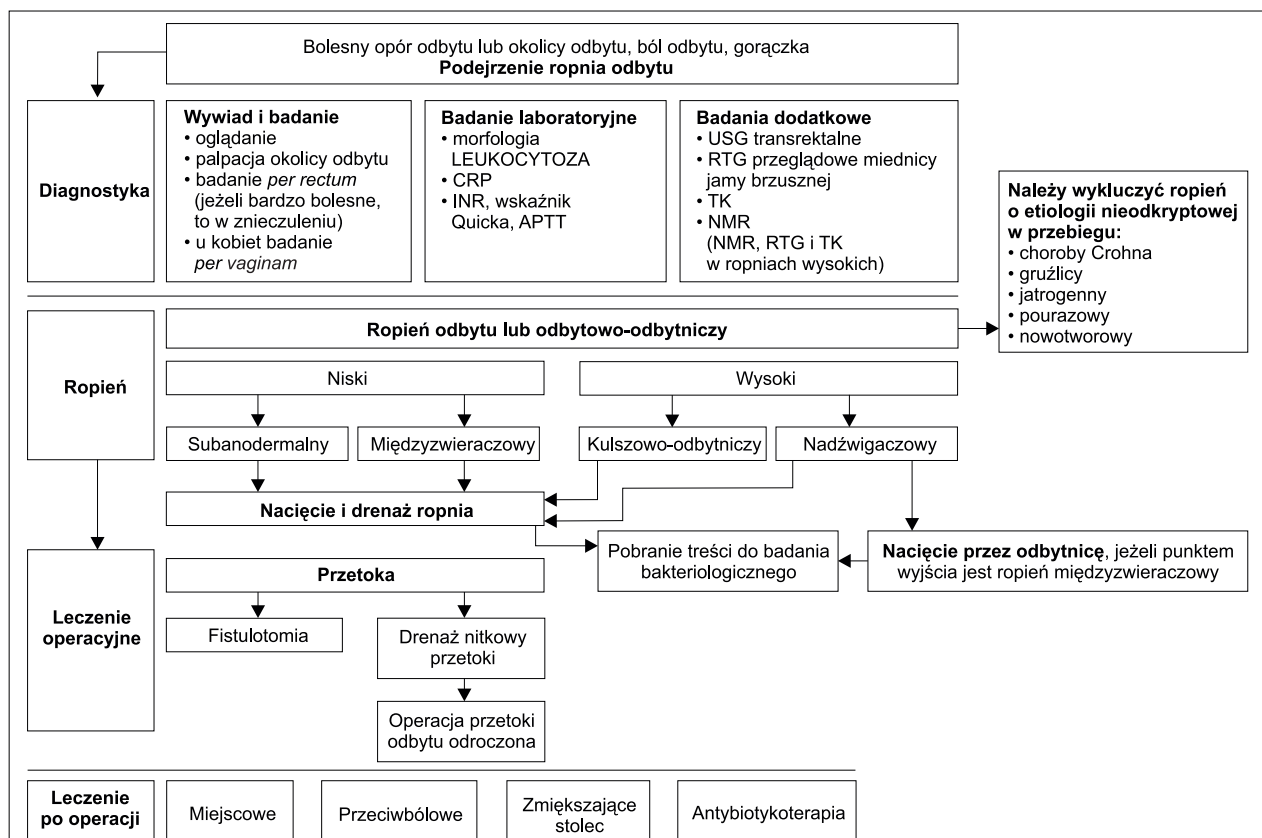
Zespół Fourniera jest to rozległa martwica tkanek krocza ze zgorzelą, obejmująca okolicę zewnętrznych narządów płciowych, odbytu, pachwin, przyśrodkowych powierzchni ud i podbrzusza. Flora bakteryjna wywołująca zmiany zapalno-martwicze jest mieszana (paciorkowce, gronkowce, pałeczki jelitowe, *Escherichia coli*, pałeczki odmienia, *Klebsiella*). W celu ratowania życia chorego le-

czenie musi być intensywne. Chory z powodu objawów ciężkiego wstrząsu septycznego powinien być leczony w oddziale intensywnej terapii. Leczenie polega na pilnym rozległym wycięciu tkanek martwiczych krocza, zastosowaniu antybiotyków o szerokim zakresie działania, leczeniu przeciwzakrzepowym, leczeniu żywieniowym, tlenoterapii z nadciśnieniem (hiperbaria). Rany pozostają na otwarty, można z powodzeniem stosować opatrunki z podciśnieniem. Śmiertelność w zespole Fourniera jest wysoka i przekracza 30-40%. Chory powinien być odizolowany od pozostałych pacjentów.

Czytelnikom chciałbym zarekomendować znakomity algorytm diagnostyczno-leczniczy opracowany przez Grochowicza i Wiącek (ryc. 2) (4).

PODSUMOWANIE

Chory z ropniem odbytu, bardzo cierpiący, zgłaszający się na ostry dyżur chirurgiczny, jest często traktowany niewłaściwie, niekiedy w sposób lekceważący. Bo jak można poważnie traktować pacjenta, który zgłasza się z powodu problemu odbytowego, w porównaniu z chorym z zapaleniem otrzewnej, niedrożnością, przedziurawieniem jelita czy żołądka. Jednak ropień odbytu, jak przedstawiono w artykule, może być powodem wielu ciężkich powikłań, ze zgonem łącznie, jeśli jest nierozpoznany lub niewłaściwie leczony. Chirurg dyżurujący „na ostro” powinien mieć podstawową wiedzę z zakresu



Ryc. 2. Algorytm diagnostyki i leczenia ropni odbytu.

proktologii. Większość szpitali nie dysponuje na potrzeby ostrego dyżuru odpowiednim wyposażeniem do diagnostyki proktologicznej, jak np. endorektalne usg, anorektoskopia. Najczęściej pozostaje tylko umiejętność chirurga w rozpoznaniu ropnia odbytu. Najważniejszą metodą pra-

widłowego rozpoznania ropnia odbytu są dokładnie zebrane wywiady chorobowe i pełne badanie proktologiczne, najlepiej w dobrym znieczuleniu, które nie tylko umożliwi rozpoznanie ropnia, ale pozwala również na właściwe leczenie, to znaczy nacięcie i drenaż jamy ropnia.

PIŚMIENNICTWO

1. Nelson RL, Abcarian H, Faith GD et al.: Prevalence of benign anorectal disease in randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 341-344.
2. Dzik A: Ropień okołoodbytniczy. [W:] Wallner G, Dzik A (red.): Wytyczne Polskiego Klubu Koloproktologii dotyczące leczenia wybranych chorób proktologicznych. PKK, Warszawa 2008; 1: 5-8.
3. Kołodziejczak M, Kowalski B: Ropnie i przetoki odbytu – aktualne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. *Postępy Nauk Medycznych* 2006; 19(5): 183-187.
4. Grochowicz P, Wiącek A: Algorytm diagnostyki i leczenia ropni odbytu. *Medycyna po Dyplomie* 2013; 3: 18-21.
5. Wałęga P, Roamaniszyn M: Ropnie i przetoki odbytu. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2012; 6: 91-98.
6. Bielecki K, Kołodziejczak M: Nazewnictwo w proktologii. Podstawowe pojęcia i definicje. *Standardy Medyczne w Praktyce*, Warszawa 2012.
7. Kołodziejczak M, Kosim A, Grochowicz P: Drenaż nitkowy w chirurgicznym leczeniu ropni odbytu – wynik operacji 133 ropni odbytu w Oddziale Proktologii Szpitala Śródmiejskiego w Warszawie. *Proktologia* 2003; 4: 307-314.
8. Cassell P: Urinary retention associated with infection in the ischioanal and supralevator spaces. *Br J Surg* 1969; 56: 918-920.
9. Weizberg M, Gillett BP, Sinert RH: Penile discharge as a presentation of perirectal abscess. *J Emergency Medicine* 2008; 34(1): 45-47.
10. Filppone LM: Diagnosis: perianal abscess with fistula. *Emergency Medicine News* 2005; 27(7): 18.
11. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I: Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. *Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa* 2008.
12. Bennetsen DT: Perirectal abscess after accidental toothpick ingestion. *J of Emergency Medicine* 2008; 34(2): 203-204.
13. Smereck J, Yabarra M: Acute hip pain and inability to ambulate: a rare presentation for perirectal abscess. *Am J Emergency Medicine* 2011; 29: 356, e1-3.
14. Leung E, McArdle K, Yazbek-Hanna M: Pus swabs in incision and drainage of perianal abscess: what is the point? *World J Surgery* 2009; 33: 2448-2451.
15. Whiteford MH, Kilkenny J, Hyman N et al.: Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon and Rectum* 2005; 48: 1337-1342.
16. Ohana G, Salem L, Arich A et al.: Development of epidural abscess following surgical drainage of perianal abscess: report of a case. *Dis Colon and Rectum* 2004; 47: 392-394.

otrzymano/received: 20.05.2014
zaakceptowano/accepted: 30.06.2014