

Høje analfistler behandlet med langsomt skærende seton

Reservelæge Anna Lykke, reservelæge Joen Steendahl & overlæge Peer A. Wille-Jørgensen

ORIGINALARTIKEL

Bispebjerg Hospital,
Kirurgisk Afdeling K

RESUME

INTRODUKTION: Formålet var at undersøge incidensen af anal inkontinens, recidiv og tilfredshed efter anvendelse af *snug* seton ved transsfinkteriske anale fistler.

MATERIALE OG METODER: Retrospektivt studie med prospektiv followup. I alt 58 patienter, der var opereret for transsfinkterisk perianal fistel med *snug* seton, blev identificeret. Sytten patienter blev ekskluderet eller tabt i followup-perioden. Der sendtes spørgeskema ud til 41 patienter til vurdering af inkontinens, recidiv, sygefravær og tilfredshed. Inkontinens vurderedes ud fra Wexner, et scoringssystem i hvilket inkontinens skaleres ud fra parametre som: aldrig, altid inkontinens samt fra inkontinens for luft, til inkontinens for fast afføring, og livsstilsændringer. 0 = fuld kontinens, 20 = komplet inkontinens.

RESULTATER: I alt 34 patienter returnerede spørgeskemaet, 23 mænd og 11 kvinder, *seton* blev strammet første gang efter gennemsnitligt 32 dage. Det gennemsnitlige antal stramninger var fem (spændvidde: 2-9). Den gennemsnitlige behandlingsvarighed var 256 dage (spændvidde: 61-634). Fire patienter (12%) fik recidiv. Enogtyve patienter (61,7%) havde en Wexnerscore på en eller mere. Otte patienter (23,5%) scorede > 4. I alt 28 patienter (82%) var mere end 75-100% tilfredse med behandlingen. To patienter (6%) var 0% tilfredse. Der sås ingen sammenhæng mellem tilfredshed og inkontinensgrad.

KONKLUSION: Trods den høje tilfredshed tyder den høje inkontinensrate på, at andre metoder af sfinkterbevarende type bør være førstevalg. Når disse metoder har fejlet, har *snug* seton sin berettigelse.

Incidensen af perianale fistler er estimeret til 25 pr. 100.000 pr. år – lidelsen forekommer 2-3 gange hyppigere hos mænd end hos kvinder. 75% af patienterne er i aldersklassen 30-55 år [1]. De fleste perianale fistler opstår som følge af infektion i de intersfinkteriske glandler som følge af abscesser i det lille bækken eller som en del af en inflammatorisk tarm sygdom. Fistlerne følger infektionens spredning i det intersfinkteriske plan og inddeles efter deres forløb i: superficielle fistler og anale fistler. Anale fistler underinddeles igen i intersfinkteriske, transsfinkteriske, suprasfinkteriske og ekstrasfinkteriske fistler [2].

Behandlingen af fistlerne afhænger primært af fistlens forløb i forhold til den eksterne sfinkter, især musculus puborectalis, idet gennemskæring medfører høj risiko for inkontinens. Man kan formentlig be-

handle den nederste tredjedel af den eksterne sfinkter med simpel gennemskæring af fistlen, såkaldt *lay open*-teknik uden af få kontinensproblemer.

Der findes flere metoder til behandling af de høje transsfinkteriske fistler. Disse omfatter anlæggelse af drænerende seton, skærende seton, *advancement flap*, fibrinklæber samt *plug* [1, 3, 4]. Formålet med dette arbejde er at opføre behandling af høje transsfinkteriske fistler i en konsekutiv patientserie ved anlæggelse af seton med efterfølgende langsom stramning – en såkaldt *snug* seton.

MATERIALE OG METODER

Patienter kodet med operationskode *KJHD 20 incisio fistula ani* og *KJHD 30 incisio incompleta fistula ani* blev inkluderet i dette retrospektive kohortestudie med prospektiv followup. Populationen udgjorde initialt 58 patienter, der var opereret i perioden fra marts 2004 til oktober 2006. Heraf blev 17 ekskluderet ved journalgennemgang, da de ikke var behandlet med stram seton i efterforløbet. Langtidsresultatet blev opgjort på basis af et spørgeskema, der blev fremsendt til alle inkluderede patienter i perioden fra oktober 2006 til februar 2007. Spørgeskemaet blev returneret fra 34. Alle patienter var behandlet med langsomtstrammende seton i ovennævnte periode. Alle patienter havde høje transsfinkteriske fistler, der var diagnosticeret enten ved præoperativ magnetisk resonans-skanning, præ- eller peroperativ endoanal ultralyd eller ved peroperativ sondering.

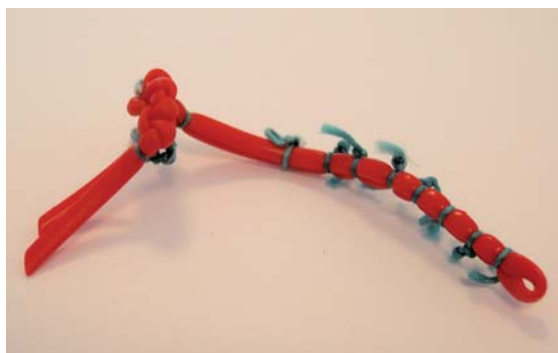
Alle patienter blev opereret af en læge med ekspertfunktion i fistler. Ved selve proceduren blev ekstrasfinkteriske fistelvæv eksideret, og derefter blev der anlagt en løs seton gennem den transsfinkteriske fistelkomponent. Setonen blev, når det var muligt, strammet hver fjerde uge, indtil den faldt ud af sig selv eller blev fjernet af anden årsag (**Figur 1**).

Patienterne blev via det fremsendte spørgeskema adspurgt om tilfredshed med behandlingen, antal operationer, inkontinens, recidiv og antal sygedage. Antal stramninger, typen af operation og typen af fistel blev registreret.

Patienterne blev efterfølgende scoret ud fra en valideret inkontinensscore (Wexnerscore). Wexner er et scoringssystem, i hvilket graden af inkontinens

 FIGUR 1

Foto af seton, der har skåret igennem.



vurderes ud fra en række parametre, der er skalerede fra aldrig til altid inkontinens, samt fra inkontinens for luft til inkontinens for fast afføring, og livsstilsændringer. Skalaen er indrettet sådan, at: 0 = fuld kontinens mens 20 = komplet inkontinens. (Tabel 1) [5].

Data blev indtastet og analyseret i SPSS version 10. (SPSS, INC. Chicago, Illinois, USA).

RESULTATER

Syv blev ekskluderet pga. insufficient svarprocedure. To breve kom retur med ukendt adresse, og fem patienter returnerede ikke spørgeskemaet. Af disse fem havde en på behandlingstidspunktet dissemineret cancer pulmonis, en fik tre uger efter succesfuld behandling konstateret cancer recti; to patienter havde mangelfulde journaloplysninger, da deres forløb aldrig er afsluttet, og en var flyttet til andet regi.

Af de 34 inkluderede var 23 mænd og 11 kvinder. Aldersspredningen var fra 22 til 72 år med en medianalder på 35,5 år. Den mediane tid til første stramning var 32 dage, med en spændvidde på fra 0 til 284 dage. Medianantallet af stramninger var fem med en spændvidde på fra to til ni. Setonen faldt ud efter mediant 256 dage med en spændvidde på fra 61 til 634 dage.

Patienterne var sygemeldt i mediant 21 dage med en spændvidde på fra 0 til 1.095 dage. Hos tre var der ingen oplysninger om sygemelding. En enkelt af de utilfredse var sygemeldt i tre år.

Fire ud af 34 (12%) blev reopereret for recidiv på et senere tidspunkt. Heraf blev to afsluttet med en anden behandling (en med plug og en med advancement flap). Hos de to sidste kender vi ikke til den videre behandling.

Fordeling af patienterne i forhold til grad af inkontinens på Wexnerskalaen ses i Tabel 2.

Af de, der scorede over tre på Wexnerskalaen, havde to (5,9%) ikke tidligere haft fistel, mens seks (17,6%) havde haft fistel tidligere. Af de, der scorede under tre på Wexnerskalaen, havde 14 (41,2%) tidligere haft fistel, mens 12 (35,3%) ikke havde haft fistel tidligere. Enogtyve scorede en eller derover på Wexnerskalaen, hvilket svarer til, at 61,7% er inkontinente i større eller mindre grad. Heraf scorede 13 patienter mindre end fire (38,2%) (Figur 2).

Nitten (55%) var 100% tilfredse med behandlingen, ni (26%) var 75% tilfredse, en (3%) 50% tilfreds, to (6%) var 25% og to (6%) 0% tilfredse. En enkelt havde ikke besvaret spørgsmålet. Af de 33 patienter var 84% mere end 75% tilfredse. I alt 29 (85,3%) ville anbefale behandlingen til andre. Tre (8,8%) ville ikke anbefale behandlingen. En vidste ikke, og en havde undladt at svare. Af de 28 patienter, der var over 75% tilfredse, scorede 22 under tre på Wexnerskalaen, mens de resterende seks fordelte sig mellem en score på 4 og 13. Blandt de fire patienter, der var under 25% tilfredse, var der en, der scorede 19, og de øvrige tre scorede under tre på Wexnerskalaen.

En patient, der oplyste at være inkontinent for

 TABEL 1

Definitionerne i Wexnerscore.

Inkontinensgrad	Hyppighed				
	aldrig	sjældent	indimellem	jævnligt	altid
Fast	0	1	2	3	4
Flydende	0	1	2	3	4
Luft	0	1	2	3	4
Bruger bind	0	1	2	3	4
Livsstilsændringer	0	1	2	3	4

Aldrig = 0; sjældent = mindre end 1/måned; indimellem = mindre end 1/uge, men mere end 1/måned; jævnligt = mindre end 1/dag, men mere end 1/uge; altid = dagligt; 0 = perfekt kontinens; 20 = komplet inkontinens.

Kilde: [5].

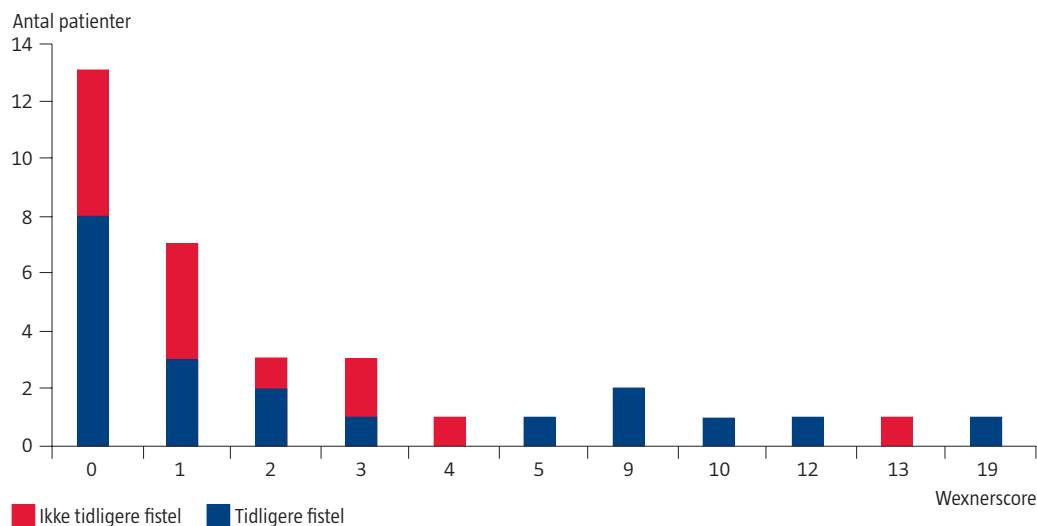
 TABEL 2

Fordelingen af Wexnerscore hos 34 patienter, der var behandlet med langsomtskærende seton for transsfinkterisk analfistel.

Type af utæthed	Hyppighed, n				
	aldrig	sjældent	sommetider	hyppigt	altid
For afføring	28	3	1	2	
For væske	21	6	2	4	1
For luft	18	8	2	3	3
Bærer bind	30	0	1	1	2
Livsstilsændringer	28	2	1	1	2

FIGUR 2

Wexnerscore-søjlediagram hos 34 patienter, der var behandlet med langsomtskærende seton.



fæces, fik i efterforløbet ved kontrol konstateret god sfinkterfunktion. Således stemmer oplysningerne om inkontinens ikke overens med de kliniske fund.

Vi fandt ingen sammenhæng mellem tilfredshed og graden af inkontinens. Dette vurderet okulært.

DISKUSSION

Ved sammenligning med andre studier, i hvilke man også opgør resultaterne af behandling med skærende seton, finder vi en højere inkontinensfrekvens. Den overordnede inkontinensfrekvens for afføring er opgjort til 12% ved behandling af høje fistler med skærende seton [6] mod 17,6% inkontinens for fæces i vores studie. Problemerne ved denne sammenligning er, at der ikke er gjort rede for, hvor skadet sfinktermuskulaturen evt. var ved behandlingsstart. 59% af deltagerne i vores opgørelse var tidligere opereret. Også strammingshyppigheden varierer med op til næsten fire ugers forskel på de studier, der har den korteste strammingshyppighed – to dage – og vores studie, hvor den længste strammingshyppighed var på 4-6 uger.

De forskellige studier brugte forskellige metoder til vurdering af inkontinens, og disse er ikke detaljeret beskrevet. Denne heterogenitet gør, at studierne bliver usammenlignelige.

Vi har valgt at skelne imellem patienter, der scorer over og under tre på Wexnerskalaen for at have mulighed for at sammenligne med de øvrige studier, som ikke bruger Wexnerskalaen, men derimod inddeler patienter i to grupper, hvor der skelnes mellem inkontinens for fæces og luft/væske.

Ved *advancement flap*-metoden rapporteres en

recidivfrekvens fra 7% for transfinkteriske fistler, mens inkontinens for både flatus, væske og fæces rapporteres samlet til 8% [7]. Forfatterne sammenligner med tidligere studier, hvor der findes recidivfrekvenser, som varierer fra 0 til 32% og inkontinensrater på fra 0 til 35%. I de studier, der har de dårligste resultater, tilskrev man den høje recidivrate, at de fleste patienter tidligere var opereret med andre metoder.

I et andet studie finder man ligeledes, at *advancement flap* kun er succesfuld hos patienter, der ikke tidligere er forsøgt behandlet eller kun har gennemgået et behandlingsforsøg. For disse var helingsraten 78%, mens den for patienter med to eller flere tidligere behandlingsforsøg var 29%. I alt 30% havde forværring af deres kontinensstatus, dette fandtes ikke at være afhængigt af antallet af behandlingsforsøg [8].

Ved metoder, hvor man har forsøgt sfinkterbevarelse, rapporteres en noget højere recidivrate sammenlignet med vores resultater. Ved behandling med løs seton fandt man i et studie fuldstændig opheling i kun 75% af tilfældene samt en recidivfrekvens på 33%. Forfatterne fandt, at disse resultater er sammenlignelige med tidligere resultater for anvendelse af løs seton, hvor der er rapporteret recidivfrekvenser, som varierer fra 10 til 56% [9]. Man fandt derudover en inkontinensrate for flatus og væske på 50% og for fæces på 0%.

Ved anvendelse af fibrinklæber rapporteres behandlingssucces at variere fra 10 til 78%. Hvis man definerer recidiv som eneste kriterium for behandlingssucces, finder vi en recidivrate på 11,8%, hvilket giver en højere behandlingssucces end for de sfinkter-

bevarende metoder. Ser man derimod på inkontinens for behandling med løs seton ses forventeligt en lidt lavere inkontinensrate både for væske/flatus og fæces.

Den nyeste rapporterede behandling af høje fistler omhandler anvendelse af plug, her findes i nogle serier en succesrate på ca 85% [10] mens en overordnet vurdering viser, at den generelle succesrate ligger på cirka 40% [11]. Til gengæld er der sjældent inkontinensproblemer med anvendelsen af plug.

Overordnet set var patienterne tilfredse med behandlingen med langsomtstrammende seton.

For at opnå høj kompliance til en behandling, som har en behandlingsmedian på 256 dage, kræves en grundig information af patienterne. Vi mener også, at dette er årsagen til den høje grad af tilfredshed i vores population. Der fandtes således ingen sammenhæng mellem utilfredshed og behandlingsvarighed.

Trods forskelle og individuelle variationer i definitionerne af kontinens findes der blandt de mange metoder til behandlingen af høje fistler ingen entydigt god behandlingsmetode, hvilket det høje antal af behandlingstilbud også indikerer. De fleste studier på området er præget af små populationer, hvilket også gør resultaterne usikre. Der mangler derfor i udtalt grad større randomiserede serier. På baggrund af det lille patientantal og den store individuelle variation i fistelforløbet vil dette kræve et multicentrisk samar-

bejde for at opnå tilstrækkeligt store repræsentative patientpopulationer. Desværre er fistlerne ofte forskellige fra patient til patient, så selv en randomisering ville være usikker.

KONKLUSION

Behandlingen med langsomtstrammende seton bør forbeholdes de komplicerede recidiverende behandlingsforløb på grund af risikoen for inkontinens.

KORRESPONDANCE: Anna Lykke, Kirurgisk Afdeling K, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.

E-mail: annalykke@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Moesgaard FA. Perianale fistler. SÅR 1995;3:117-24.
2. Parks AG, Morson BC. The pathogenesis of fistula-in-ano. Proc Roy Soc Med 1962;5:751-4.
3. Christiansen J, Moesgaard FA. Behandling af analfistler. Ugeskr Læger 2002;164:4519-21.
4. Sentovich SM. Anal fistulas: treatment options in the new millennium. Seminars in Colon & Rectal Surgery 2003;14:100-6.
5. www.wmsurgeons.com/kb/entry/81/ (17. august 2009).
6. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. Colorectal Dis 2009;11:564-71.
7. Ortiz H, Marzo J. Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas. Br J Surg 2000;87:1680-3.
8. Zimmerman DD. Anocutaneous advancement flap repair and transsphincteric fistulas. Briel JW, Gosseling MP, Schouten WR, editors. 2008.
9. Joy HA, Williams JG. The outcome of surgery for complex anal fistula. Colorectal Dis 2002;4:254-61.
10. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 2006;49:371-6.
11. The Surgisis AFP anal fistula plug: report of a consensus conference. Colorectal Dis 2008;10:17-20.

Epidemiologi, morbiditet og mortalitet ved fødsel ved gestationsalder på 24-31 uger

Overlæge Ester Garne & overlæge Carl Grytter

RESUME

INTRODUKTION: Formålet med artiklen var at beskrive epidemiologi, morbiditet og mortalitet for børn med en gestationsalder (GA) < 32 uger.

MATERIALE OG METODER: Alle børn, der var født med GA 24-31 uger i 2000-2005, og som startede svangreomsorg i det tidligere Vejle Amt blev inkluderet. Studiet omfatter to datakilder: 1. Neobasen for alle nyfødte på Neonatalafsnittet på Kolding Sygehus, 2. Perinatalkomiteen for Vejle Amt.

RESULTATER: I alt 275 børn blev født med GA < 32 uger, heraf 89 børn med GA < 28 uger. Dette giver en prævalens på 9,2 pr. 1.000 fødte med GA < 32 uger og på 3,0 pr. 1.000 fødte med GA < 28 uger. 46% af børnene var fra flerfoldgraviditeter. I alt 30 børn (11%) døde inden udskrivelse, og ved GA < 28 uger var

mortaliteten 29%. Mortaliteten var ens for enkelt- og flerfødte, men hyppigheden af grad 2-4-hjerneblødning var højere hos flerfødte ($p < 0,05$). Risiko for fødsel før 32 uger var 20 gange højere for børn fra flerfoldsgraviditeter. I alt 39% af børnene fik surfaktant behandling. Børn, der var født ved sectio, fik signifikant oftere surfaktant ($p < 0,001$), selv om den mediane GA var højere end for vaginalt fødte (henholdsvis 30 og 29 uger).

KONKLUSION: Sammenlignet med *The Danish national study in infants with extremely low gestational age and birthweight* (ET-FOL)-undersøgelsen fra 1994-95 er hyppigheden af ekstremt præterm fødsel (GA < 28 uger) stationær eller let stigende, mens mortaliteten er faldet signifikant. Flerfoldsgraviditeter udgør næsten halvdelen af børn, der fødes med en GA på 24-31 uger. Børn, der fødtes ved sectio, havde oftere behov for surfaktant.

ORIGINALARTIKEL

Sygehus Lillebælt,
Kolding,
Børneafdelingen