Vilnius University Press

Contents lists available at Vilnius University Press

Lietuvos chirurgija
2026, vol. 25(3), pp. 318–322

ISSN 1392–0995 eISSN 1648–9942
DOI: https://doi.org/10.15388/LietChirur.2026.25(3).12

Etapinis aukštos intersfinkterinės išangės fistulės gydymas: klinikinis atvejis

Kamilė Bagdonaitė

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Vaikų chirurgijos skyrius, Vilnius, Lietuva
Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Department of Pediatric Surgery, Vilnius, Lithuania
Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva
Vilnius University, Faculty of Medicine, Vilnius, Lithuania
El. paštas kamile.bagdonaite@santa.lt
https://ror.org/03nadee84

Paulius Žeromskas

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Chirurgijos skyrius, Vilnius, Lietuva
Republican Vilnius University Hospital, Department of Surgery, Vilnius, Lithuania
El. paštas paulius.zeromskas@rvul.lt

Dovydas Nagelė

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva
Vilnius University, Faculty of Medicine, Vilnius, Lithuania
El. paštas dovydas.nagele@mf.stud.vu.lt
https://ror.org/03nadee84

Augustinas Bielinis

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Radiologijos skyrius, Vilnius, Lietuva
Republican Vilnius University Hospital, Department of Radiology, Vilnius, Lithuania
El. paštas augustinas.bielinis@rvul.lt

Santrauka. Aukštos intersfinkterinės išangės srities fistulės yra retos, ypač moterims. Dėl šių fistulių retumo jų diagnostika ir gydymas nėra griežtai standartizuoti, todėl kiekvienu atveju būtinas individualus anatominių ypatumų ir klinikinės situacijos įvertinimas. Straipsnyje aprašomas 44 m. moters aukštos intersfinkterinės vidinės–vidinės išangės fistulės su dviem vidinėmis angomis klinikinis atvejis. Anamnezėje nurodytas persirgtas išangės srities pūlinys, o atlikus magnetinio rezonanso tomografiją (MRT) nustatyta sudėtingos anatomijos T formos fistulė be aiškios išorinės angos. MRT buvo esminis tyrimas vertinant fistulės eigą, jos atšakas ir santykį su aplinkinėmis anatominėmis struktūromis. Atsižvelgiant į fistulės anatomiją, pasirinktas etapinis gydymas: pirmuoju etapu įvesta drenuojanti ligatūra, o po pakartotinio ištyrimo atlikta fistulotomija. Šis klinikinis atvejis rodo, kad MRT yra ypač svarbus diagnozuojant sudėtingas anorektalines fistules ir planuojant jų gydymą, o etapinis gydymas gali būti saugus ir efektyvus būdas išangės sfinkterių funkcijai išsaugoti.

Reikšminiai žodžiai: anorektalinė fistulė, išangės srities fistulė, intersfinkterinė išangės fistulė.

Staged treatment of the high intersphincteric fistula: a case report

Abstract. High intersphincteric anal fistulas are rare, particularly in women. Due to their low incidence, diagnosis and treatment are not strictly standardized; therefore, each case requires an individual assessment of the anatomical features and clinical presentation. This ar-

Received: 2026-05-11. **Accepted:** 2026-06-12.
Copyright © 2026 Kamilė Bagdonaitė, Paulius Žeromskas, Dovydas Nagelė, Augustinas Bielinis. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Licence, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

ticle presents a clinical case of a 44-year-old woman with a high intersphincteric internal–internal anal fistula with two internal openings. The patient had a history of a perianal abscess, and magnetic resonance imaging (MRI) revealed a T-shaped fistula with complex anatomy and no clearly identifiable external opening. MRI was essential for assessing the course of the fistula, its branches, and its relationship to the surrounding anatomical structures. Given the anatomy of the fistula, a staged treatment approach was chosen: a draining seton was inserted during the first stage, followed by fistulotomy after repeated evaluation. This clinical case highlights the importance of MRI in the diagnosis and treatment planning of complex anorectal fistulas and suggests that staged treatment may be a safe and effective sphincter–preserving approach.

Keywords: anorectal fistula, anal fistula, intersphincteric anal fistula.

Įvadas

Išangės srities fistulės dažniausiai susiformuoja persirgus išangės srities uždegimu. Fistulių nustatoma 5,6–20,8 atvejo 100 000 gyventojų per metus. 2011 m. Amerikos gaubtinės ir tiesiosios žarnos chirurgų draugija (ASCRS) paskelbė perianalinio absceso ir fistulės išangėje gydymo praktikos parametrus, kuriuose išangės fistulės skirstomos į paprastas ir sudėtingas. Sudėtingoms priskiriamos apimančios daugiau negu 30 proc. išorinio sfinkterio, taip pat suprasfinkterinės, ekstrasfinkterinės, pasagos formos ir priekinės moterų fistulės. Šiai grupei taip pat skirtinos pasikartojančios fistulės ir fistulės, susijusios su išmatų nelaikymu, uždegimine žarnyno liga ar anksčiau taikytu spinduliniu gydymu [1].

Aukštos intersfinkterinės fistulės labai retos – tarp moterų, sergančių išangės fistulėmis, jos sudaro tik apie 2,9–8 proc. atvejų [2]. Dėl šių fistulių retumo jų gydymo taktika nėra griežtai standartizuota, todėl parenkama individualiai, atsižvelgiant į fistulės anatomiją, vaizdinių tyrimų duomenis ir klinikinę būklę [3]. Gydant sudėtingas fistules, pirmiausia siekiama suvaldyti vietinį uždegimą, ypač jei yra susiformavęs abscesas, ir tik tada taikomas galutinis gydymas. Uždegimui mažinti gali būti atveriama absceso ertmė arba į fistulę įdedama drenuojamoji ligatūra [4].

Galutinio gydymo tikslas – fistulės pašalinimas. Gali būti taikomi įvairūs gydymo metodai: laikinoji drenuojamoji arba pjaunamoji ligatūra, fistulotomija arba fistulektomija (pirminė arba etapinė, su sfinkteroplastika arba be jos), endorektalinis arba anokutaninis atvartas, fistulės kamštis, fibrino klijai, fistulės elektrokauterizacija arba lazerinė destrukcija (angl. *Fistula Laser Closure*, FiLaC) ir tarpsfinkterinio fistulės trakto ligavimas (angl. *Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract*, LIFT).

Straipsnyje aprašomas retas aukštos intersfinkterinės vidinės–vidinės išangės srities fistulės atvejis ir 44 m. pacientei taikytas etapinis chirurginis gydymas. Gautas raštiškas pacientės sutikimas paskelbti klinikinį atvejį.

Atvejo aprašymas

44 m. moteris kreipėsi į gydytoją koloproktologą dėl kraujo ant tualetinio popieriaus. Kitų nusiskundimų nenurodė. 2021 m. pacientė operuota dėl išangės pūlinio. Apžiūrint pacientę, išangės srityje ties 1 val. matomas pooperacinis randas. Digitalinio tyrimo metu ties 12 val. apčiuoptas maždaug 0,5x3 cm dydžio pailgas sukietėjimas, esantis tarp makšties ir tiesiosios žarnos, apie 5 cm nuo išangės. Rektoskopuojant iki 15 cm patologinių pokyčių nenustatyta. Atlikus MRT, nustatyta T formos fistulė. Jos vidinė anga buvo dantytosios linijos lygyje, o nuo vidinės angos oraline ir kaudaline kryptimis ėjo dvi maždaug 2 cm ilgio aklinos atšakos.

Nuspręsta atlikti operaciją planine tvarka. Operacijos metu anoskopuojant ties 12 val., apie 3 cm nuo išangės, nustatyta vidinė fistulės anga. Suleidus dažų, jie pasirodė per kitą vidinę fistulės angą, esančią apie 2 cm oraliau, ties 12 val. Per vidinę anga gana sunkiai prakištas zondas, todėl, siekiant jį įkišti, ties šia anga reikėjo atlikti apie 0,5 cm fistulotomiją. Zondas buvo nukreiptas dviem kryptimis: apie 2 cm distaliau

vidinės angos, išangės odos link, ir kitos vidinės angos link. Diagnozuota T formos vidinė–vidinė fistulė, turinti dvi vidines angas. MRT ir operacijos metu nustatyta, kad vienas fistulės kanalas ėjo kaudaliai ir baigėsi aklinai, o kitas ėjo oraliai ir atsivėrė į antrąją vidinę angą. Svarstyti du chirurginio gydymo variantai:

1. Vieno etapo operacija – fistulotomija per visą fistulės ilgį. Atliekant šią operaciją, reikėtų perpjauti visą vidinį išangės sfinkterį, todėl po operacijos kiltų išmatų nelaikymo rizika.

2. Dviejų etapų operacija. Pirmuoju etapu per abi vidines fistulės angas būtų įverta drenuojamoji ligatūra. Tikėtasi, kad, užtikrinus gerą fistulės turinio drenavimą, kaudalinė aklina atšaka surandės. Antruoju etapu būtų atliekama likusios oralinės fistulės atšakos fistulotomija.



1 pav. Fistulės schema

Pirmuoju gydymo etapu pasirinktas fistulės drenavimas. Per abi fistulės angas įverta drenuojamoji ligatūra (angl. *KomfortDrain*). Pooperacinė eiga buvo sklandi. Pacientė išleista į namus, pakartotinis vizitas pas koloproktologą paskirtas po 2 mėn. Pakartotinio vizito metu, atlikus MRT, nustatyta intersfinkterinė perianalinė fistulė ties 12 val. su intersfinkterine sankaupa (2 laipsnio pagal St. James's University Hospital klasifikaciją) ir joje esančiu drenu. Išorinė fistulės anga nenustatyta. Digitalinio tyrimo metu maždaug 5 cm gylyje apčiuoptas pailgas sukietėjimas. Anoskopuojant nustatytos dvi vidinės fistulės angos, per kurias buvo įverta drenuojamoji ligatūra. Nuspręsta planine tvarka atlikti fistulotomiją.

Operacijos metu anoskopuojant ties 12 val., dantytosios linijos lygyje, nustatyta viena fistulės anga, o apie 2 cm proksimaliau, taip pat ties 12 val., – antroji vidinė anga, kurioje buvo drenuojamoji ligatūra. Revizuojant fistulę zondu, distalinės atšakos nerasta. Atlikta fistulotomija. Pooperacinė eiga buvo sklandi. Pacientė išrašyta gydytis ambulatoriškai.

Diskusija

Aprašytu atveju pacientei diagnozuota priekinė aukšta intersfinkterinė vidinė–vidinė fistulė su dviem vidinėmis angomis. Tokios fistulės priskiriamos sudėtingoms, todėl jų diagnostikos ir gydymo taktika

parenkama individualiai. Šio atvejo išskirtinumą lemia reta lokalizacija ir neįprasta fistulės anatomija – T formos eiga, dvi vidinės angos ir neaiški išorinė anga.

Fistulių gydymo tikslas – pašalinti fistulę ir kiek įmanoma išsaugoti išangės sfinkterių funkciją [2]. Tam būtina tiksliai įvertinti fistulės anatomiją, todėl prieš operacinį gydymą pacientei atlikta MRT [5]. MRT atlikta prieš abi operacijas. Tyrimai leido tiksliai įvertinti fistulės eigą, nustatyti sankaupas, apčiuoptas klinikinio tyrimo metu, ir parinkti gydymo taktiką. Taigi MRT buvo svarbi ne tik pirminei diagnostikai, bet ir gydymo eigai vertinti bei antrajam operacinio gydymo etapui planuoti.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad, gydant sudėtingas anorektalines fistules (įskaitant aukštas intersfinkterines fistules), gali būti taikomas etapinis chirurginis gydymas: pirmiausia įveriama drenuojamoji ligatūra ir suvaldomas uždegimas, o vėliau atliekama fistulotomija arba kita sfinkterį tausojanti procedūra [2, 3, 6, 7]. Pacientei pasirinktas būtent toks etapinis gydymas: pirmosios operacijos metu įverta drenuojamoji ligatūra, o remiantis kontrolinės MRT ir klinikinio įvertinimo duomenimis, nuspręsta atlikti fistulotomiją.

Sudėtingų fistulių gydymas turi būti parenkamas individualiai, atsižvelgiant į fistulės tipą ir aukštį, jos santykį su sfinkteriu, anksčiau atliktas operacijas ir po jų susidariusius randus, paciento simptomus ir gyvenimo kokybę [7].

Išvados

Aukštos intersfinkterinės išangės srities fistulės yra retos ir sudėtingos, todėl būtina kruopščiai įvertinti jų anatomiją ir individualiai parinkti gydymo taktiką. MRT padeda tiksliai nustatyti fistulės eigą, sankaupas ir santykį su sfinkteriais, todėl turėtų būti integruojama į išangės fistulių diagnostikos algoritmą. Etapinis gydymas – drenuojamoji ligatūra ir vėliau atliekama fistulotomija – gali būti saugus ir veiksmingas sudėtingų intersfinkterinių fistulių gydymo būdas, leidžiantis sumažinti komplikacijų riziką.

Autorių indėlis

Kamilė Bagdonaitė – koncepcijos parengimas, metodologija ir duomenų tvarkymas, pirminio straipsnio varianto rengimas.

Paulius Žeromskas – koncepcijos parengimas, chirurginis gydymas ir klinikinė priežiūra, straipsnio peržiūra ir redagavimas.

Dovydas Nagelė – metodologija ir duomenų tvarkymas, pirminio straipsnio varianto rengimas.

Augustinas Bielinis – metodologija ir duomenų tvarkymas.

Literatūra

1. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2011; 54(12): 1465–1474. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31823122b3.

2. Yamana T. Japanese practice guidelines for anal disorders II. Anal fistula. J Anus Rectum Colon 2018; 2(3): 103–109. DOI: 10.23922/jarc.2018-009.

3. Almughamsi AM, Elhassan YH. Understanding the anatomical basis of anorectal fistulas and their surgical management: Exploring different types for enhanced precision and safety. Surg Today 2025; 55(4): 457–474. DOI: 10.1007/s00595-025-02995-2.

4. Bubbers EJ, Cologne KG. Management of complex anal fistulas. Clin Colon Rectal Surg 2016; 29(1): 43–49. DOI: 10.1055/s-0035-1570392.

5. Jimenez M, Mandava N. Anorectal fistula. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560657/>.

6. Reza L, Gottgens K, Kleijnen J, Breukink S, Ambe PC, Aigner F, Aytac E, Bislenghi G, Nordholm-Carstensen A, Elfeki H, Gallo G, Grossi U, Gulcu B, Iqbal N, Jimenez-Rodriguez R, Leventoglu S, Lisi G, Litta F, Lung P, Millan M, Ozturk E, Sackitey C, Shalaby M, Stijns J, Tozer P, Zimmerman D. European Society of Coloproctology: Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula. Colorectal Dis 2024; 26(1): 145–196. DOI: 10.1111/codi.16741.

7. Schrader L, Brandstrup B, Olaison G. Slowly cutting, loose seton ligature and staged fistulotomy for healing of idiopathic perianal fistula and influence on anal continence. Langenbecks Arch Surg 2023; 408(1): 352. DOI: 10.1007/s00423-023-03005-0.