



UNIVERSITY OF HELSINKI



<https://helda.helsinki.fi>

Helda

Peräaukon oireilun voi aiheuttaa haavauma, paise tai fisteli

Salmenkylä, Sinikka

Suomen lääkäriliitto

2024

Salmenkylä, S 2024, 'Peräaukon oireilun voi aiheuttaa haavauma, paise tai fisteli', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 79, Nro 9-10, Sivut 350-352. <
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2024/SLL9-10-2024-350.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/575048>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

**Sinikka Salmenkylä**LL, gastrokirurgian
erikoislääkäriHus Vatsakeskus,
Jorvin sairaala

Peräaukon oireilun voi aiheuttaa haavauma, paise tai fisteli

- 1 Mapel DW, Schum M, Von Worley A ym. The epidemiology and treatment of anal fissure in a population-based cohort. *BMC Gastroenterol* 2014;14:129.
- 2 Kelley KA, Kaur T, Tsikitis L. Perianal Crohn's disease: challenges and solutions. *Clin Exp Gastroenterol* 2017;10:39–46.
- 3 Nelson RL, Thomas K, Morgan J ym. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD003431.
- 4 Sajid MS, Whitehouse PA, Sains P ym. Systematic review of the use of topical diltiazem compared with nitroglyceryltrinitrate for the nonoperative management of chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2013;15:359–67.
- 5 Bhamra AR, Francuzik W, Krokowicz L ym. Practise variations in chemodeneration for anal fissure among American Society of Colon and Rectal Surgeons members. *Dis Colon Rectum* 2021;64:1167–71.
- 6 Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W ym. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD002199.
- 7 Lindsay I, Cunningham C, Jones OM ym. Fissurectomy, botulinum toxin: a novel sphincter-sparing procedure for medically resistant chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2014;47.
- 8 Bannes TG, Zafrani Z, Abdelazeq AS ym. Fissurectomy combined with high-dose botulinum toxin is a safe and effective treatment for chronic anal fissure and a promising alternative to surgical sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 2015;58:967–73.
- 9 Renzi A, Izzo D, DiSarno G ym. Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2008;51:121–7.

Viittaus:

Suom Lääkäril 2024;79:e39230

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALLT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

- Peräaukon haavaumista valtaosa paranee konservatiivisella hoidolla. Pieni osa potilaista tarvitsee kirurgista hoitoa komplikaation tai heikon paranemisen vuoksi.
- Jos haavaumat uusiutuvat säännöllisesti, toistuvan paikallishoidon sijasta harkitaan kirurgista hoitoa. Pidätyskyky tulee arvioida ennen toimenpidettä ja potilasta informoida leikkauksiin liittyvästä pidätyskyvyttömyyden riskistä.
- Paise tulisi avata kirurgisesti vuorokauden kuluessa. Jos potilaalla on sepsiksen oireita, paikallinen selluliitti, diabetes tai immunosuppressio, avaus tehdään vielä kiireellisemmin.
- Perianaalifisteli on erittävä tulehduksellinen käytävä anaalikanavan ja ihon välillä. Fisteli sulkeutuu harvoin itsestään, ja potilas ohjataan kiireettömään arvioon gastrokirurgin vastaanotolle.

PERÄPUKAMAT ovat tavallinen löydös proktologisessa tutkimuksessa, mutta kaikki oireilu ei johdu pukamista. Katsauksessa käsitellään tavallisuusjärjestyksessä perianaalialueen muita sairauksia.

Peräaukon haavauma

Peräaukon haavauma eli anaalifissuura on peräpukamien jälkeen tavallisin syy peräaukon oireisiin. Se on peräaukkokanavan limakalvon pitkäaikainen repeämä, joka sijaitsee keskiviivassa joko dorsaalisesti (85–90 %), anteriorisesti tai molemmin puolin. Ilmaantuvuudeksi on esitetty 1 100/100 000/v. Naisilla esiintymis-
huippu on nuorena aikuisuudessa ja miehillä keski-ikässä (1).

Mahdollisia syntymekanismeja on useita. Altistavina tekijöinä pidetään traumaa peräaukkokanavassa (kova uloste, anaalilyhyntä), äkillistä toistuvaa ulostamista (ripuli) ja voimakasta ponnistelua (synnytys, vaikeutunut ulostaminen lantionpohjan laskeuman yhteydessä). Aina altistavaa tekijää ei ole osoitettavissa. Peräaukon haavauma johtaa sisäsulkijalihaksen spasmiin ja haavan kroonistumiseen.

Oireet ja diagnoosi

Haavauma aiheuttaa kovaa viiltävää kipua ulostaessa sekä vähäistä kirkasta verenvuotoa ulostamisen yhteydessä. Poltteleva kipua voi jatkua

ulostamisen jälkeen tunteja, mutta helpottaa ulostamisten välillä.

Tyyppipaikalla keskiviivassa sijaitseva haavauma on nähtävissä varovaisesti pakaroita levittämällä. Alkuvaiheessa se on punoittava ja pehmeäreunainen. Sormen kärjellä varovaisesti tunnustellen arkuus on voimakasta ja sisäsulkija on kireä. Proktoskopiaa ei yleensä ole mahdollista tehdä kivun vuoksi. Jos sulkijalihasten väliseen paiseeseen viittaavia oireita (kuume, voimakas kipua myös ulostamisten välillä, pullotus haavan kohdalla) ei ole, aloitetaan haavauman hoito näiden löydösten perusteella.

Haavauma aiheuttaa kovaa viiltävää kipua.

6–8 viikon kuluessa haavauman kroonistuksessa sen reunat kiinteytyvät ja haavan pohjalla on nähtävissä sisäsulkijan säikeet. Tyyppimuutoksia ovat yläpuolella oleva kookkaampi anaalipapilla ja alapuolella vartijapainoksi kutsuttu ihopoimu.

Erotusdiagnoosi

Peräaukulle voi syntyä haavauma myös sekundaarisesti tulehduksen tai kasvaimen seurauksena. Epätavallisen haavan piirteitä ovat

- 10 Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M ym. Sphincter-sparing anal-fissure surgery: 1-year prospective observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013;15:359–67.
- 11 Adamo K, Sandblom G, Brännström F ym. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess—a population-based study, Sweden 1997–2009. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:669–73.
- 12 Tarasconi A, Perrone G, Davies J ym. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines. *World J Emerg Surg* 2021;16:48
- 13 Smith SR, Newton K, Smith JA ym. Internal dressings for healing perianal abscess cavities (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD011193.
- 14 Sahnan K, Askari A, Adegbola SO ym. Natural history of anorectal sepsis. *BJS* 2017;104:1857–65.
- 15 Ratto C, Litta F, Donisi L ym. Fistulotomy or fistulectomy and primary sphincteroplasty for anal fistula (FIPS): a systematic review. *Tech Coloproctol* 2015;19:391–400.
- 16 Göttgens KWA, Janssen PTJ, Heemskerk J ym. Long-term outcome of perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. *Int J Colorectal Dis* 2015;30:213–9.
- 17 Zahra A, Jyothirmai M, Rameshwar S ym. A comparison of different surgical treatments for complex anal fistula: a systematic review. *Cureus* 2022;14:e28289.

kivuttomuus, sijainti muualla kuin keskivivassa, ulottuminen peräaukkokanavan yläosaan tai peräaukon ulkopuolelle, kiinteä kudos peräaukkokanavassa sekä reagoimattomuus hoitoon.

Samanaikainen märkäinen tulehdus limakalvolla viittaa infektiin. Mahdollisia taudinaiheuttajia ovat tuberkuloosi, kuppa, HIV ja tipuri. Crohnin taudissa perianaalisia muutoksia on joka kolmannella ja haavaumat voivat edeltää suolioireita (2). Pahanlaatuinen kasvain voi saada alkunsa joko iholta tai peräaukkokanavan limakalvolta.

Lääkehoito

Akuutilla, päivistä viikkoihin kestäneellä haavaumalla on hyvä taipumus parantua itsestään. Tärkeää on taustasyyn hoitaminen: ulosteen pehmentäminen tai ripulin hoitaminen. Kipua helpottamaan voi käyttää käsikauppalääkkeenä myytäviä puuduttavia voiteita muutaman viikon ajan. Kroonista haavaumaa hoidetaan vähentämällä sulkijalihaksen tonusta.

Nitraatti- ja kalsiuminestäjävoiteiden tehossa ei ole osoitettu merkittävää eroa (3). Nitraattivoide aiheuttaa kuitenkin enemmän päänsärkyä kuin kalsiumkanavan salpaajaa sisältävät voiteet (4). Nitraattivoide on myynnissä valmiina rektaalivoiteena. Kalsiuminestäjistä diltiatseemista ja nifedipiinistä apteekit valmistavat ex-tempore-voiteita. Nitraattivoide (Rectogesic) on selvästi kalliimpi vaihtoehto. Kumpaakin voidetta annostellaan kahdesti vuorokaudessa peräaukkokanavaan kahden kuukauden ajan (taulukko 1).

Botuliinitoksiini vähentää sisäsulkijan jännitystä kertapistoksena. Sen vaikutus kestää 1–2 kk. Botuliinin teho peräaukon haavauman hoidossa on samanlainen tai hieman parempi kuin kalsiuminestäjä- ja nitraattivoiteiden (3). Komplikaationa noin 5 %:lla potilaista esiintyy ohimenevää pidätyskyvyttömyyttä (5). Botuliini on selvästi voidehoitoja kalliimpaa, ja sen käyttöön liittyy pieni infektioriski.

Säännöllisesti uusiutuvan anaalifissuurin hoidossa toistuvan paikallishoidon vaihtoehtoja ovat botuliinitoksiini ja kirurginen hoito.

Jos konservatiivisen hoidon aikana kipua peräaukolla pahenee tai muuttuu jatkuvaksi, voi syy olla sulkijalihasten väliin kehittynyt paise. Sen hoito on päivystyksellinen avaus.

Kirurginen hoito

Lateraalinen sfinkterotomia on peräaukon haavauman tehokkain hoito – yli 90 % haavoista paranee. Toimenpiteen jälkeen 3–30 %:lle potilaista kehittyy kuitenkin kaasunkarkailua

TAULUKKO 1.

Peräaukon haavauman hoitoon käytettävät kalsiuminestäjät

Diltiatseemi 2 % voide

Diltiazem. hydrochlorid. 20 mg

Novalan ad 980 mg

MDS 80 g

Peräaukon haavauman hoitoon 2 kertaa vuorokaudessa peräaukon sisälle

Nifedipiini 0,2 % voide

Nifedipin. 60 mg

Macrogol 400 135 mg

Novalan ad 30 g

MDS 60 g

Peräaukon haavauman hoitoon 2 kertaa vuorokaudessa peräaukon sisälle

tai tuhrimista (6). Tämän vuoksi haavauman kirurginen hoito yleensä aloitetaan revisiol-la eli fibroottisten reunojen, vartijapaimun ja anaalipapillan poistamisella yhdistettynä botuliinipistokseen. Paranemisen todennäköisyys ei ole yhtä hyvä kuin sfinkterotomiassa, mutta pidätyskyvyttömyyden riski on vain 1–2 %:n luokkaa (7,8).

Aiemmin käytetty sulkijalihaksen venyttäminen sormin yleisanestesiassa on jäänyt pois käytöstä pidätyskyvyttömyyden riskin vuoksi. Pneumaattisella ballongilla tehdystä venytyksestä on kuitenkin julkaistu hyviä paranemistuloksia ilman inkontinenssiriskiä (9). Kun sulkijalihastonus on normaali tai heikentynyt, tiedossa olevan sulkijalihaskaurion yhteydessä tai edellisten toimenpiteiden epäonnistuttua haava voidaan peittää iho-subkutiskielekkeellä (10).

Peräaukon paise

Peräaukon paiseen eli anaaliabsessin ilmaantuvuus on noin 16/100 000/v. Se on tavallisempi miehillä ja 20–40-vuotiaiden ikäryhmässä (11). Valtaosa paiseista saa alkunsa anaalirauhasen tulehduksesta. Vain alle 10 % liittyy Crohnin tautiin tai ihon tulehdukseen.

Oireet ja diagnoosi

Peräaukon vieressä sijaitseva paise on helppo havaita aristavana pullistumana ihon alla.

Mikäli paise on muodostunut ylemmäksi iskioanaalitalaan, kipua voi olla epämääräisempää eikä palpoituvaa muutosta ole. Sulkijalihasten välissä paise aiheuttaa voimakasta kipua ja tuntuu pullotuksena tuseerattaessa.

Oireiden ja kliinisen tutkimuksen perusteella diagnoosi on yleensä selkeä. Kuvantamistutkimuksia voidaan tarvita Crohnin tautiin tai

SIDONNAISUUDET

Sinikka Salmenkylä: Palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteuttamiseen (Takeda), luentopalkkiot (Takeda), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Takeda).

aiemmin todettuun anaalifisteliin liittyvissä paiseissa tai epäiltäessä laajemmin levinnyttä infektiota. Magneettikuvaus on herkin menetelmä paiseiden ja fisteiden toteamiseen, mutta saatavuus rajoittaa sen käyttöä. Peräaukon kautta tehtävä kaikututkimus on hyvä paise-diagnostiikassa, mutta päivystyksessä se ei ole Suomessa rutiinikäytössä. Tietokonekerroskuvaus on heikompi fisteiden osoittamisessa, mutta epäselvän infektion yhteydessä käyttökelpoinen paiseiden osoittamiseen.

Hoito

Ihonalainen paise avataan iholle ja sulkijalihasten välinen paise peräaukkokanavaan päin.

Neulalla aspiroidessa uusiutuminen on todennäköisempää, minkä takia avaus tulee aina tehdä kirurgisesti riittävän isona veitsellä tai diatermiällä (12). Paise tyhjenetään huolellisesti ja jätetään auki. Pienet ja pinnalliset paiseet voi avata paikallispuudutuksessa. Syvemmät ja isommat paiseet avataan yleisanestesiassa tai selkäydinpuudutuksessa, jotta paiseonkalo tulee kokonaan dreneeratuksi. Paiseen avauksen jälkeisen antibiootihoidon ei ole osoitettu vähentävän anaalifistelin todennäköisyyttä (12).

Kaikki paiseet tulisi avata vuorokauden kuluessa. Mikäli potilaalla on sepsiksen oireita, paikallinen selluliitti, diabetes tai immunosuppressio, avaus tulee tehdä kahdeksan tunnin sisällä leikkauspäätöksestä. Mainituille potilasryhmille suositellaan antibioottihoitoa avauksen jälkeen (12).

Paiseonkalan hoitamisesta sisään laitettavilla sidoksilla ei Cochrane-katsauksessa pystytty osoittamaan olevan hyötyä pelkkään avaukseen verrattuna (13). Mikäli avauskohdassa on erittävä aukile vielä 1–2 kk:n kohdalla, on epäiltävä peräaukkofistelin kehittymistä.

Peräaukkofisteli

Peräaukkofisteli eli anaalifisteli on krooninen tulehduskäytävä peräaukkokanavasta iholle. On esitetty, että anaalirauhasesta alkanut paise johtaisi fisteliin 15 %:n ja Crohnin tautiin liittyvä paise 41 %:n todennäköisyydellä (14).

Crohnin taudissa fisteleitä syntyy myös ilman edeltävää paisetta limakalvon tulehduksen seurauksena.

Oireet ja diagnoosi

Fisteliaukkoja iholla on yksikertaisessa peräaukkofistelissä yksi tai useita. Aukon ympärille muodostuu granulaatiokudoksesta kohouma. Pinnallinen fistelikäytävä on palpoitavissa ihon alla. Sisäsuun voi tuntea tuseeraten pie-

nenä kolona tai kohoumana peräaukkokanavassa.

Fisteliepäilyssä potilas ohjataan gastrokirurgin arvioon elektiivistä leikkaushoitoa varten. Sulkijalihaksen alaosan läpi kulkeva yksinkertainen fisteli on tunnistettavissa proktoskopian ja sondeerauksen avulla. Perianaalinen magneettikuvaus tai endoanaalinen kaikututkimus selvittää fistelin kulkua sulkijalihaksen läpi korkeampien fisteiden yhteydessä ja auttaa leikkauksen suunnittelussa.

Kirurginen hoito

Leikkausmenetelmän valinta riippuu fistelin kulusta sulkijalihasten läpi sekä potilaan edeltävästä pidätyskyvystä. Leikkausvaihtoehtoja ovat fistelin halkaiseminen (fistulotomia) tai sulkijalihasta säästävä leikkaus. Fistulotomian jälkeen paranemistodennäköisyys on ollut 84–90 %:n luokkaa, mutta kääntöpuolena on sulkijalihaksen heikkeneminen (15,16).

Yleensä arvioidaan sulkijalihaksen alakolmanneksen fisteiden soveltuvan fistulotomiaan, mutta tilanne tulee arvioida jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Sulkijalihaksen aiempi vaurio, ripulitaipumus tai lantionpohjan toimintahäiriö altistaa pidätyskyvyttömyyden kehittymiselle.

Oireeton fisteli voidaan jättää hoitamatta.

Sulkijalihasta säästäviä leikkausmenetelmiä on lukuisia. Yhteistä niille on, että paranemistodennäköisyys on huomattavasti fistulotomiaa pienempi, yleisesti noin 50–60 %:n luokkaa. Yleensä ennen sulkuleikkausta fistelikäytäväsä pidetään löyhää lankaa, setonia, tarkoitukseen rauhoittaa fistelikäytävä. Yleisimpiä menetelmiä ovat liukuläppäleikkaus, LIFT (fistelin sulkusulkijalihasten välissä) ja laserilla tehty käytävän tuhoaminen (17).

Myös sulkijalihasta säästäviin leikkausmenetelmiin liittyy pidätyskyvyn heikkenemistä. Oireeton tai hyvin vähäoireinen fisteli voidaan jättää hoitamatta. Tällöin otetaan tietoinen riski paiseen uusiutumisesta, mutta vältetään leikkauksen haitat.

Lopuksi

Peräaukon oireiden takana lymyää useampi syy, minkä vuoksi etävastaanotto soveltuu huonosti tämän alueen diagnosointiin. Kliininen tutkimus paljastaa useimmiten oireen syyn, ja oikea hoito voidaan aloittaa saman tien. •