

CHIRURGICZNE LECZENIE OLBRZYMIEGO POLIPA ODBYTU – OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Surgical treatment of a giant polypus of anus – case report and literature review



Konrad Wroński, Roman Bocian

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 2: 63–65

Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr zarz. **Konrad Wroński**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi,
ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź, tel. +48 42 636 76 11, e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Streszczenie

Olbrzymie polipy odbytu występują bardzo rzadko. Są to łagodne guzy, które mogą wzrastać w efekcie stanu zapalnego, włóknienia i obrzęku. W artykule przedstawiono przypadek pacjentki leczonej chirurgicznie z powodu olbrzymiego polipa włóknistego odbytu i dokonano przeglądu najnowszego piśmiennictwa dotyczącego postępowania z olbrzymimi polipami odbytu.

Słowa kluczowe: polip, odbytu, leczenie chirurgiczne.

Summary

Giant polypuses of anus occur extremely rarely. These are benign tumors which may enlarge as a result of inflammation, fibrosis or oedema. The following article presents a case of a female patient who underwent surgical treatment due to a giant polypus fibrous of anus, and also reviews the latest literature dealing with the treatment of a giant polypus of anus.

Key words: polypus, anus, surgical treatment.

Wstęp

Polipy odbytu są łagodnymi guzami, które mogą wzrastać w efekcie stanu zapalnego, włóknienia i obrzęku. Olbrzymie polipy włókniste odbytu występują w praktyce klinicznej bardzo rzadko. Ten rodzaj polipów spotyka się głównie u chorych z żylakami odbytu, u których wcześniej wystąpił zakrzep i stan zapalny hemoroidów wewnętrznych [1–3].

Opis przypadku

Chora, lat 46, została przyjęta na Oddział z powodu zdiagnozowanego guza odbytu. W wywiadzie u chorej 6 miesięcy wcześniej wykonano wycięcie guza odbytu i kanału przetoki okołoodbytniczej. Wynik badania histopatologicznego z wyciętego guza: *Polypus fibrosus in status inflammationis*.

W chwili przyjęcia do szpitala chora zgłaszała silną bolesność w okolicy odbytu podczas oddawania stolca. W badaniu przedmiotowym i badaniach laboratoryjnych u chorej nie stwierdzono odchyłań od normy. W badaniu *per rectum* w okolicy odbytu stwierdzono olbrzymi guz

wychodzący z kanału odbytu o średnicy ok. 7 cm, który obejmował 1/2 przedniej połowy odbytu, zwężając jego światło i powodując silne dolegliwości bólowe podczas badania (ryc. 1).

Chorą zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego. W trakcie operacji wycięto doszczętnie guz do mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu (ryc. 2.). Wycięty guz został przesłany do rutynowego badania histopatologicznego. Wynik badania histopatologicznego: *Polypus fibrosus in status inflammationis (Anal Skin Tags)* (ryc. 3.–6.).

Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym następnego dnia po operacji. Obecnie pacjentka znajduje się pod opieką Poradni Proktologicznej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. M. Pirogowa w Łodzi, nie zaobserwowano u niej nawrotu choroby.

Dyskusja

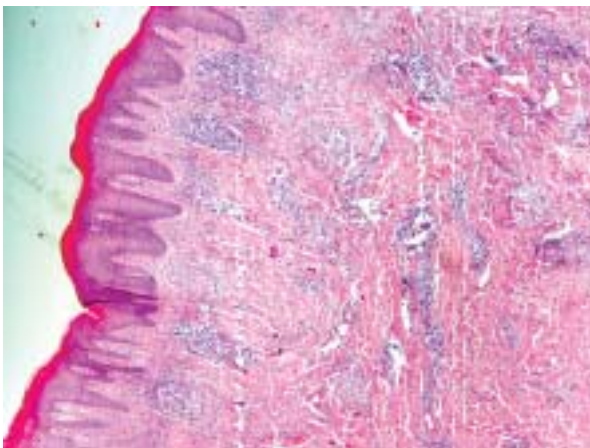
Olbrzymie polipy włókniste odbytu o średnicy powyżej 3 cm występują w praktyce klinicznej bardzo rzadko. Najczęściej obserwowane są polipy wielkości do 1 cm.



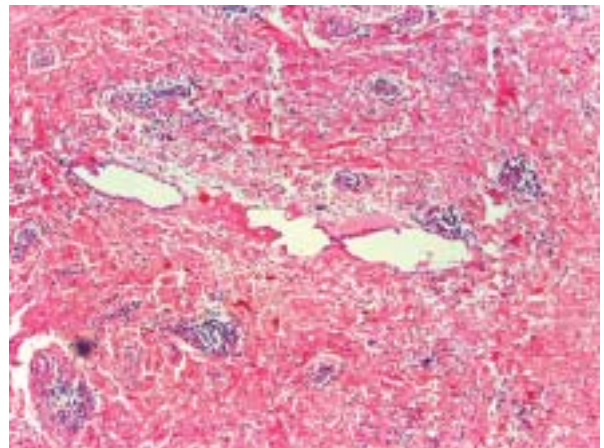
Ryc. 1. Zdjęcie przedstawiające olbrzymi polip odbytu przed zabiegiem chirurgicznym



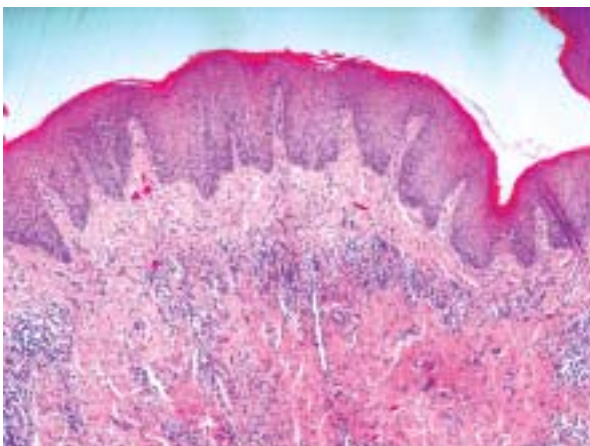
Ryc. 2. Stan po wycięciu olbrzymiego polipa odbytu



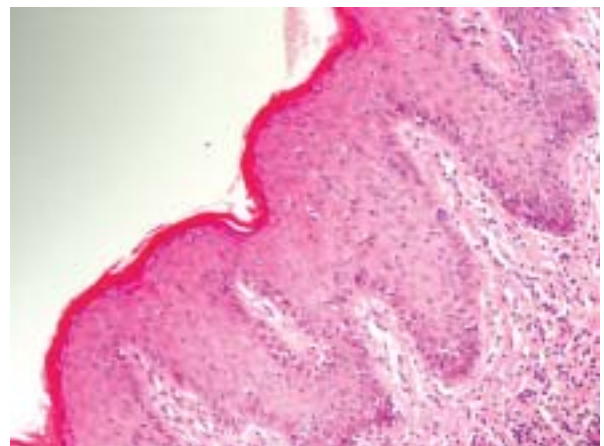
Ryc. 3. Zdjęcie przedstawiające widok spod mikroskopu świetlnego: fragment brodawki kanału odbytu w powiększeniu 20×



Ryc. 4. Zdjęcie przedstawiające widok spod mikroskopu świetlnego: cienkościenne poszerzone naczynia – powiększenie 40×



Ryc. 5. Zdjęcie przedstawiające widok spod mikroskopu świetlnego: włóknisto-zapalny zrzęb – powiększenie 40×



Ryc. 6. Zdjęcie przedstawiające widok spod mikroskopu świetlnego: normotypowy nabłonek płaski – powiększenie 100×

Olbrzymie polipy włókniste odbytu należy różnicować z rakiem odbytu, chłoniakiem złośliwym i mięsakiem [4, 5].

Leczenie olbrzymich polipów włóknistych odbytu polega na doszczętnym ich wycięciu, z zaoszczędzeniem mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu. Mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu jest mięśniem poprzecznie prążkowanym zależnym od woli. Uszkodzenie tego mięśnia powoduje nietrzymanie gazów i stolca [6, 7]. Kluczowym elementem skuteczności chirurgicznego leczenia polipów odbytu jest dobra znajomość anatomii odbytu i odbytnicy, aby nie doprowadzić do uszkodzenia mięśni zwieraczy odbytu i mięśnia tonowo-odbytniczego [8–10].

Zakończenie

Pacjentom po zabiegu chirurgicznym olbrzymiego polipa odbytu powinno się podawać leki przeciwbólowe, które nie powodują zaparc. Dzień po operacji chory otrzymuje normalną dietę wraz ze środkami, które zmiękczają stolec. Po operacji pacjenci powinni wykonywać trzy razy dziennie nasiadówki (np. w roztworze z kory dębu i rumianku). Nasiadówki nie powinny trwać dłużej niż 10 min.

Piśmiennictwo

1. Groisman GM, Polak-Charcon S. Fibroepithelial polyps of the anus: a histologic, immunohistochemical, and ultrastructural study, including comparison with the normal anal subepithelial layer. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 70-6.
2. Hizawa K, Kawasaki M, Kouzuki T, et al. Endosonographic classifications of gastrointestinal submucosal tumors. *Dig Endosc* 2000; 12: 120-5.
3. Haas PA, Fox TA, Haas GP. The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 441-450.
4. Van Gossum A, Zalcman PM. Giant fibrosus polyp of the anal canal. *Acta Gastroenterol Belg* 1997; 60: 184-5.
5. Yadoo S, Nathan P. Fibroma of rectum simulating malignant tumor. *Am J Proctol* 1971; 22: 105-7.
6. Speakman CTM, Kamm MA. The internal anal sphincter-new insights into fecal incontinence. *Gut* 1991; 32: 345-6.
7. Hinrichsen H, Enck P. Fecal incontinence: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 685-706.
8. Madoff RD, Williams JG, Caushaj PF. Fecal incontinence. Review article. *New Engl J Med* 1992; 9: 1002-7.
9. Rociu E, Stoker J, Eijkemas M, Lameris JS. Normal sphincter anatomy and age and sex related variations at high-spatial resolution endoanal MR imaging. *Radiol* 2000; 217: 395-401.
10. Madoff RD. Fecal incontinence in adults. *Lancet* 2004; 364: 621-32.