



Perianalna Crohnova bolezen – kako uspešno je v resnici kirurško zdravljenje?

Perianal Crohn's disease – how effective is surgical treatment?

Jurij Aleš Košir*, Jan Grosek

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana,

Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana

Slovenian Journal of Gastroenterology / Gastroenterolog 2026; 1: 70–73

Ključne besede: kronična vnetna črevesna bolezen, kirurgija, Crohnova bolezen, perianalne fistule

Keywords: inflammatory bowel disease, surgery, Crohn's disease, perianal fistula

IZVLEČEK

Perianalna Crohnova bolezen predstavlja enega izmed hujših fenotipov Crohnove bolezni, ki pri zadane do tretjino bolnikov in pomembno vpliva na njihovo kakovost življenja. Kljub napredku z biološkimi in imunosupresivnimi zdravili je kirurško zdravljenje še vedno temelj zdravljenja perianalnih fistul pri Crohnovi bolezni, še posebej v primeru pridruženih ognjokov ali ponavljajočih fistul. Kirurško zdravljenje lahko učinkovito umiri perianalno sepso in izboljša težave, vendar dolgoročno fistule pogosto vztrajajo, še posebej v primeru kompleksnega poteka fistule ali pridruženega proktitisa. Poleg pogostih recidivov fistul se pasti kirurškega zdravljenja skrivajo tudi s tveganjem za inkontinenco ter potrebo po konstrukciji stome. Za doseg dobrih rezultatov zdravljenja je nujno sodelovanje med gastroenterologi in kirurgi.

ABSTRACT

Perianal Crohn's disease is one of the most severe and disabling phenotypes of Crohn's disease, affecting up to one-third of patients and significantly impairing their quality of life. Despite substantial advances in biologic and immunosuppressive therapies, surgical intervention remains a cornerstone in the management of perianal fistulizing disease, particularly in cases complicated by abscess formation or refractory fistulas. Although surgery can effectively control sepsis and provide symptomatic relief, long-term fistula healing remains challenging, especially in patients with complex fistulas and active proctitis. Not only is the effectiveness of surgical treatment limited by high recurrence rates, but also by the risk of incontinence or need for stoma creation. Multidisciplinary management involving gastroenterologists and colorectal surgeons is essential to optimise outcomes.

*Jurij Aleš Košir

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana

E-pošta: jurij.ales.kosir@kclj.si

UVOD

Crohnova bolezen lahko prizadane katerikoli del prebavne poti in pogosto prizadane tudi perianalni predel. Do tretjina bolnikov razvije perianalne ognjke in/ali fistule, slednje lahko spremljajo bolnike vse življenje in pomembno krnijo njihovo kakovost življenja (1). V 8,6 % je perianalna fistula celo prva manifestacija Crohnove bolezni (2). Perianalne fistule so povezane z agresivnejšo obliko bolezni, ki zahteva zdravljenje z biološkimi zdravili, več kot 90 % bolnikov pa ima vsaj eno operacijo (1). Kljub številnim operacijam, ki so na voljo za zdravljenje fistul, se fistule pogosto ponavljajo ali celo slabšajo (1). Bolniki imajo zaradi bolezenskega procesa kot tudi zaradi operativnega zdravljenja velikokrat težave z inkontinenco, v nekaterih primerih pa stanje zahteva proktotomijo in konstrukcijo stalne stome (3).

OSNOVNI PRINCIPI KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PERIANALNIH FISTUL PRI CROHNOVE BOLEZNI

Obravnava bolnikov s perianalnimi fistulami zahteva pregled pri proktologu, ki mora temeljito pregledati perianalni predel in klinično oceniti potek fistule z vsemi njihovimi možnimi ustji in kraki, ki jih klinično lahko zazna. Pomembna je ocena notranjega ustja fistule in višine, kje fistula prečka sfinkter, saj je ta podatek eden glavnih, ki nas vodi pri izbiri operacije. V proktološki ambulanti napravimo proktoskopijo, s katero ocenimo prisotnost proktitisa, ki negativno vpliva na izid kirurškega zdravljenja. Z izjemo preprostih in zelo povrhnje potekajočih fistul si vse fistule zaslužijo slikovno diagnostiko, ki obsega MRI medenice ali endoanalni ultrazvok. Slikovne preiskave nam lahko omogočijo podatke o razvejanosti fistul in morebitnih dodatnih abscesnih kolekcijah.

O vrsti kirurškega zdravljenja se odločimo skupaj z bolnikom glede na simptomatiko fistule, morebitni pridruženi inkontinenci za blato in glede na dosedanje operacije v perianalnem predelu. Asimptomatske fistule ne potrebujejo kirurškega

zdravljenja, saj operacije lahko vodijo v različne zaplete, vključno z nastankom simptomov, ki jih fistula povzroči.

Zaradi visokega tveganja za ponovitev fistule po operativnem zdravljenju je nujno, da je bolnik optimalno pripravljen na operacijo. Poleg prekinitve kajenja, ureditve prehranskega stanja in pridruženih kroničnih bolezni, to pomeni tudi umiritev proktitisa z medikamentozno terapijo ter umiritev perianalne sepse z drenažo preko setona.

Drenaža perianalnega ognjka

Osnovno zdravljenje perianalnega ognjka je s kirurško drenažo in toaletno. Če gre za prvo epizodo perianalne sepse, tudi ob že znani Crohnovi bolezni, je prisotna dilema, ali vstaviti seton ali ne. Vstavitve setona bo namreč zagotovila razvoj fistule, ki bo locirana po poteku setona. Brez setona je možno, da se rana po drenaži ognjka zaceli brez fistule, vendar je prav tako možno, da pride do ponovitve ognjka zaradi vztrajajoče komunikacije s svetlino črevesa.

Vstavitve setona

Vstavitve setona skozi fistulo je najpogostejši ukrep, ki ga kirurgi napravimo pri perianalnih fistulah. Seton služi izboljšanju drenaže iz fistule in preprečevanju ponovnih ognjokov ali nastanku novih krakov fistule. Vendar setoni sami po sebi povzročajo neudobje ali bolečine ter lahko celo povečajo iztok iz fistule oziroma na ta način napravijo fistulo bolj simptomatsko. Pri vsakem bolniku je potrebno napraviti dolgoročni načrt zdravljenja. Zatezni setoni niso proporočljivi, saj povzročajo dodatne bolečine in inkontinenco (4, 5). Zdravljenje s setoni izkoriščamo na tri načine:

- a Premostitveno zdravljenje do dokončnega operativnega posega za zaporo fistule. Seton omogoča boljšo drenažo skozi fistulo in preprečuje rezidualno perianalno sepso, s čimer se lahko izboljša uspešnost zapore fistule.

- b Začasna dodatna drenaža fistule do odstranitve setona. Nekatere fistule se po odstranitvi setona same zaprejo, še posebej po pričetku zdravljenja z biološkimi zdravili. Optimalni čas odstranitve setona ni jasen, največkrat priporočamo odstranitev setona v 2-8 tednih po pričetku zdravljenja z biološkimi zdravili pod pogojem, da ni več proktitisa (4, 6). Daljši časovni intervali odstranitve setona so povezani z epitelizacijo fistule in domnevnim slabšim uspehom spontanega zaprtja po odstranitvi setona. Vendar pa je zgodnejša odstranitev povezana s ponovitvami ognjokov v 70 % ter ponovitvami fistule v 80 % v 10 letih (1, 6, 7).
- c Dolgotrajna paliacija s setonom. Ta način zdravljenja ima mesto pri bolnikih s fistulami, pri katerih zapora fistule z drugimi načini ni možna. Velikokrat gre za bolnike z dejavniki tveganja za vztrajanje fistul kot so številne neuspešne operacije fistul v preteklosti, ponavljajoče perianalne sepse, stenoza analnega kanala z brazgotinasto razobličnim perianalnim predelom. Ta način zdravljenja je lahko uspešen, še posebej v primeru odsotnosti večjih težav s strani setona in fistule.

Fistulotomija

Pomeni prekinitev vseh tkiv do fistule (*angl. lay open*). Je enostaven poseg priporočen za nizko ležeče fistule, pri katerih bi prekinili le manjši del sfinktra. Uporaben je za površinske, intersfinkterne in nizko ležeče transsfinkterne fistule. Od vseh posegov za zaporo fistule je najbolj uspešen (80–100 %), vendar moramo pri izbiri bolnikov upoštevati možnost poslabšanja kontinence za blato (8). Na žalost so fistule pri Crohnovi bolezni večinoma bolj kompleksne in se fistulotomij le redko poslužujemo.

Sfinkter ohranjajoči posegi za zaporo fistule

Posegov za dokončno zaporo fistul z ohranitvijo sfinktra je veliko, kar kaže na odsotnost posega z veliko uspešnostjo, ki bi postal zlati standard. Po priporočilih sta še najbolj uveljavljena operacija LIFT (*angl. ligature of intersphincteric fistula tract*) ter endorektalni reženj (*angl. endorectal advancement flap*) (4, 5). Uspešnost obeh posegov je približno 60 % (4, 5, 9). Video asistirana zapora fistule (*angl. video-assisted anal fistula treatment, VAAFT*) ali laserska ablacija fistule (*angl. laser ablation of fistula tract*) se lahko uporabljata za zaporo fistul, vendar so potrebne nadaljnje raziskave za potrditev primerljivost teh posegov v primerjavi z že uveljavljenimi (4). Priporočila Evropskega združenja za Crohnovo bolezen in kolitis so proti uporabi fistulnih čepov, saj študije niso pokazale višje uspešnosti posega v primerjavi le z odstranitvijo setona (4). Priporočila prav tako odsvetujejo uporabo fibrinskega lepila kot samostojnega posega (4, 5). Vlogo matičnih celic pri zdravljenju perianalnih fistul se še vedno raziskuje, vendar zadnja randomizirana raziskava ADMIRE II ni pokazala njihove superiornosti od placeba, kar je vodilo k umaknitvi preparate iz evropskega tržišča (10).

Konstrukcija stome

V najbolj trdovratnih primerih se odločimo za konstrukcijo stome, kar lahko napravimo le kot konstrukcijo ileostome ali kolostome na zanki ali pa kot konstrukcijo stalne kolostome v primeru prokterektomije. Konstrukcija stome na zanki ima namen diverzije blata, s čimer se zmanjša iztok iz fistul in s tem izboljša simptomatika. Stoma na zanki izboljša simptomatiko v 64 %, vendar je kasneje le 17 % bolnikov imelo uspešno vzpostavljeno kontinuiteto prebavne cevi (3). Prokterektomija odstrani bolezenski proces, vendar predstavlja najbolj invazivno operacijo od vseh omenjenih in bolnika obsodi na stalno stomo. Celjenje rane na presredku po prokterektomiji neredko traja več mesecev (4).

RAZPRAVA

Perianalne fistule pri Crohnovi bolezni so lahko zelo raznolike, razpon sega od asimptomatskih fistul, ki ne zahtevajo operacije, do kompleksnih fistul, ki zahtevajo proktotomijo in stalno stomo. Multicentrična randomizirana raziskava PISA je proučevala tri uveljavljene strategije zdravljenja – v eni skupini so bolniki imeli odstranjen seton 6 tednov po pričetku zdravljenja z biološkimi zdravili, v drugi skupini so imeli seton odstranjen po letu dni, v tretji skupini pa so imeli napravljeno kirurško zaporo fistule 8–12 tednov po pričetku zdravljenja z biološkimi zdravili z operacijo LIFT ali z endorektalnim režnjem, pri operaciji je bil seton odstranjen (8). Raziskava je bila predčasno prekinjena, saj je imela druga skupina, bistveno več dodatnih intervencij (8). Izsledki raziskave so, da dolgotrajno zdravljenje samo s setonom ni superiorno, temveč celo inferiorno ostalima načinoma zdravljenja (8).

Vedno, ko se v stroki pojavijo nove metode zdravljenja, je potrebna previdnost pri interpretaciji rezultatov. Enako pri uvajanju novih metod zdravljenja perianalnih fistul ugotavljamo tipičen vzorec, ki se ponavlja – prvi rezultati so zelo dobri, morda celo boljši od konkurenčnih metod zdravljenja, vendar kasnejše raziskave iz drugih centrov ne uspejo reproducirati istih rezultatov. Ali bodo nove metode zdravljenja fistul imele boljše rezultate kot že uveljavljene metode bomo tako še videli v prihajajočih rezultatih raziskav.

ZAKLJUČEK

Zdravljenje perianalnih fistul pri Crohnovi bolezni mora biti ukrojeno posameznemu bolniku, vsekakor pa je nujna interdisciplinarna obravnava. Uveljavljeni kirurški posegi so vstavitve setona, fistulotomija, operacija LIFT ter konstrukcija endorektalnega režnja. Fistule pogosto bolnike dolgoročno spremljajo, nekateri bolniki pa trpijo tudi zaradi težav z inkontinenco ali pa so primorani živeti s stomo.

Literatura

1. Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County. *Minnesota Gastroenterol.* 2002; 122 (4): 875-880. doi: 10.1053/gast.2002.32362.
2. Munster LJ, Mönnink GLE, van Dieren S, et al. Fistulizing perianal disease as a first manifestation of Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2024; 13 (16): 4734. doi: 10.3390/jcm13164734.
3. Singh S, Ding NS, Mathis KL, et al. Systematic review with meta-analysis: faecal diversion for management of perianal Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42 (7): 783-792. doi: 10.1111/apt.13356.
4. Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J, et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: surgical treatment. *J Crohn's Colitis* 2024; 18 (10): 1556-1582. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae089.
5. Bemelman WA, Warusavitarne J, Sampietro GM, et al. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease. *J Crohn's Colitis* 2018; 12 (1): 1-16. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx061. PMID: 28498901.
6. Faucheron JL, Saint-Marc O, Guibert L, et al. Long-term seton drainage for high anal fistulas in Crohn's disease—a sphincter-saving operation? *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (2): 208-211. doi: 10.1007/BF02068077.
7. Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, et al. Seton treatment of high anal fistulae. *Br J Surg* 1991; 78 (10): 1159-1161. doi: 10.1002/bjs.1800781004
8. Wasmann KA, de Groof EJ, Stellingwerf ME, et al. Treatment of perianal fistulas in Crohn's disease, seton versus anti-TNF versus surgical closure following anti-TNF [PISA]: a randomised controlled trial. *J Crohn's Colitis* 2020; 14 (8): 1049-1056. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaa004
9. Soltani A, Kaiser AM. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2010; 53 (4): 486-495. doi: 10.1007/DCR.0b013e 3181ce8b01.
10. Colombel JF, Garcia Olmo D, Chen ST, et al. Darvadstrocel in Patients With Crohn's Disease With Complex Perianal Fistulas: The ADMIRE CD II Phase 3 Randomized Trial. *Gastroenterology* 2026; S0016-5085(26)00024-7. doi: 10.1053/j.gastro. 2025. 12.033.
11. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BC, et al. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 125 (5): 1508-1530. doi: 10.1016/j.gastro. 2003. 8. 2025.