

# Nitroglycerinsalva skonsam behandling av analfissur

Kirurgi kan ge permanent skada på den interna analsfinktern

**P**rimär analfissur är ett tillstånd som karakteriseras av kraftiga defekationssmärter, en dov anal smärta under flera timmar efter defekation samt ibland en sparsam ljus anal blödning.

Etiologin är ej helt säkerställd. En hypotes är att åkomsten initieras av ett analt trauma, vanligen passage av feces. Den då uppkomna akuta fissuren kan sedan övergå i en kronisk form som underhålls av en reflektorisk anal spasm, vilken ger ytterligare traumatisering av analkanalen vid defekation: en ond cirkel uppkommer.

En annan hypotes är att fissuren är ischemisk och orsakas av en relativ avsaknad av kärl dorsalt i anus med ytterligare reduktion av blodflödet när det anala trycket ökar [1]. Fissurer kan också ses sekundärt till Mb Crohn, vid HIV-infektion samt i anslutning till tumörer, men lokaliseringen avviker då ofta från den typiska dorsala som vanligen föreligger vid primär fissur. På senare tid har också diskuterats en form av fissur som ej är förenad med spasm i den interna analsfinktern.

## Behandling akut

Den akuta fissuren behandlas bäst med mjukgörande av feces samt en smörjande och anesteserande salva. Först när denna behandling misslyckas kan mer aktiva åtgärder övervägas. En sedan länge känd behandling är anal dilatation, s k »dilatation forcée», som innebär en kraftig vidgning av analkanalen under narkos eller regional bedövning. Härvid upphävs den anala spasmen, vilket brukar ge en relativt snabb läkning av fissuren [2]. Problemet med denna behandling är det kraftiga trauma



**Kronisk analfissur** lokaliserad dorsalt och synlig vid manuell retraktion.

som åsamkas den interna analsfinktern (IAS). Analt ultraljud efter dilatation forcée har visat att totala rupturer av den interna analsfinktern ej sällan föreligger [3]. Anal inkontinens i varierande grad har också rapporterats efter denna behandling [4].

## Sfinkterotomi introduceras

För att reducera IAS-tonus på ett mer precist sätt introducerades sfinkterotomi, som initialt utfördes dorsalt, dvs i själva fissuren [5]. Metoden förfinades av Notaras, som på 1970-talet beskrev den subkutana laterala sfinkterotomin [6]. Denna operation utförs via ett centimeterlångt snitt omedelbart lateralt om anus. Via detta snitt utvecklas ett intersfinkteriskt plan. Den interna analsfinktern delas sedan med skalpell från sin nedre begränsning upp till linea dentata. Effekten är även här en reduktion av IAS-tonus och läkning av fissuren.

På senare tid har uppmärksammats

## Författare

WILHELM GRAF

docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

att defekter i kontinensen förekommer även efter sfinkterotomi [7]. En randomiserad studie avseende subkutan lateral sfinkterotomi versus dilatation forcé kunde ej säkerställa någon skillnad mellan metoderna varken i effekt eller bieffekter [8]. Det finns också patientgrupper där en delning av den interna analsfinktern ter sig direkt olämplig, t ex äldre patienter med svag sfinkter samt kvinnor efter förlossningstrauma.

## Glycerylnitrat i salvform

För att undvika permanent skada på den interna analsfinktern har nyligen behandling av anala fissurer med glycerylnitrat i salvform (NG-salva) föreslagits [9]. Stimulering av nitroglycerinreceptorer i sfinktern ger en relaxation, vilken medför en kraftig reduktion av det anala vilotrycket [10] med en duration på mellan fyra och sex timmar. Den dominerande biverkningen är huvudvärk, vilken är dosberoende och brukar avta efter en tids behandling. Behandlingen ges som en lokal applikation fyra till sex gånger dagligen under sex till åtta veckor.

Med denna behandling har läkning uppnåtts hos uppemot 60–80 procent av patienter med fissur [11]. I en liten kontrollerad studie där NG-salva jämfördes med sfinkterotomi uppnåddes likvärdiga resultat, dvs läkning hos 80–100 procent av patienterna [12]. Eftersom IAS-tonus efter behandlingens utsättande restitueras kan man förmoda att det finns en viss recidivrisk. Det ter sig därför motiverat att undanröja eventuella utlösande moment, t ex obstipation.

Även om behandling med NG-salva innebär en viss recidivrisk är det ett klart framsteg att kunna erbjuda patienterna en i jämförelse med sfinkterdestruktion ofarlig behandling. Vid återfall kan sannolikt en ny behandlingsomgång med NG-salva prövas. Om mer än hälften av patienterna med kronisk analfissur kan slutbehandlas på detta

*Även om behandling med NG-salva innebär en viss recidivrisk är det ett klart framsteg att kunna erbjuda patienterna en i jämförelse med sfinkterdestruktion ofarlig behandling. Vid återfall kan sannolikt en ny behandlingsomgång med NG-salva prövas. Om mer än hälften av patienterna med kronisk analfissur kan slutbehandlas på detta sätt behöver endast en liten grupp med särskilt besvärlig fissur genomgå kirurgisk behandling.*

sätt behöver endast en liten grupp med särskilt besvärlig fissur genomgå kirurgisk behandling.

NG-salva kan också finna användning i andra situationer när en reduktion av IAS-tonus är önskvärd, som t ex vid postoperativ anal smärta eller vid strangulerande hemorrojder.

## Referenser

1. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow: the vascular pathogenesis of anal fissure. *Gut* 1993; 34 (suppl 1): S25.
2. Goligher JC. An evaluation of internal sphincterotomy and simple sphincter stretching in the treatment of fissure-in-ano. *Surg Clin North Am* 1965; 42: 1299-304.
3. Speakman CT, Burnett SJ, Kamm MA, Bartram CI. Sphincter injury after anal dilatation demonstrated by anal endosonography. *Br J Surg* 1991; 78: 1429-30.
4. Snooks S, Henry MM, Swash M. Faecal incontinence after anal dilatation. *Br J Surg* 1984; 71: 617-8.
5. Eisenhammer S. The surgical correction of chronic anal (sphincteric) contracture. *S Afr Med J* 1951; 25: 486-9.
6. Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy; a technique and results. *Br J Surg* 1971; 58: 96-100.
7. Khubchandani IT, Read JF. Sequele of internal sphincterotomy for chronic fissure-in-ano. *Br J Surg* 1989; 76: 431-4.
8. Olsen J, Mortsen PE, Peterson K, Christiansen J. Anal sphincter function after treatment of fissure-in-ano by lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation, a randomized study. *Int J Colorectal Dis* 1987; 2: 46-8.
9. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RKS. »Reversible chemical sphincterotomy» by local application of glyceryl nitrate. *Br J Surg* 1994; 81: 1386-9.
10. Lund JN, Armitage NC, Scholefield JH. Use of glyceryltrinitrate ointment in the treatment of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 776-7.
11. Bacher H, Mischinger HJ, Werkgartner G, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Pfeifer J et al. Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 840-5.
12. Oettle GJ. Glyceryltrinitrate vs sphincterotomy for treatment of chronic fissure-in-ano: a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1318-20.