

การผ่าตัด Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) ในผู้ป่วยฝีคัณฑสูตร

อมรชัย กริชนิกรกุล พ.บ.

แพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี Ligation of the intersphincteric fistula tract เป็นการรักษาวิธีใหม่สำหรับฝีคัณฑสูตร ซึ่งเป็นวิธีที่ preserve anal sphincter เพื่อลดการเกิด anal incontinence และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่น้อย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี Ligation of the intersphincteric fistula tract

รูปแบบการศึกษา: Retrospective observational study

ผู้ป่วยและวิธีการ: เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและระเบียนบันทึกในผู้ป่วยฝีคัณฑสูตรที่ผ่าตัดด้วยวิธี Ligation of the intersphincteric fistula tract ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2558 จำนวน 35 ราย นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ ค่าเฉลี่ยข้อมูล (Mean) และคำนวณเปรียบเทียบค่าร้อยละ เปรียบเทียบกับผลการศึกษาในอดีตของ review literatures ในอดีต

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด 35 ราย อายุเฉลี่ย 35 ปี เป็นชนิด low transphincteric type 32 ราย ชนิด high transphincteric type 3 ราย ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.9 วัน ระยะเวลาติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย 9 เดือนพบอัตราการหาย 31 ราย (ร้อยละ 88.6) การกลับเป็นซ้ำ 4 ราย (ร้อยละ 11.4) ไม่พบการเกิด anal incontinence

คำสำคัญ: Fistula-in-ano, ligation of intersphincteric fistula tract, recurrent fistula-in-ano, anal incontinence

Abstract: Ligation of intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano (LIFT)

Amornchai Kritnikornkul. M.D.

Senior Professional Doctor, Department of Surgery, Nakhonping Hospital

Background: Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) is the new technique for treatment fistula-in-ano that is a sphincter-preserving procedure.

Objective: To study success rate and anal incontinence of LIFT for fistula-in-ano.

Study design: Retrospective observational study

Patients and method: A retrospective observational study in thirty five fistula-in-ano patients with LIFT operation from January 2011 to January 2015.

Results: Primary healing rate was achieved in 31 out of 35 patients (88.6%). None had anal incontinence.

Conclusion: Ligation of intersphincteric fistula tract is simple method and high success rate with safe anal sphincter function

Key words: Fistula-in-ano, ligation of intersphincteric fistula tract, recurrence fistula-in-ano, anal incontinence

ความเป็นมา

โรคฝีคัณฑสูตรหมายถึงโรคที่พบการติดเชื้อเรื้อรังที่ทวารหนักเกิดเป็นรูด้านในทวารหนักและพบทางเชื่อมต่อด้านในของทวารหนักกับผิวหนังโรคฝีคัณฑสูตรเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบในกลุ่มโรคติดเชื้อทางทวารหนักร้อยละ 26-38^(1,2) สาเหตุเชื่อว่าเกิดจาก cryptoglandular infection^(3,4) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽⁵⁾ ฝีคัณฑสูตรแบ่งเป็นชนิดตาม Parks classification⁽⁶⁾ เป็น 4 ชนิดคือ intersphincteric type, transphincteric type, suprasphincteric type และ extrasphincteric type

การรักษาฝีคัณฑสูตรมีเป้าหมายหลักคือหายจากโรคไม่พบการกลับเป็นซ้ำและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ incontinence ในการศึกษาพบการกลับเป็นซ้ำ 5.5-17% และพบภาวะ incontinence 6-45%⁽⁷⁾ การผ่าตัดมีหลายวิธีได้แก่ fistulotomy, fistulectomy, fibrin glue, advancement rectal flap ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการผ่าตัดที่ดีที่สุดเนื่องจากแต่ละวิธีมีผลการรักษาและพบภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

การผ่าตัดวิธีใหม่โดยการผ่าตัดวิธี ligation of intersphincteric fistula tract^(8,9) มีหลักการที่สำคัญคือ secure closure of internal opening และ remove cryptoglandular infected tissue ทาง intersphincteric plane ซึ่งเป็นวิธีผ่าตัดที่ทำได้ง่ายและสามารถเก็บ anal sphincter ได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน incontinence

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี Ligation of the intersphincteric fistula tract

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective observational study ในผู้ป่วยฝีคัณฑสูตรที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี ligation of intersphincteric fistula

tract ระหว่างเดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนมกราคม 2558 สืบค้นข้อมูลการผ่าตัดจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนครพิงค์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การเลือกผู้ป่วยโดยเลือกผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยผ่าตัดฝีคัณฑสูตรมาก่อน โดยวิธีการผ่าตัดมีขั้นตอนดังนี้คือ

1. identify internal opening โดยใช้เข็มฉีดยาผ่าน external opening
2. ใช้ไฟฟ้าเปิดที่ intersphincteric groove
3. Identify intersphincteric fistula tract ตามแนว intersphincteric plane
4. ฉีดน้ำเพื่อยืนยัน fistula tract และใช้ 3/0 absorbable suture เย็บ fistula tract ทั้งสองข้าง
5. remove fistula tract ที่อยู่ระหว่าง suture ออก
6. ฉีดน้ำเพื่อทดสอบว่าเย็บปิด fistula tract ได้ดี
7. curette infected tissue ออกทาง external opening
8. เย็บปิดแผลด้วย absorbable suture 3/0

การประเมินการรักษาหายที่แผลผ่าตัดและรู fistula tract ปิดไม่มี discharge ระยะเวลาติดตามผู้ป่วยทุก 2, 4, 6, 8 สัปดาห์ และทุก 3 เดือน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 35 ราย อายุเฉลี่ย 35 ปี เพศชายร้อยละ 80 ทุกรายไม่เคยได้รับการผ่าตัดฝีคัณฑสูตรมาก่อน ระยะเวลาการติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย (mean) 9 เดือน (range 7-16 เดือน) เป็น low transphincteric type 32 ราย (91.4%) high transphincteric type 3 ราย (8.6%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LIFT ระหว่างมกราคม พ.ศ.2554-มกราคม พ.ศ.2558 จำนวน 35 ราย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	9	25.7
30-39	18	51.4
40-49	5	14.3
50-59	3	8.6
เพศ		
ชาย	28	80
หญิง	7	20
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	2	5.7
ความดันโลหิตสูง	6	17.1
ชนิดฝีคัณฑสูตร		
Low transphincteric type	32	91.4
High transphincteric type	3	8.6

พบอัตราการหายที่เวลาเฉลี่ย (mean) 4 สัปดาห์ (range 3-6 สัปดาห์) มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 4 ราย คิดเป็น 11.4% โดยการกลับเป็นซ้ำนั้นรวมถึงกรณีที่ไม่หายตั้งแต่หลังการผ่าตัดครั้งแรกและทุกรายที่เป็นซ้ำ

ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Fistulotomy ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี LIFT พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 1 ราย คือ anal fissure ไม่พบภาวะแทรกซ้อน anal incontinence (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Bleeding	0	0
Anal fissure	1	2.8
Incontinence	0	0

วิจารณ์

โรคฝีคัณฑสูตรเป็นโรคที่พบว่ามีผลการรักษาที่กลับเป็นซ้ำและพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ anal incontinence ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันมีการรักษาหลากหลายวิธี ได้แก่ Fistulotomy, Setontechinque Fistulectomy, Flap repair, Fibrin glue ซึ่งมีผลการรักษาที่แตกต่างกัน โดยวิธีผ่าตัด Fistulotomy เหมาะสมกับการผ่าตัดในกรณีที่เป็น simple low fistula เนื่องจากทำได้ง่ายและผลของการเกิด anal incontinence น้อย ส่วนกรณีที่เป็น high complex fistula มีการใช้วิธีผ่าตัดหลายแบบขึ้นอยู่กับประสบการณ์แพทย์ผ่าตัดซึ่งในปัจจุบันได้แก่ Flap

repair, Fibrin glue, Setontechinque ซึ่งมีรายงานผลการรักษา recurrence rate 0 – 32% และ อัตราการเกิด incontinence 0 – 63%

การผ่าตัดวิธี LIFT เป็นการผ่าตัดวิธีใหม่ซึ่งมีข้อแตกต่างจากการผ่าตัดแบบเดิมคือสามารถ preserve anal sphincter ทำให้ลดการเกิดภาวะ anal incontinence มีการศึกษาผลการผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี LIFT พบว่า success rate 40-94%⁽¹⁵⁾ (ตารางที่ 3) และในหลายการศึกษาพบว่าไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน anal incontinence⁽¹⁵⁾

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี LIFT

งานวิจัย	จำนวนผู้ป่วย (คน)	Success rate (%)
อรุณ โรจนสกุล ⁽⁸⁾	18	94.4
Shanwani et al. ⁽¹⁰⁾	45	82.2
Tan et al. ⁽¹¹⁾	93	86.0
Abcarian et al. ⁽¹²⁾	40	74.0
Liu et al. ⁽¹³⁾	38	61.0
Van Onkelan et al. ⁽¹⁴⁾	22	82.0
อมรชัย กริชนิกรกุล	35	88.6

อย่างไรก็ดีเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษา retrospective observational study และจำนวนผู้ป่วยไม่มากจึงมีข้อจำกัดของการศึกษา แต่ผลการรักษาได้ผลลัพธ์ที่ดีและพบภาวะแทรกซ้อนต่ำสามารถใช้เป็นแนวทางรักษาในผู้ป่วยฝีคัณฑสูตรได้ดี

สรุป

การผ่าตัดฝีคัณฑสูตรด้วยวิธี Ligation of the intersphincteric fistula tract มีผลการผ่าตัดที่ดี อัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำและไม่พบภาวะ anal incontinence

เอกสารอ้างอิง

1. RamanujamPS,PrasadML,AbcarianH,Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum.1984;27:593-7.
2. Vasilevsky CA, Gordon PH.The incidence of recurrent abscess or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum. 1984;27:126-30.
3. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J. 1961;1:463-9.
4. Eisenhammer S. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. SurgGynecol Obstet. 1956;103:501-6.
5. SainioP.Fistula-in-ano ina defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann ChirGynaecol. 1984;73:219-24.
6. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ani. Br J Surg. 1976;63:1-12.
7. GordonH. Anorectal abscess and fistula-in-ano.Principles and practice of surgery for the colon,rectum and anus.(2nd ed.).St Louis:Missouri;1999.p 241-86.
8. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving for fistula-in-ano;the ligation of intersphincteric fistula tract. J Med Assoc Thai.2007;90:581-5.
9. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. Tech Coloproctol. 2009;13:237-40.
10. Shanwani A, Nor AM, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 2010;53:39-42.
11. Tan KK, Tan ij, Lim FS, KohDC,Tsang CB. The anatomy of failures following the ligation of the intersphincteric tract technique for anal fistula: a review of 93 patients over 4 years.
12. Abcarian AM, Estrada JJ,Park J, et al. Ligation of intersphincteric fistula tract: early results of a pilot study. Dis Colon Rectum. 2012;55:778-82.
13. Liy WY, Abouljian A, Kaji AH, Kumar RR. Long-tern results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 2013;56:343-7.
14. Van RS, Hosselink MP, Schouten WR. Ligation of the intersphincteric fistula tract in low transsphincteric fistula: a new technique to ovoid fistulotomy. Colorectal Dis 2013;15:587-91.
15. Murugesan J, Mor I, Fulham, et al. Systematic review of efficacy of LIFT procedure in cryptoglandular fistula-in-ano. J Coloproctol 2014;34:109-19.