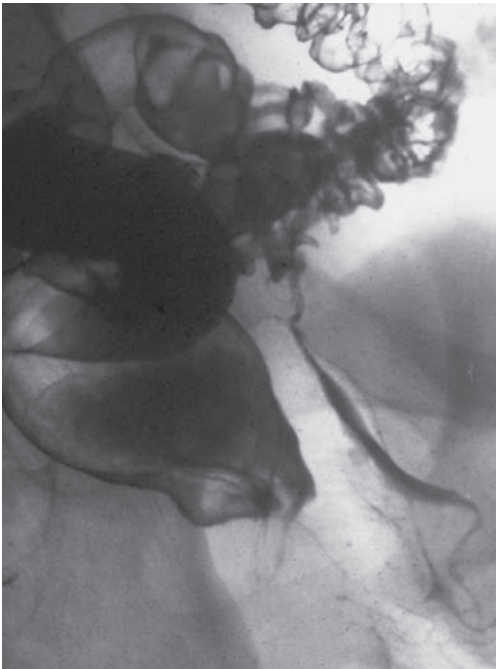


W razie punktu ognisk zapalnych, będących miejscem wyjścia przetoki, położonych poza odbytem i odbytnicą (uchyłki jelita grubego – **ryc. 9.15** – choroba Leśniowskiego-Crohna, narządy płciowe) ich usunięcie jest naturalnym warunkiem wyleczenia przetoki; miejscowo wystarcza wówczas szeroki drenaż w kierunku dystalnym. W razie narastania objawów zapalnych choroby z zapaleniem otrzewnej dolnej części brzucha należy wykonać laparotomię i zdrenować zatokę Douglasa. Proces zapalny w przestrzeni miedniczo-odbytniczej powinno się zawsze zdrenować w kierunku dystalnym.

Z powodu konieczności podejmowania skomplikowanych decyzji terapeutycznych, leczenie tego typu przetok powinno się znajdować w rękach bardzo doświadczonego lekarza.



**Ryc. 9.15** Przetoka miedniczo-odbytowa w przebiegu zapalenia uchyłków jelita grubego (zdjęcie rentgenowskie po podaniu kontrastu do przewodu pokarmowego). Wyraźnie widoczny jest punkt wyjścia przetoki z jednego z uchyłków jelita grubego, z jej ujściem w okolicy przyodbytywnej.

## Zmiany okołodbytnicze w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna

### Wiadomości ogólne

Szacuje się, że u 40% wszystkich pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna rozwijają się zmiany w okolicy odbytu; dokładne dane epidemiologiczne w tym zakresie nie są jednak dostępne. W obliczu zwiększającej się częstości rozpowszechnienia tego schorzenia, przeważnie ujawniającego się u młodych osób, bez wyraźnego zwiększenia się ryzyka zgonu (współczynnika śmiertelności), należy oczekiwać zdecydowanego wzrostu częstości występowania choroby Leśniowskiego-Crohna i zauważalnego wzrostu częstości zmian okołodbytniczych. Przy tym zwiększa się w sposób ciągły prawdopodobieństwo rozpoznania choroby w miarę przesuwania się miejsca manifestacji jelitowej, począwszy od 20% przypadków zajęcia końcowego odcinka jelita cienkiego (krętego) aż do 100% przypadków zajęcia odbytnicy.

▶ W blisko 1/3 przypadków pojawiają się zmiany okołodbytnicze, w niektórych sytuacjach po wielu latach od wystąpienia pierwszych objawów jelitowych.

Zasadniczo mamy do czynienia ze zmianami o charakterze ropni i przetok, często z owrzodzeniami o podminowanych brzegach, a częściowo z monstrialnie przerośniętymi fałdami anodermi, przerośniętymi brodawkami odbytowymi, tworzeniem mostków skórnych, zwężeniami i zapaleniem skóry w okolicy odbytu (**ryc. 9.16, tab. 9.1**).

Wskutek występowania procesów destrukcyjnych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna lub w wyniku przeprowadzonych operacji może dochodzić do pojawienia się objawów nietrzymania stolca (inkontynencji). Jednakże zupełnie nie tak rzadko istnieje obniżone napięcie zwieraczy odbytu, bez współistniejących cech inkontynencji, a co jest przy tym bardzo zdumiewające, to fakt, jak dobrze wiele osób chorych radzi sobie z utrzymywaniem zdolności do trzymania stolca, mimo narastających utrudnień z powodu wydalenia luźnego stolca i ograniczeniem wydolności