

Anale fistel

Algemene en Abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Wat is een anale fistel?	4
2 Behandelingsmogelijkheden	5
2.1 Fistulotomie	6
2.2 Drainerende seton	6
2.3 Cutting seton	7
2.4 LIFT (Ligation of Intersfincteric Fistula Tract)	7
2.5 Advancement flap	9
3 Vragen	11
3.1 Kosten	11
3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)	12
4 Contactgegevens	13

1 WAT IS EEN ANALE FISTEL?

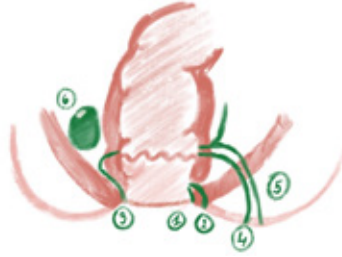
Een anale fistel ontstaat vanuit een anaal abces: de slijmklieren ter hoogte van het anale kanaal ontsteken en de etter zoekt zich een weg naar buiten toe. In een eerste tijd ontwikkelt zich een ophoping van etter of ‘abces’ dat zich meestal een weg baant tot aan de huid rondom de anus. Meestal is de verbinding van dit abces met de binnenste slijmklier tegen die tijd reeds verdwenen en betreft het een eenvoudig peri-anaal abces. Echter, in een derde van de gevallen blijft er een kanaal bestaan tussen de huid en het anale kanaal, wat men een anale fistel noemt.

De patiënt meldt zich typisch in het stadium van het peri-anaal abces: een pijnlijke, rode zwelling rondom de anus. Soms is deze reeds spontaan gebarsten of geeft deze af en toe wat vuil vocht.

Meestal is een anale fistel geen uiting van een groter onderliggend probleem, maar louter een uit de hand gelopen abces. Bepaalde aandoeningen zoals de ziekte van Crohn of andere ontstekingsziekten zijn echter berucht om hun anale fistulisatie. In deze gevallen wordt er erg terughoudend omgesprongen met chirurgie, omdat de onderliggende pathologie hier veel hardnekkiger is en vaak zeer goed beantwoordt aan specifieke medicatie.

Er zijn verschillende types van fistel, in volgorde van complexiteit:

- 1) Subcutaan
- 2) Laag transsfincterisch
- 3) Intersfincterisch
- 4) Hoog transsfincterisch
- 5) Complex
- 6) Supralevatorisch abces



2 BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

Dit document bevat algemene informatie over de ingreep die bij jou voorzien is. Bespreek deze informatie met je arts om beter ingelicht te zijn over je persoonlijke situatie. Aarzel niet hem of haar alle nodige vragen te stellen.

De behandeling van een anale fistel of abces is in eerste instantie een goede drainage van de etter, teneinde uitbreiding tussen de sluitspiers te voorkomen. Dit kan enkel door een exploratie onder narcose waarbij het abces wordt ingesneden en gepeild wordt naar een eventueel onderliggend traject naar het anaal kanaal.

Wanneer er een binnenste opening gevonden wordt, spreekt men van een anale fistel. Indien deze fistel slechts heel oppervlakkig verloopt (cfr. tekening hierboven: type 1), intersfincterisch verloopt (type 3) of slechts enkele vezeltjes van de externe sluitspier bevat (type 2), kan er eventueel een directe klieving van de fistel of fistulotomie gebeuren (cfr. 2.1.).

Voor alle andere trajecten zijn er op termijn verscheidene behandelingsopties, zoals een LIFT of advancement flap, maar drainage door middel van een seton is sowieso de eerste stap. (cfr 2.2.)

2.1 Fistulotomie

Dit betekent het klieven van de anale fistel, waarbij het traject eenvoudigweg wordt opengelegd. Dit kan enkel wanneer er geen (belangrijke hoeveelheid) spierweefsel betrokken is, vooral dan van de inwendige sluitspier.

Postoperatief: Deze procedure is achteraf zo goed als pijnloos. De kans op incontinentie is zeer klein, aangezien er normaal geen of amper spierweefsel wordt opgeofferd.

2.2 Drainerende seton

Hierbij wordt onder narcose het fisteltraject opgespoord en hierdoor een elastiekje geplaatst en uitwendig aan mekaar geknoopt. Hiermee krijgt het fisteltraject de kans om zich te 'ledigen', te verlittekenen en het weefsel rondom hiermee terug te doen afkoelen. De abcesholte wordt gespoeld en indien nodig, wordt er een tip van een kompres in achtergelaten.

Postoperatief is er meestal nood aan wondzorg ter hoogte van het voormalige abces door middel van dagelijkse spoelingen met Iso-betadine® en een kompres of wiek. Van de seton zelf heeft men doorgaans weinig last.

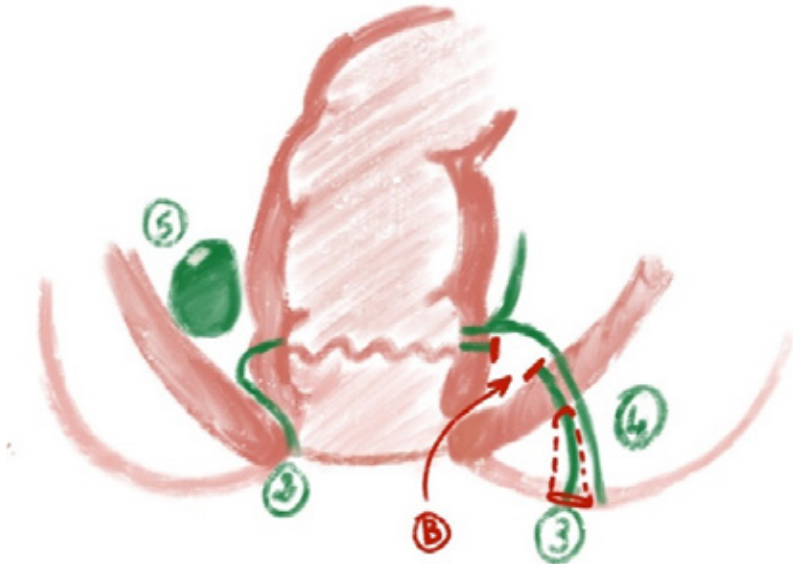
De seton blijft meestal minstens 3 maanden aanwezig vooraleer er sprake kan zijn van een volgende therapeutische stap. Normaliter kan je alle sporten en activiteiten hervatten. Wanneer de seton uitvalt, dien je echter wel meteen contact op te nemen om deze te herplaatsen.

2.3 Cutting seton

Als mogelijke behandeling kan men de bovengenoemde drainerende seton beginnen aanspannen. Deze techniek is aangewezen bij zeer lage fistels en beoogt eigenlijk een ‘trage fistulotomie’ waarbij er op lange termijn sprake is van een migratie van de seton naar buiten toe en waarbij het betrokken spierweefsel geleidelijk vervangen wordt door nieuw spier- en littekenweefsel. Deze behandeling gebeurt ambulantly op de raadpleging. Je arts zal je vragen een tweetal uur voordien thuis een pijnstillende zalf aan te brengen. Nadien kan dit de eerste dagen wel pijn geven waarvoor pijnstillers nodig zijn. Een 3 à 4tal sessies volstaan meestal om de fistel te klieven.

2.4 LIFT (Ligation of Intersfincteric Fistula Tract)

Deze methode wordt toegepast bij een fistel die zich doorheen de beide sluitspieren boort (cfr. tekening hierboven hoge transsfincterische fistel (type 4)). Deze fistels kunnen niet zomaar opengelegd worden zonder belangrijk verlies van spierweefsel en aldus kans op incontinentie. De seton dient ten minste 3 maanden aanwezig te zijn om een stevig gefibroseerd traject te bekomen.



Bij deze techniek wordt een insnede gemaakt tussen de beide sluitspiers waarbij het verlittekende traject wordt opgezocht, doorgesneden en de beide eindjes worden afgesloten (pijl B). De insnede wordt terug gesloten en het fistelgedeelte ter hoogte van de huid wordt uitgesneden tot in gezond weefsel.

Postoperatief: Bij deze techniek wordt er een wonde ter hoogte van de buitenste fistelopening gemaakt die met wicken of kompressen verzorgd moet worden, bij voorkeur door een thuisverpleegkundige, gedurende een 2 à 3tal weken. De chirurgische wonde behoeft enkel ontsmetting, tenzij deze zou openvallen.

Een goede hygiëne en naspoelen onder de douche na ontlasting is uiteraard van belang. Omwille van deze reden wordt ook een werkonbekwaamheid voorzien tot de wonden geheeld zijn.

Antibiotica worden een 5-tal dagen thuis doorgegeven

en een restenarm dieet liefst een tweetal weken aangehouden.

Mogelijke complicaties: Deze techniek heeft ongeveer 70% slaagkans, waarbij er af en toe sprake is van het openvallen van de gemaakte incisie. Deze vormt dan de buitenste fistelopening van een nieuwe intersfincterische fistel. Vaak heelt dit alsnog spontaan uit. Wanneer dit traject toch blijft bestaan, kan een eenvoudige fistulotomie (cfr. 2.1.) een oplossing bieden. Bij een volledig recidief kan na voldoende wachten een nieuwe poging gedaan worden met ongeveer hetzelfde slaagpercentage.

Er is een kleine kans op nabloeding, waarvoor zelden een heringreep nodig is.

2.5 Advancement flap

Deze techniek wordt meestal gebruikt bij vrouwen met een anterieure (naar de vagina toe verlopende) fistel of waar bovenstaande LIFT procedure niet mogelijk lijkt of reeds mislukt is. De seton dient ook hier minstens 3 maanden aanwezig te zijn.

Hierbij wordt boven de binnenste fistelopening een flap gemaakt van slijmvlies met een deel van de onderliggende spiervezels die naar beneden wordt geschoven en het gat zal bedekken. (Illustratie C). Hiermee wordt de fistel van binnenuit afgesloten.

Ook bij deze ingreep wordt het fisteltraject zuiver gemaakt en de buitenste fistelopening zo ver mogelijk uitgesneden tot in gezond weefsel.



Postoperatief: Bij deze techniek wordt er een wonde ter hoogte van de buitenste fistelopening gemaakt die met wicken of kompressen verzorgd moet worden, bij voorkeur door een thuisverpleegkundige, gedurende een 2 à 3tal weken. De chirurgische wonde zit binnenin en behoeft geen zorg.

Een goede hygiëne en naspoelen onder de douche na ontlasting is uiteraard van belang. Omwille van deze reden wordt ook een werkonbekwaamheid voorzien tot de wonde geheeld is.

Antibiotica worden een 5-tal dagen thuis doorgegeven en een restenarm dieet liefst een tweetal weken aangehouden.

Mogelijke complicaties: Deze techniek heeft ongeveer 50% slaagkans, waarbij het flapje in de helft van de gevallen toch loskomt en de fistel terugkomt. Er is eveneens een kleine kans op nabloeding, waarvoor zelden een heringreep nodig is.

3 VRAGEN

De informatie in dit document heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Dit document kan echter niet alle aspecten van de chirurgische ingreep bespreken. Indien je nog vragen hebt, stel deze dan gerust aan je arts of chirurg tijdens de raadpleging of op de afdeling waar je opgenomen bent.

3.1 Kosten

Inlichtingen over de kosten van de ingreep, van de onderzoeken, van de raadplegingen en van de ziekenhuisopname kunnen verkregen worden bij de financiële dienst van het ziekenhuis. Je kan je daar ook informeren over het deel van de kosten dat je zelf moet betalen en niet gedekt wordt door het ziekenfonds.

Alle artsen van de dienst algemene en abdominale heekunde opereren aan RIZIV tarieven. Supplementen worden enkel op een eenpersoonskamer aangerekend en bedragen 150%. Het RIZIV nomenclatuurnummer van een fistulotomie is 244451 (dagopname) – 244462 (hospitalisatie). Van de overige (seton, LIFT, advancement flap) is dit 244436 (dagopname) – 244440 (hospitalisatie). Voor een proctologische raadpleging kan een bijdrage voor de materiaalkost van €25 aangerekend worden, voor een ambulante ingreep onder lokale verdoving bedraagt dit €50.

3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)

Voor de aanvang van een medische behandeling is het noodzakelijk dat je als patiënt je toestemming geeft. Je dient dan op voorhand door je arts voldoende geïnformeerd te zijn over onder meer het verloop en eventuele risico's die verbonden zijn aan de behandeling.

Je arts zal je na het gesprek over de behandeling vragen om een document te ondertekenen waarin je erkent in te stemmen met de behandeling na voldoende te zijn ingelicht. Je geeft hiermee te kennen deze informatie begrepen te hebben. Dit document wordt het "informed consent" genoemd.

4 CONTACTGEGEVENS

Abdominaal chirurgen

Dr. Karel Mulier	016 209 885
Dr. Paul Haers	016 209 915
Dr. Sabri Sagaama	016 209 078
Dr. Vicky Drubbel	016 209 230
Dr. Klara Bury	016 209 263
Dr. Sander Ovaere	016 209 338

Secretariaat Algemene Heelkunde

Patricia Vanlangendonck

Jessica Storms

secretariaat.heelkunde@hhleuven.be

Verpleegafdeling

Daghospitaal 1 (route 138)	016 209 254
Heelkunde 1 (route 145)	016 209 311
Heelkunde 2 (route 119)	016 209 257

Spoedgevallendienst

016 209 280

Afspraken dienst

016 209 209

Facturatiedienst

016 209 312

facturatie@hhleuven.be

Opnamedienst

016 209 359

Algemeen nummer

016 209 211

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze publicatie is een uitgave van de dienst(en) Algemene en abdominale chirurgie, in samenwerking met de dienst Communicatie van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven.

- Versienummer: HHL-00022-NL
- Datum van laatste aanpassing: 07-10-2024
- Auteur: Klara Bury
- Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd en/of verspreid zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar, aan te vragen via communicatie@hhleuven.be.

Aarzel niet er ons op te wijzen indien er belangrijke tekortkomingen zijn in deze informatiebrochure of indien er onduidelijke paragrafen zijn.

Heb je na het lezen van deze folder nog vragen,
stel ze dan gerust aan je behandelend arts of een
verpleegkundige.



Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
Naamsestraat 105 - 3000 Leuven
www.hhleuven.be