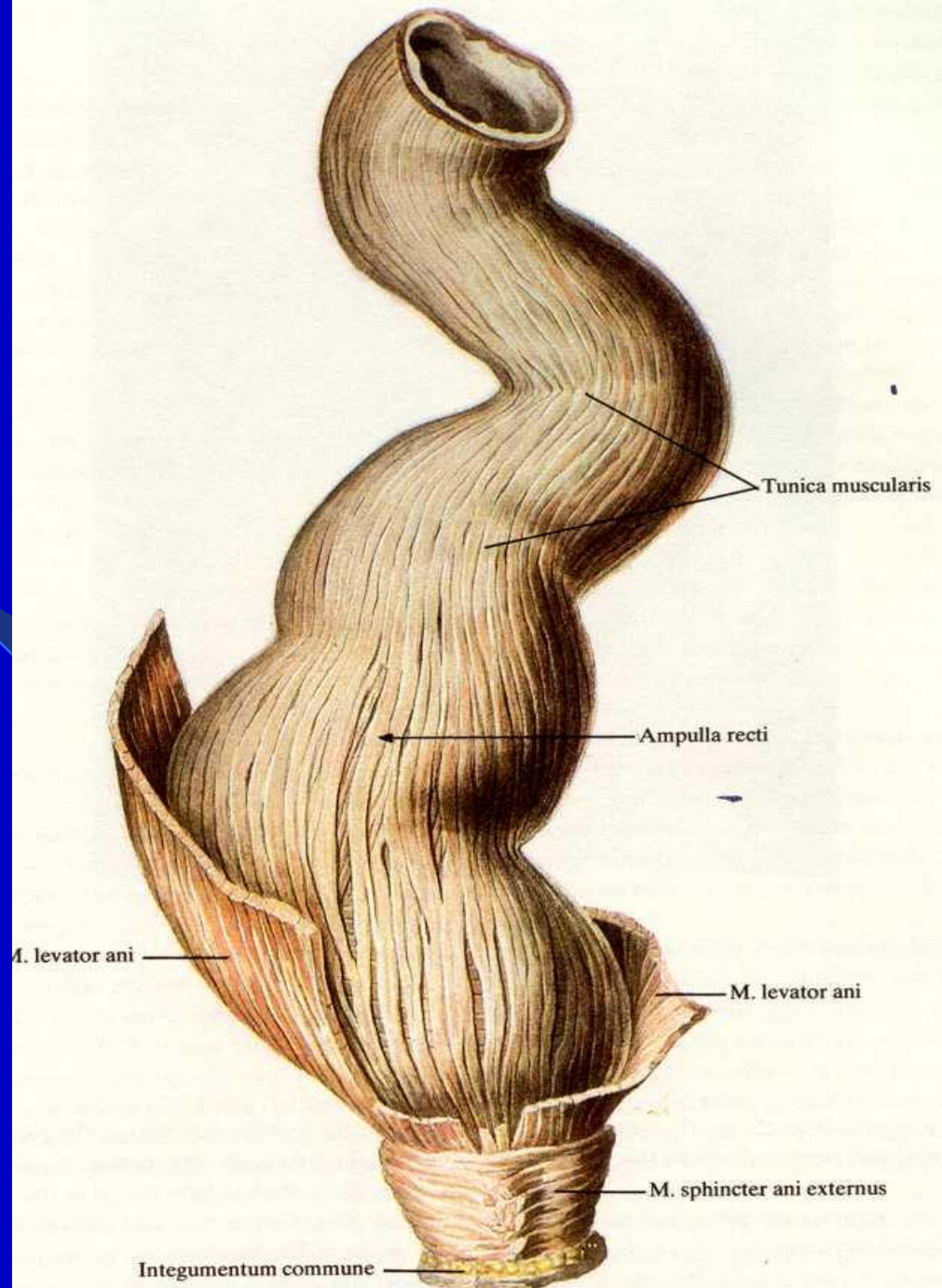


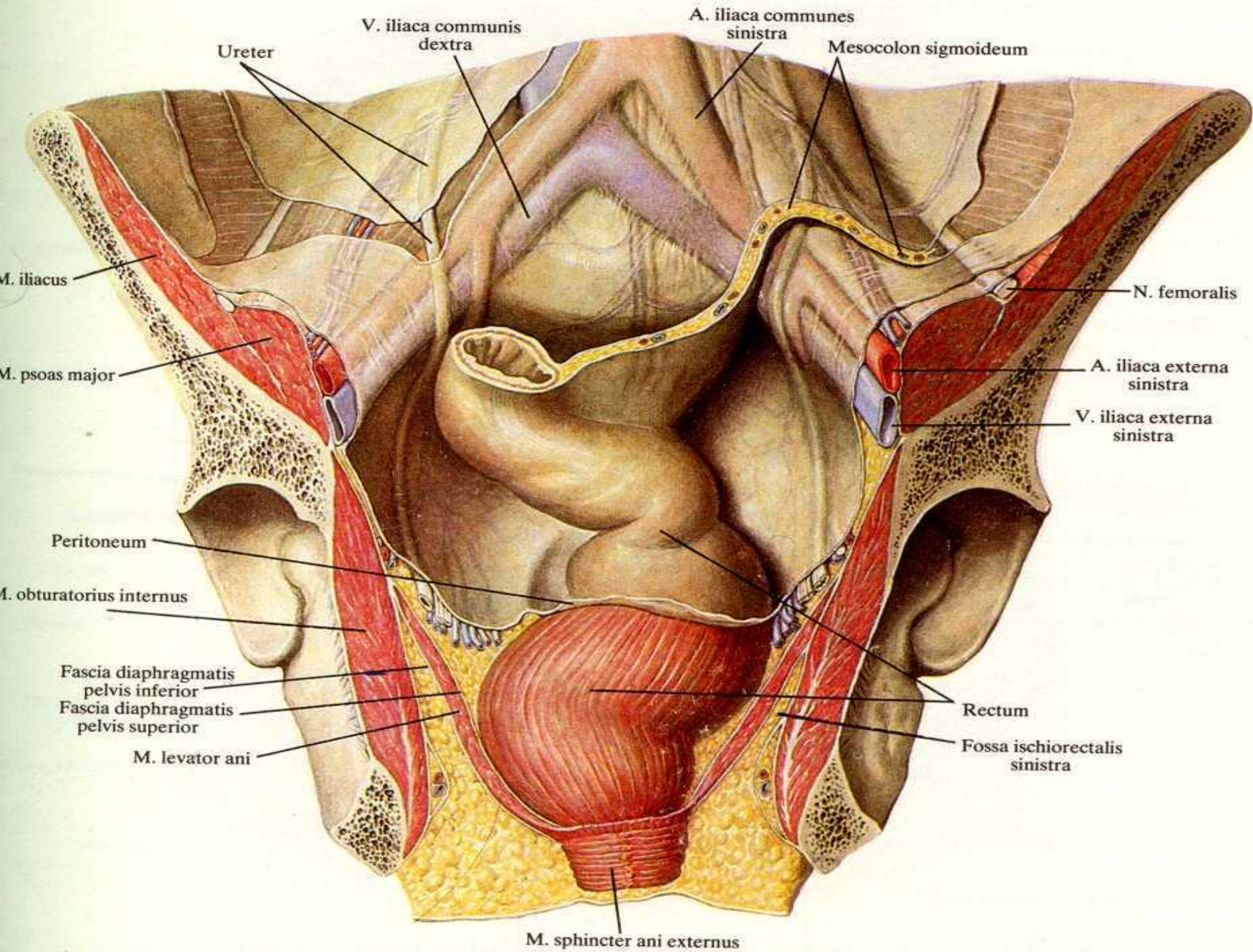
PATOLOGIA CHIRURGICALA A RECTULUI SI ANUSULUI

RECTUL

- ultima portiune a T.D., continua colonul ilio-pelvin.
- se intinde intre v. S3 si linia ano-cutanata, avand o lungime de 15-20 cm. si un calibru variabil (3-7cm.)
- descrie 2 curburi in plan frontal (la stanga, apoi la dreapta) si o curbura in plan sagital urmand concavitatea sacrata.



- **RECTUL -- 3 PORTIUNI :**
- -- 1. JONCTIUNEA RECTO-SIGMOIDIANA
- (RECTUL PERITONEAL)
- -- 2. AMPULA RECTALA (RECTUL PELVIN sau RECTUL SUBPERITONEAL)
- -- 3. CANALUL ANAL
- (RECTUL PERINEAL)



1.RECTUL PERITONEAL (JONCTIUNEA SIGMOIDO-RECTALA)

- lungime de 3-6 cm
- la acest nivel, colonul pierde mobilitatea, bandelele si franjurile epiploice.
- acoperit de peritoneu pe fata anterioara si fetele laterale.
- fata posterioara ramane extraperitoneala in acest punct incepand mezorectul ,ce adaposteste **FURCA HEMOROIDALA MONDOR** (bifurcatia a. hemoroidale sup.)

RAPORTURI :

ANT. V.U.(la barbat) O.G.I. (la femeie),

LAT. -santurile latero-rectale si ureterele.

2.AMPULA RECTALA

-se intinde de la vertebra S3 pana la jonctiunea recto-anala avand 12-15 cm lungime.

-3 portiuni:

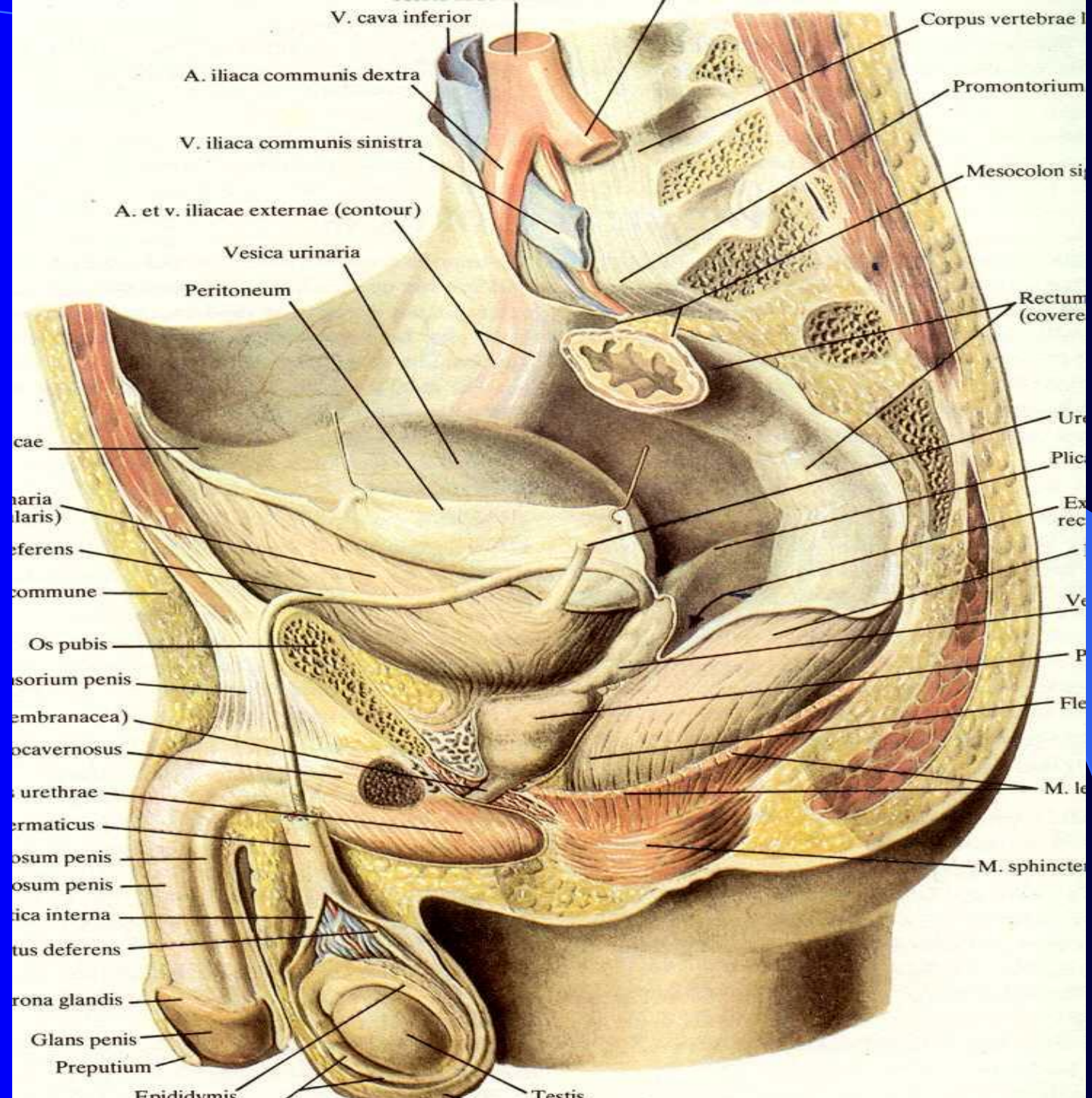
SUPERIOARA- fetele ant. si lat. acoperite de peritoneu

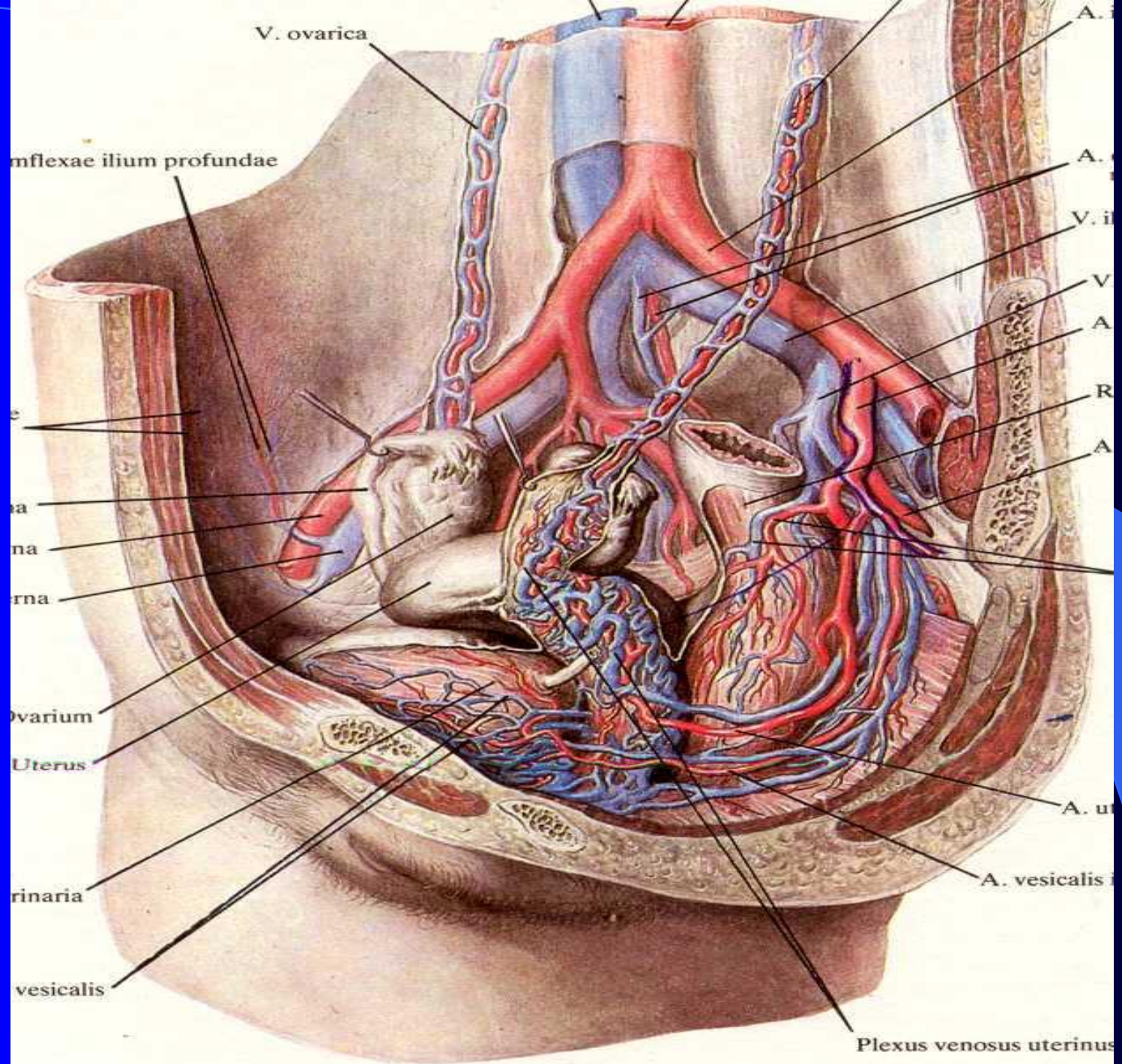
MIJLOCIE-fata ant acoperita de peritoneu;

INFERIOARA subperitoneala, inconjurata de **TEACA FIBROASA A RECTULUI**.

RAPORTURI

ANT: barbat -V.U.; prostata; v. seminal;	- - -	APONEVROZA PROSTATO- PERINEALA DENONVILLERS
femeie -fundul de sac -vaginal+uterul		SEPTUL RECTO- VAGINAL
POST: vv.hemoroidale superioare -vv.presacrate; -plexul hipogastric	- - -	LAT: -ureterele; -aripioarele rectale (vv. hemoroidale mijlocii) ; -r.ant. hipogastrice





3.CANALUL ANAL(RECTUL PERINEAL)

- lungime- 3cm;
- la nivelul mucoasei, la baza coloanelor Morgagni se gasesc papilele anale ce formeaza **CREASTA PECTINEE**
- sub creasta pectinee se percepe o depresiune(**LINIA ALBA HILTON**) care:
 - indica punctul de separare S.I./S.E.;
 - marcheaza locul de insertie a **SEPTULUI TRANSVERS**

RAPORTURI:1.**S.A.E.** -m. voluntar ce inconjura 2/3 distale ale canalului anal.

2.**S.A.I.** –alcatuit din fibre musculare netede inconjura cele 2/3 proximale ale canalului anal;

3.**M. ridicator anal**, cu fasciculele pubo-coccigian, pubo-rectal si ilio-coccigian (cel mai lateral);

● VASCULARIZATIA RECTULUI

1.Arterele:

- **a. hemoroidala superioara**

- ram terminal al mezentericii inferioare

- se bifurca la nivelul rectului peritoneal rezultand 2 ramuri ce se distribuie pe fetele lat. ale rectului

- **a. hemoroidale medii**

- iau nastere din iliaca interna (a. hipogastrica)

- participa la formarea aripioarelor laterale rectale

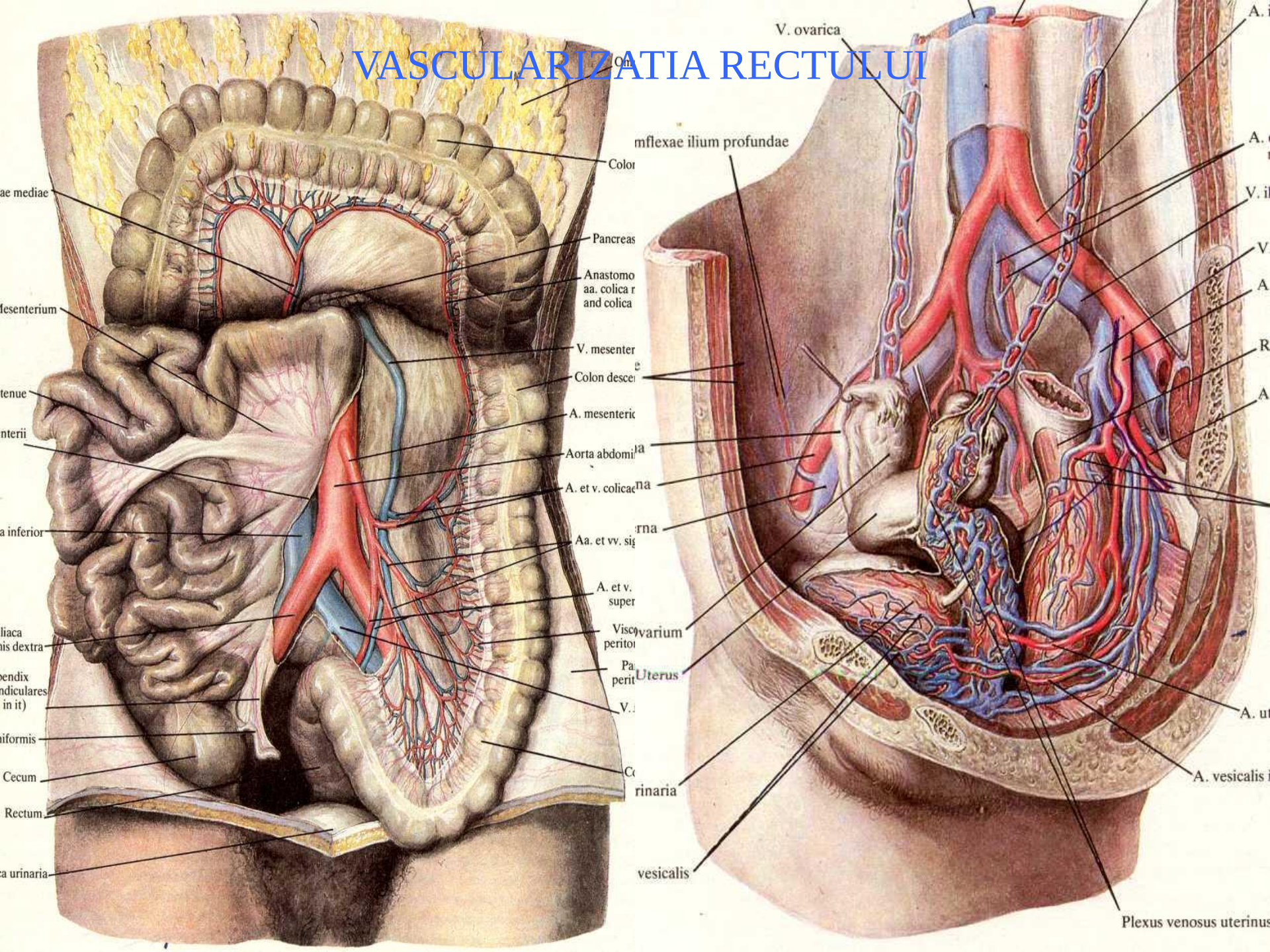
- **a. hemoroidale inferioare**

- ramuri din rusinoasa interna,

- dau ramuri pt. m. obturator, m. canalului anal si sfinctere

- a. sacrata mijlocie** – din peretele posterior al Ao.

VASCULARIZATIA RECTULUI



- **Caracteristicile circulatiei arteriale rectale:**
- **1.**intre a. hemoroidale superioare si mijlocii exista numeroase anastomoze;
- **2.**la nivelul circulatiei intraparietale, anastomozele se produc dupa tipul vertical de ramificatie;
- **3.**s-a demonstrat prin studii angiografice ca ligatura trunchiului a. hemoroidale superioare si mijlocii nu influenteaza debitul arterial al rectului;
- **4.**distributia circulatiei parietale pe circumferinta rectului domina pe cele 2/3 posterioare (astfel se explica cedarea mai frecventa a suturilor pe portiunea antimezorect).

- **VENELE:**drenajul venos se realizeaza printr-o **retea de vene plexiforme, care in regiunea ano-rectala fac jonctiunea dintre sistemele port si cav:**
- **1.plexul hemoroidal superior**-venule submucoase ce se anastomozeaza unindu-se in spatele rectului pentru a forma **v. mezenterica inferioara.**
- **2.plexul hemoroidal mijlociu**-retea venoasa ce se termina in doua sau mai multe vene hemoroidale mijlocii, care trec prin aripioarele laterale golindu-se in **v. iliace interne.**
- **3.plexul hemoroidal inferior**-(cel mai bogat), se deschide in vena rusinoasa interna tributara **v. iliace interne.**

● LIMFATICELE : 3 PLEXURI:

1. **plexul intraparietal**—alcatuit din aglomerari foliculare limfatice submucoase si capilare limfatice;
2. **plexul intermediar**—vase limfatice valvulate ce conecteaza retea limfatica intraparietala cu cea extraparietala.
3. **plexul extraparietal**—3grupe ggl:
 - grup superior**, cu 4 statii:
 - a) peretele posterior al rectului(Gerota);
 - b) la bifurcatia hemoroidalei superioare(Mondor);
 - c) la originea hemoroidalei superioare(Bacon);
 - d) statia recto-sigmoido-colica(la originea colicii stangi);
 - grup mijlociu**-cuprinde ggl. pelvini.
 - grup inferior** – dreneaza in ggl. inghinali.

INFLAMATIILE NESPECIFICE ANO-RECTALE

Inflamatii acute – abcese, flegmoane

Inflamatii cronice – fistule

Au caractere comune etiopatogenice morfologice si clinice

● **Inflamatiile acute**
netratate/incorect tratate   se complica

● **fistule anale cronice,**
-etiologia: relicvatele Hermann si Desfosses → cripte anale
insinuate in grosimea peretelui anal → cavitati retentive,
unde se produce
-staza materiilor fecale,
-exacerbarea multiplicarii microbiene,
-dezvoltarea florei anaerobe

INFLAMATIILE ACUTE ANO-RECTALE

- **ABCESELE ANALE**

- precedate de procese inflamatorii simple: **criptitele si papilitele**, de la nivelul carora **infectia progresa**

- ductele anale**

- relicvatelor glandulare**



- **peretele anal / tes. celulo-conjunctive vecine**

- abcesul – se dezvoltă progresiv

- diseca fibrele musculare ale sfincterului anal

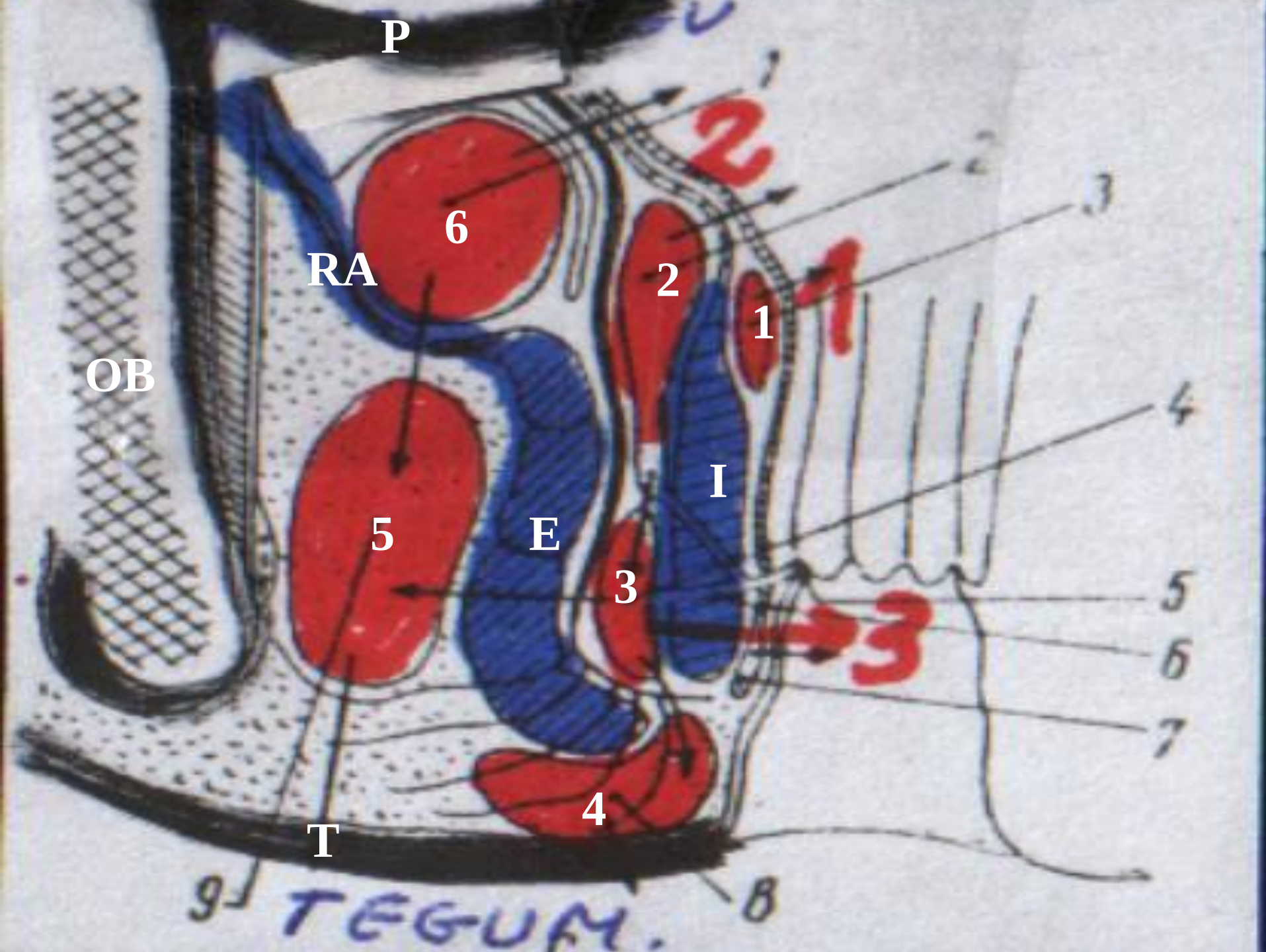
- are tendința la exteriorizare:

- la tegumentul perianal

- in lumenul rectal

- in lumenul anal,

- realizand **fuzee de expansiune piogena**



Tabloul clinic – variaza in functie de topografie:

-Abcesele submucoase

- dureri anale cu caracter pulsatil

-la TR se percepe hipertonia sfincterului anal si tumefacti
dureroasa in canalul anal;

- se pot evacua spontan sau in timpul TR

-Abcesele subcutanate – semnele celsiene clasice

-Abcesele intrasfincteriene

-simptomatologie asemanatoare cu cel submucos.

-tratamentul impune sfincterotomie interna

FLEGMONUL ISCHIORECTAL – supuratie tes. celulo-adipos al fosei ischiorectale avand ca etiologie:

- embolie septica pe cale sanguina sau limfatica;
- criptita;
- fuzarea unui abces perianal.

Tablou clinic:

- febra(39gradeC),
- frisoane,
- alterarea starii generale ,
- dureri perianale intense,
- uneori RAU reflexa

-ex.obiectiv: tumefactie perineala unilaterala cu semne celsiene (bilaterala in flegmoanele “in potcoava”)

- TR: -dureri intense,
- prin peretele lateral al rectului se palpeaza zona bombata fluctuenta (daca punctia extrage puroi - certitudine)

- **FLEGMONUL PELVIRECTAL**

- mai rar intalnit;

- etiologie:**

- -flegmon ischiorectal fuzat superior
- -insamantare hematogena sau limfatica
- -cancer rectal (supuratie peritumorală)
- -fuzeu de la o salpingita supurata
- **Tabloul clinic:** asemanator cu al flegmonului ischiorectal dar mai intens si cu alterarea grava a starii generale
 - frecvent fenomene de tip septicemic si peritonitic
- evolutie:** poate **fistuliza**
 - in rect;
 - in spatiul ischiorectal (dc. nu a provenit din acesta)

TRATAMENTUL ABCESELOR SI FLEGMOANELOR

-Principii generale:

- 1. Tratamentul este exclusiv chirurgical;**
- 2. Incizie larga;**
- 3. Excizia tesuturilor sfacelate;**
- 4. Desfiintarea fuzeelor;**
- 5. Drenajul cu tuburi sau mese hemostatice;**
- 6. Tratamentul corect al supuratiilor acute perianale reduce dar nu exclude riscul instalarii fistulelor perianale**
- 7. Bolnavul trebuie intotdeauna prevenit asupra posibilitatii aparitiei unei fistule**

Fistulele anale

Fistula – traiect constituit din tesut de granulatatie cronica ce face legatura intre 2 epiteli (in cazul fistulelor anale - mucoasa ano-rectala si tegumentul perianal)

Etiopatogenie:

- sunt sechele ale abceselor si flegmoanelor latero-anale;
- alte cauze rare: boala Crohn, colita ulcero-hemoragica, TBC rectal, actinomicoza, bilharzioza, boala Nicolas-Favre.

Clasificare:

1. In functie de numarul orificiilor si traectelor:

- fistule incomplete**(oarbe interne, oarbe externe);
- fistule complete**(2 orificii);
- fistule cu traiect complex**(mai multe orificii si traiecte)

2. In functie de traiect si structurile anatomice interesate:

- fistule perianale**: inalte, joase, in potcoava;
- fistule ischiorectale**: posterioare, anterioare;
- fistule submucoase**(ano-anale):sub- / trans-sfincteriene

- **Diagnosticul pozitiv al fistulelor anale**
- **Anamneza**—confirma existenta unui abces in antecedente
- **Tablou clinic:**
 - scurgeri purulente fetide prin orificiul fistulos extern
 - prurit perianal
- **examenul local:**
 - orificiul fistulos extern, situat in mijlocul unui burjon carnos cu tegumente adiacente eritematoase;
 - la TR, prin comprimarea traiectului fistulos se observa scurgerea de puroi la niv. orificiului extern;
- **Reperarea traiectului fistulos:**
 - cateterizarea orificiului extern cu stilet butonat sau sonda canelata;
 - injectare de albastru de metilen prin orificiul extern;
 - fistulografia cu lipiodol.

- **Tratamentul fistulelor anale**
- **Exclusiv chirurgical**
- **Procedee utilizate:**
- **-FISTULOTOMIA** – deschiderea “a plat” a traiectului fistulos (fistule submucoase si subcutanate);
- **FISTULECTOMIA** – excizia completa a traiectului fistulos (fistulele ischiorectale);
- **SFINCTEROTOMIA INTERNA / EXTERNA**-utilizata in cazul fistulelor transsfincteriene
- **Fistulele complexe impun combinarea acestor metode**
- **In toate cazurile cicatrizarea se face “per secundam”**

Fisura anala

- Def: ulceratie triunghiulara sau ovalara localizata la nivelul comisurii anale posterioare, la baza unui hemoroid (“sentinela”) interesand mucoasa si tegumentul;
- Etiopatogenie:
 - -este stadiul evolutiv al unei tromboze hemoroidale ulcerate;
 - -ulceratia se suprainfecteaza → **tesut de granulatie** ce determina **ridicarea marginilor ulceratiei**,
↓
impiedicand vindecarea.
↑
 - -ulceratia det. **contractura dureroasa si permanenta a sfincterului anal**

- **Clasificare anatomo-patologica:**

- Fisura anala simpla (superficiala)

- Fisura anala complicata (profunda)

- cu marginile ulceratiei ridicate hipertrofice;

- cu sfincterul intern fibrozat si inextensibil;

- asociata de regula cu o fistula subiacenta.

- **Tabloul clinic**

- SINDROMUL FISURAR:**

- durere – in timpul scaunului, senzatie de sfasiere sau arsura, urmata de o perioada de acalmie de 15-30', dupa care reapare cu aceeasi intensitate;

- contractura sfincteriana;

- ulceratie;

- rectoragii la sfarsitul scaunului;

- ex. local:** inspectia - hemoroidul sentinela,

- TR**-hipertonie sfincteriana si durere intensa in punct fix

- senzatie de rugozitate si infiltratie edematoasa a S.A.

● **DIAGNOSTIC DIFERENTIAL**

- -inflamatiile acute ce produc dureri anale;
- -ulceratiile de alta etiologie (lues, cancer anal);
- -af. urogenitale cu iradiere

● **TRATAMENTUL**

- A-**fisurile recente simple** – trat. Medical
 - -laxative usoare;
 - -unguente anestezice;
 - -supozitoare cu glicerina;
 - -bai de sezut calde;
 - -la acestea se asociaza dilatatia anala.
- B-**fisurile vechi, cronice** – trat. Chirurgical – excizia ulceratiei cu sfincterotomie interna
- C-**fisurile asociate cu hemoroizi voluminosi** – se practica si cura hemoroizilor.

BOALA PILONIDALA SACROCOCCIGIANA

- **Af. dobândita, rar congenitală, localizată la nivelul santului interfesier, cu evoluție cronică, trenantă, cu perioade de acutizări cu caracter de supurație acută.**
- **Etiopatogenie** – mai ales la soferi, motocicliști, bicicliști (“boala soferilor de jeep-uri”)
 - reacție inflamatorie granulomatoasă de corp străin la firele de păr adunate în santul interfesier;
 - se supraadauga infecția;
- **Factori favorizanti**
 - igienă defectuoasă la niv. santului interfesier;
 - transpirația abundentă;
 - volumul mare al feselor;
 - microtraumatismele regionale.
- **10% congenitală** datorită unor erori de embriogeneză

- **Forme clinice:**

- **1.- CHISTUL PILONIDAL(7%),** formatiune incapsulata de tesut de granulatie, ramolita central, continand frecvent smocuri de fire de par (cuiburi)
-poate abceda si fistuliza.
- **2.- ABCESUL ACUT PILONIDAL(28%),** tumefactie fluctuenta, relativ bine delimitata, localizata in santul interfesier, asociind semne celsiene.
-poate evolua spontan catre fistulizare.
- **3.- FISTULA CRONICA PILONIDALA(65%),** are aspectul unei supuratii cronice asemanatoare fistulelor perianale
- **TRATAMENT** –exclusiv chirurgical .
-abcesul se trateaza prin incizie si evacuarea colectiei
-chistul+fistula-excizia in tesut sanatos +/- sutura primara

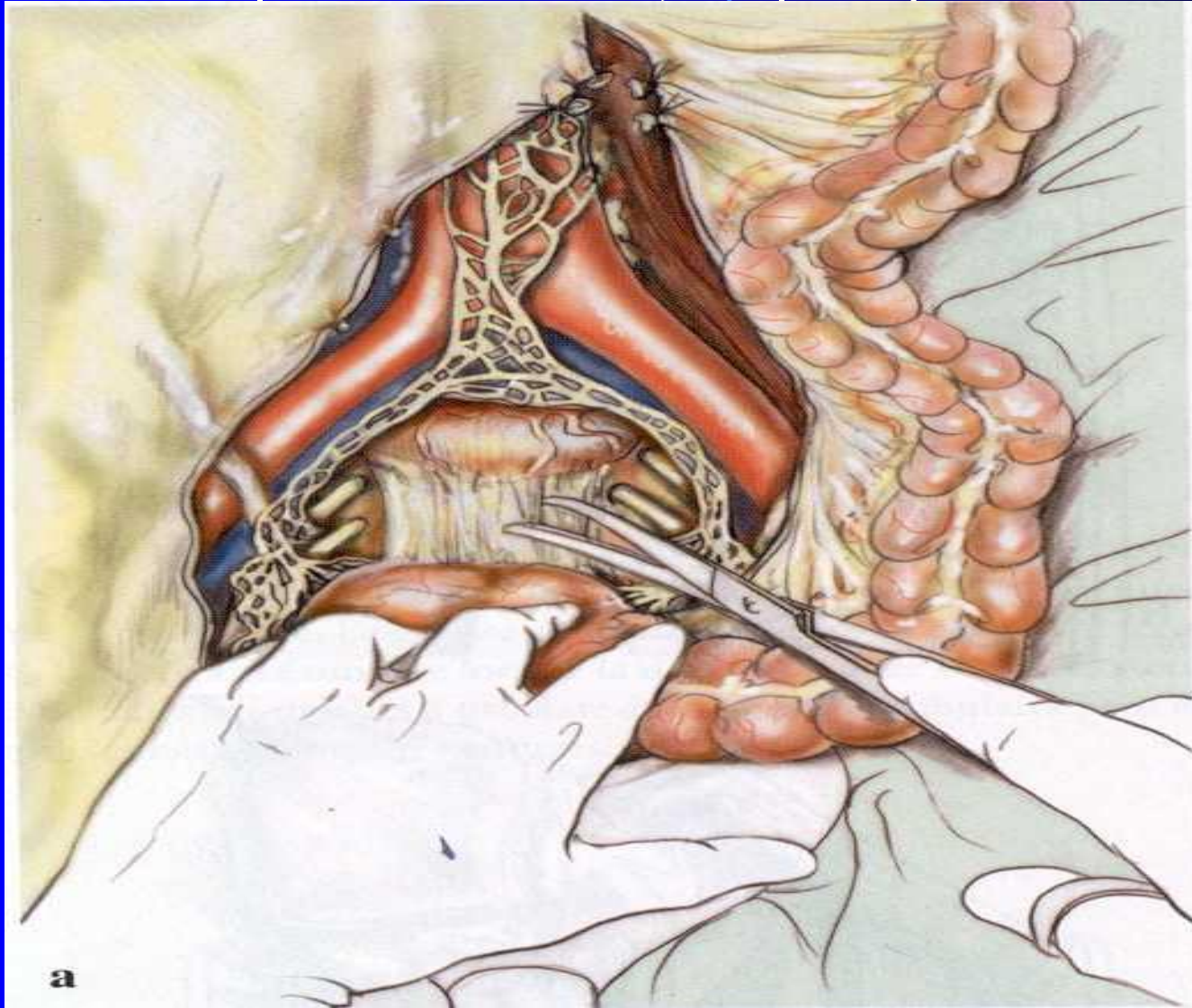
Stafilocociile cronice fistulizante sacro-cocci-perineo-fesiere(boala Verneuil)

- = piodermita perianala
= acneea conglobata
- **Etiopatogenie** neelucidata
- **Anatomie patologica** - 3 etape evolutive:
 - 1. Abcese superficiale hipodermice la niv. perianal si fesier;
 - 2. Abcesele se ramifica, fistulizeaza si conflueaza rezultand o supuratie cronica;
 - 3. Tegumentul se ingroase si se pigmenteaza transformandu-se intr-o carapace “violet cenusie” cu multiple orificii fistuloase la suprafata si mici abcese in hipoderm (“planse”)

- **Diagnostic pozitiv:**
- -aspectul leziunilor;
- -ex. Bacteriologic – stafilococul aureu;
- **Dg. Diferential**
- -actinomicoza ano-rectala;
 - TBC ano-perineala;
 - boala Crohn;
 - supuratiile cronice nespecifice anorectale
- **TRATAMENTUL – CHIRURGICAL**
 - 1. excizia in bloc a placardului cutanat;
 - 2. Tratatamentul plagii deschise pana la aparitia tes. de granulatatie;
 - 3. Autogrefele cu piele libera despicata

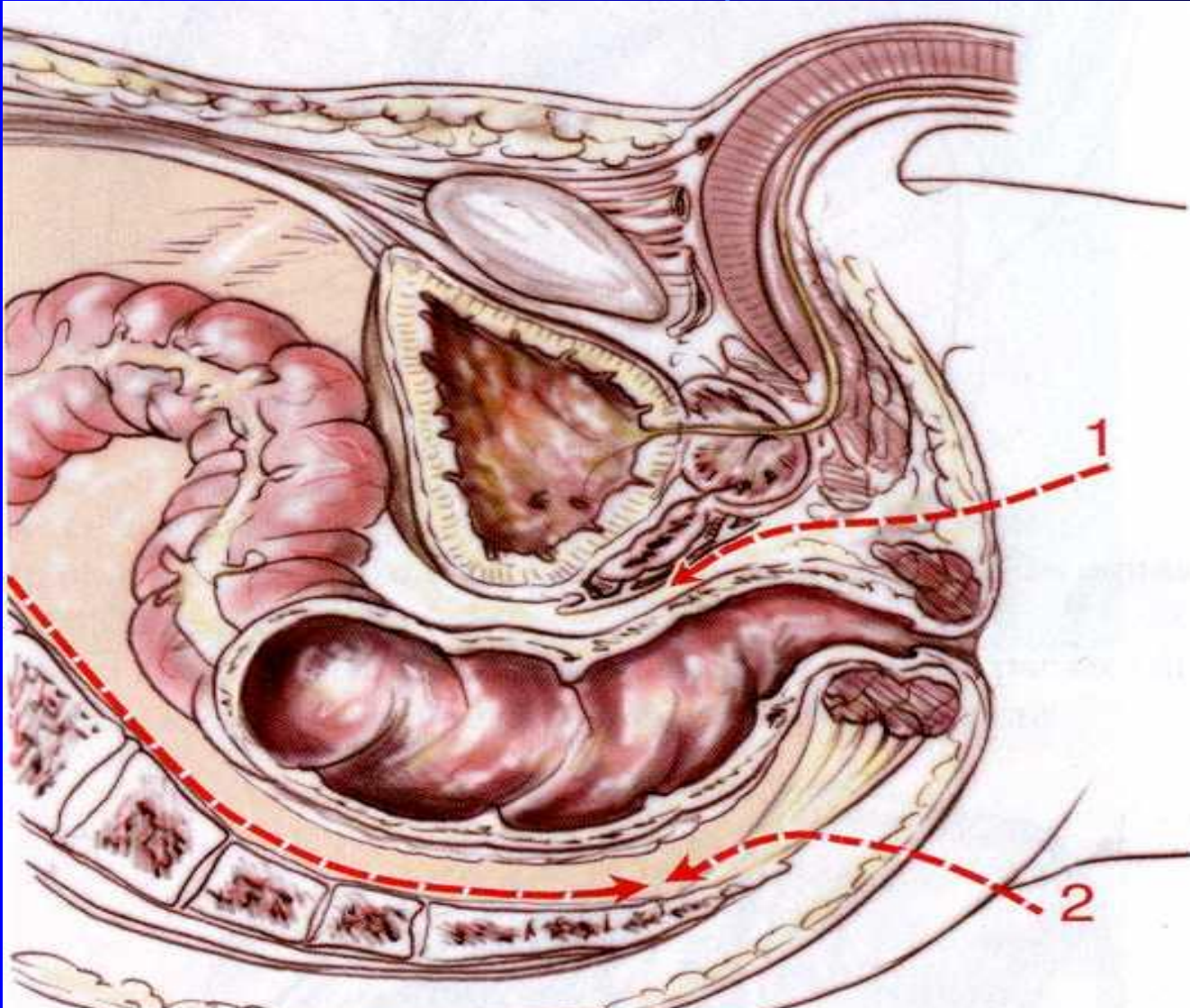
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- 4.DISECTIA RECTULUI - A) **disectia posterioara:**
a.- se incizeaza lama celulo- adipoasa presacrata incepand de pe fata ant. a promontoriului, inapoia ped. hem. sup.



AMPUTATIA DE RECT- TEHNICA

- b) se continua disectia cu degetele apoi cu mana, mobilizand rectul din cavitatea sacrata pana se palpeaza varful coccigelui.

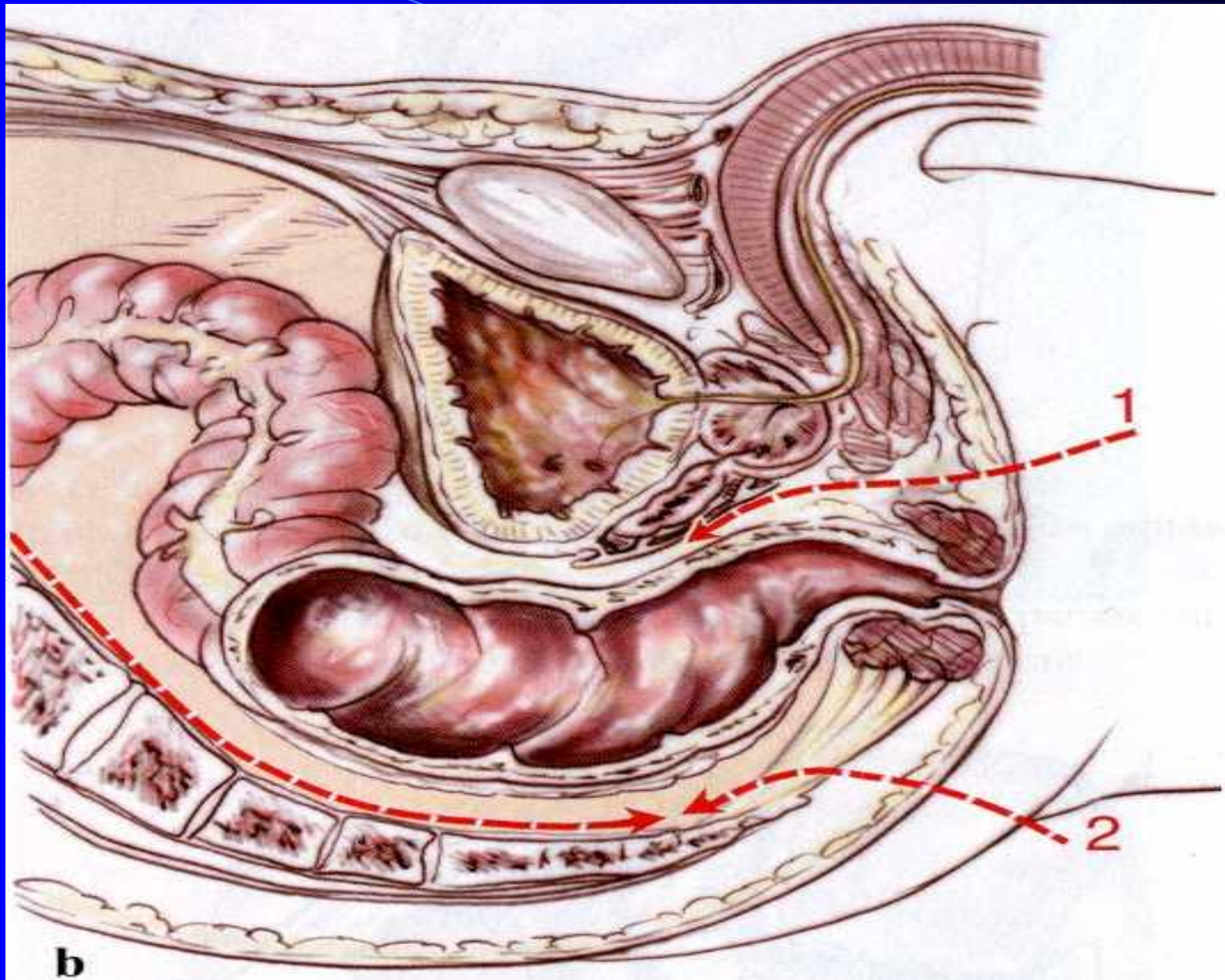


AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

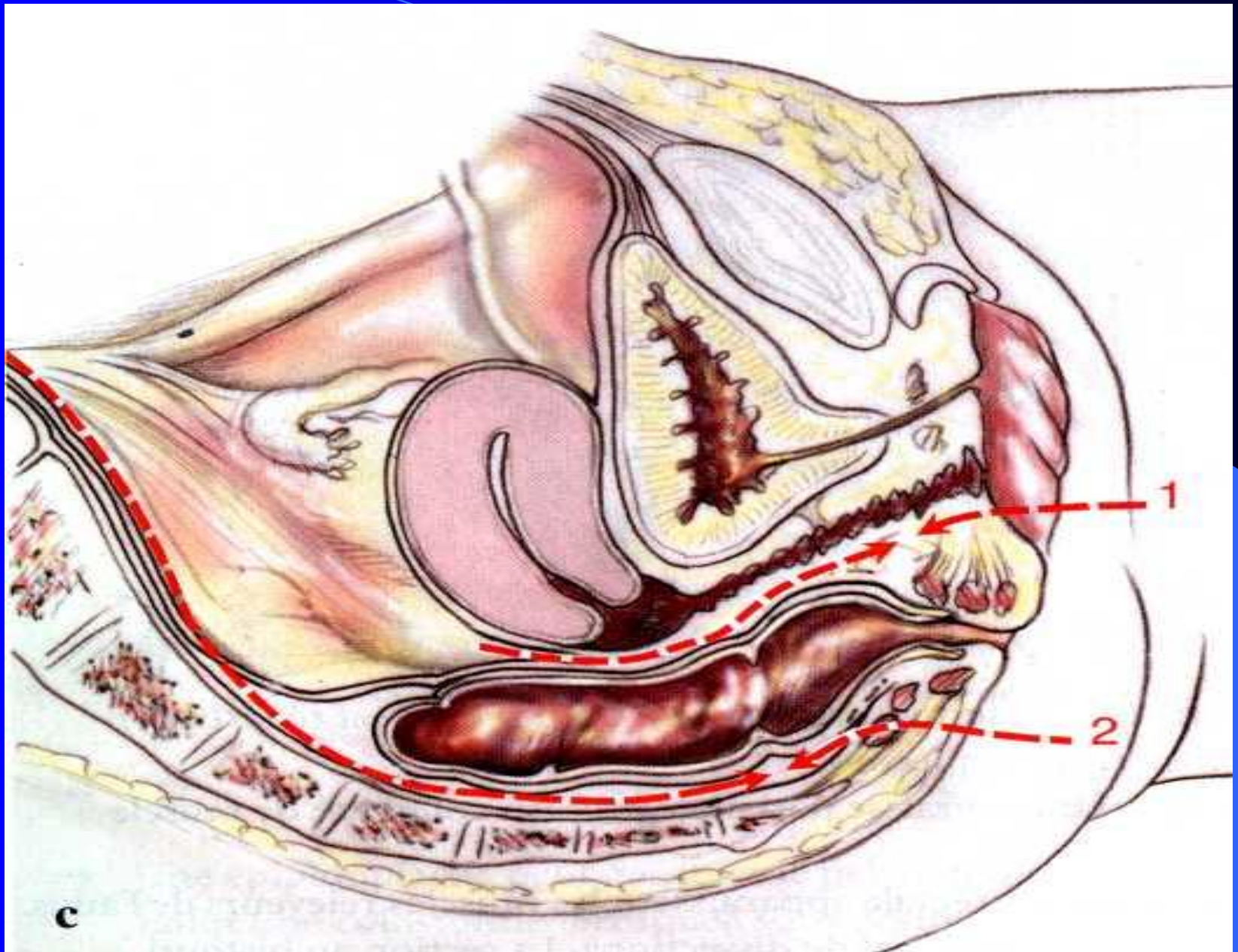
- B) **disectia anterioara**

- se incizeaza transversal peritoneul fundului de sac Douglas, unind inciziile laterale de pe mezosigma;
- se diseca cu foarfecele si tamponul montat vez. seminal, marginea sup. a prostatei, respectiv org. genitale (la femeie).
- se sectioneaza transversal cu foarfecele fascia Denonvillers, continuand disectia pana la varful prostatei, lasand fascia pe prostata.

AMPUTATIA DE RECT- TEHNICA



AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA



AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- C) **disectia laterala.**

- se tractiveaza rectosigmoidul la stanga;
- se pune in tensiune ligamentul lateral;
- se individualizeaza cu indexul drept aripioara rectala care se sectioneaza sub ligaturi;
- se procedeaza in aceeaasi maniera de partea opusa;

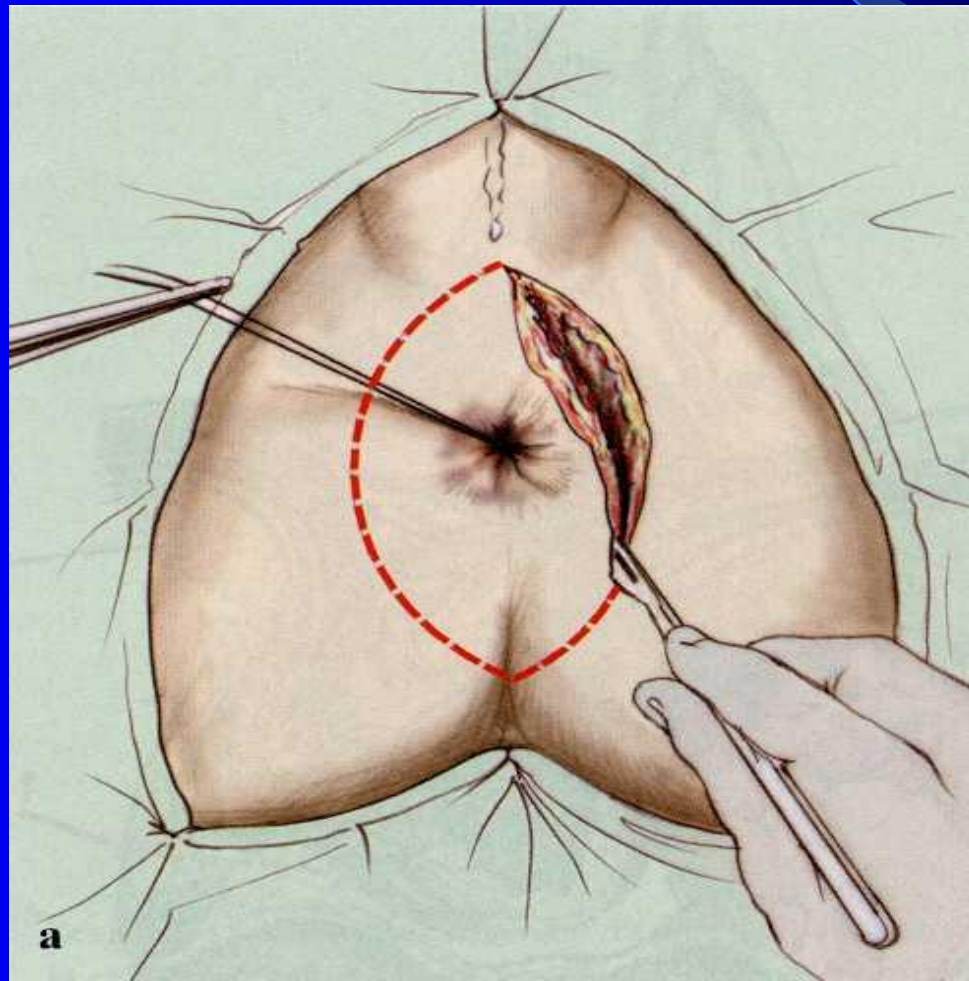
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- **TIMPII PERINEALI.**

1.-se sutureaza cu un fir circular orificiul anal;

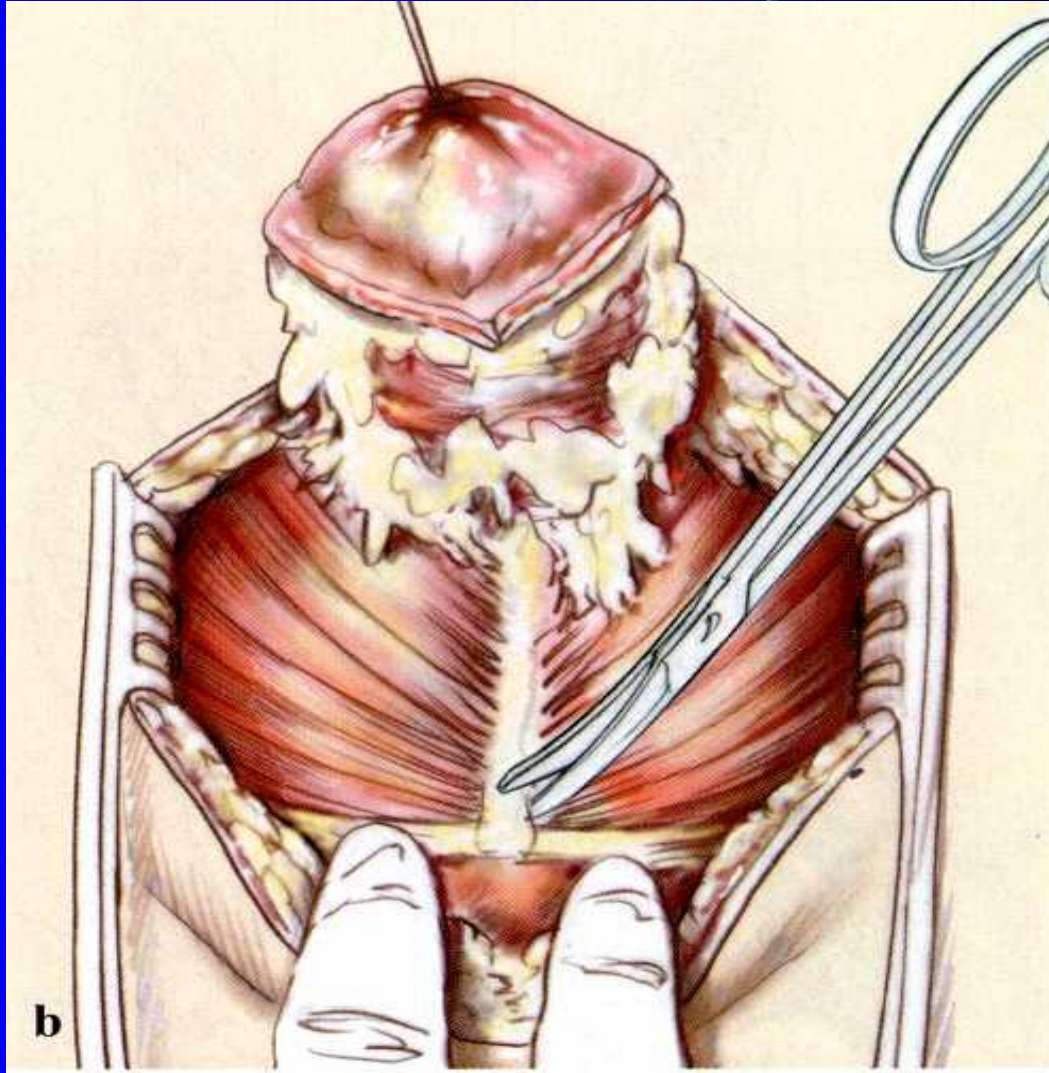
- -incizie ovalara care circumscrie orificiul anal la

- 1,5cm



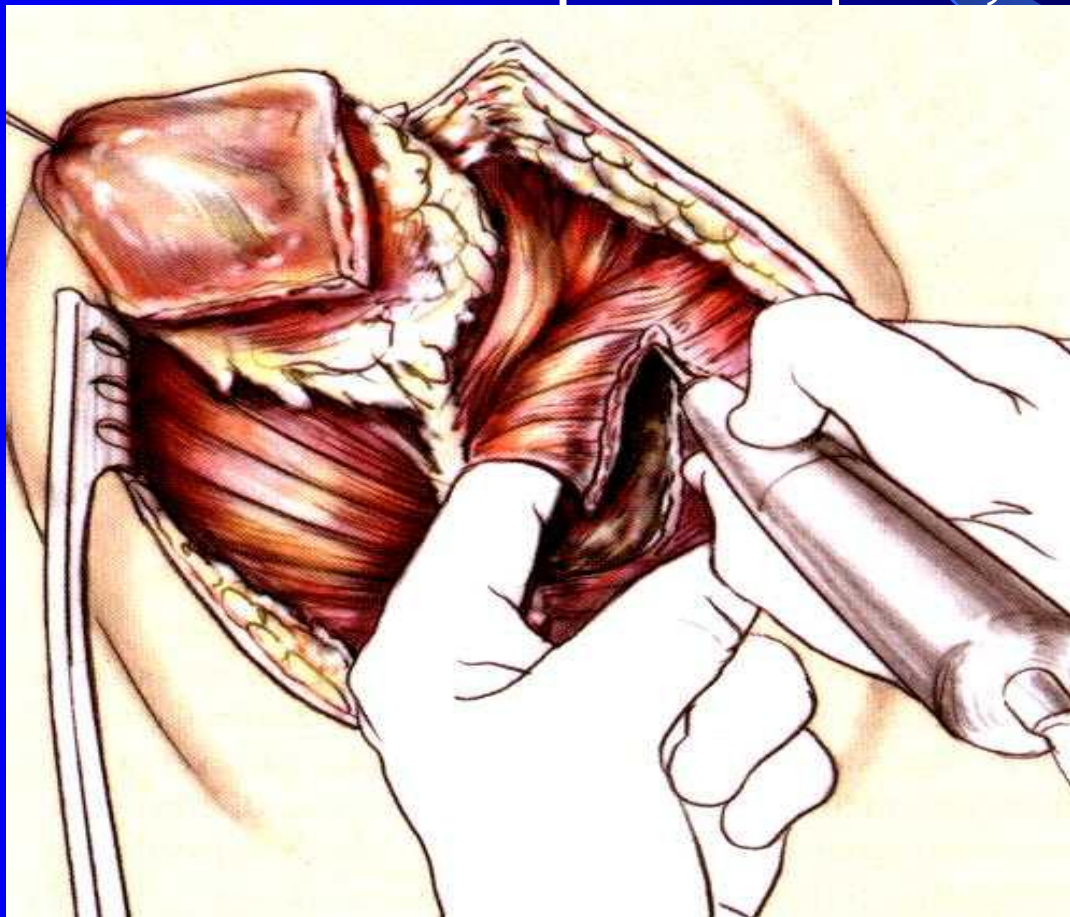
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- 2.-se sectioneaza tes. celular subcutanat pana la planul muscular;
- -se expune posterior rafeul ano-coccigian care se sectio-neaza.



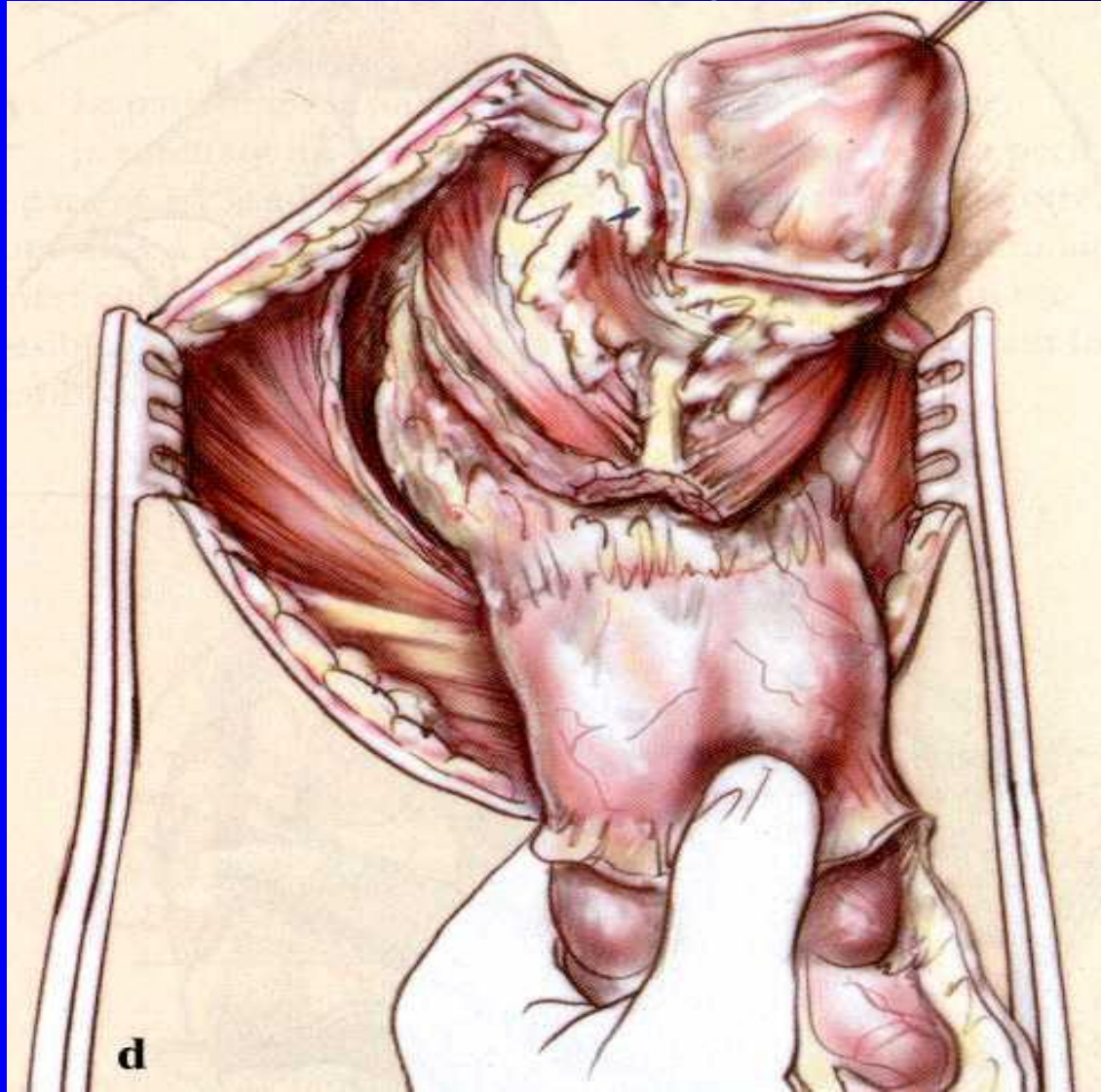
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- 3.-se patrunde cu indexul mainii stangi deasupra ridicatorilor anali in partea stanga, portiunea eliberata sectionandu-se cu foarfecele sau cauterul;
- -se procedeaza la fel in partea opusa;
-



AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- 3.-se exteriorizeaza segmentul rectosigmoidian lasat anterior in pelvis.

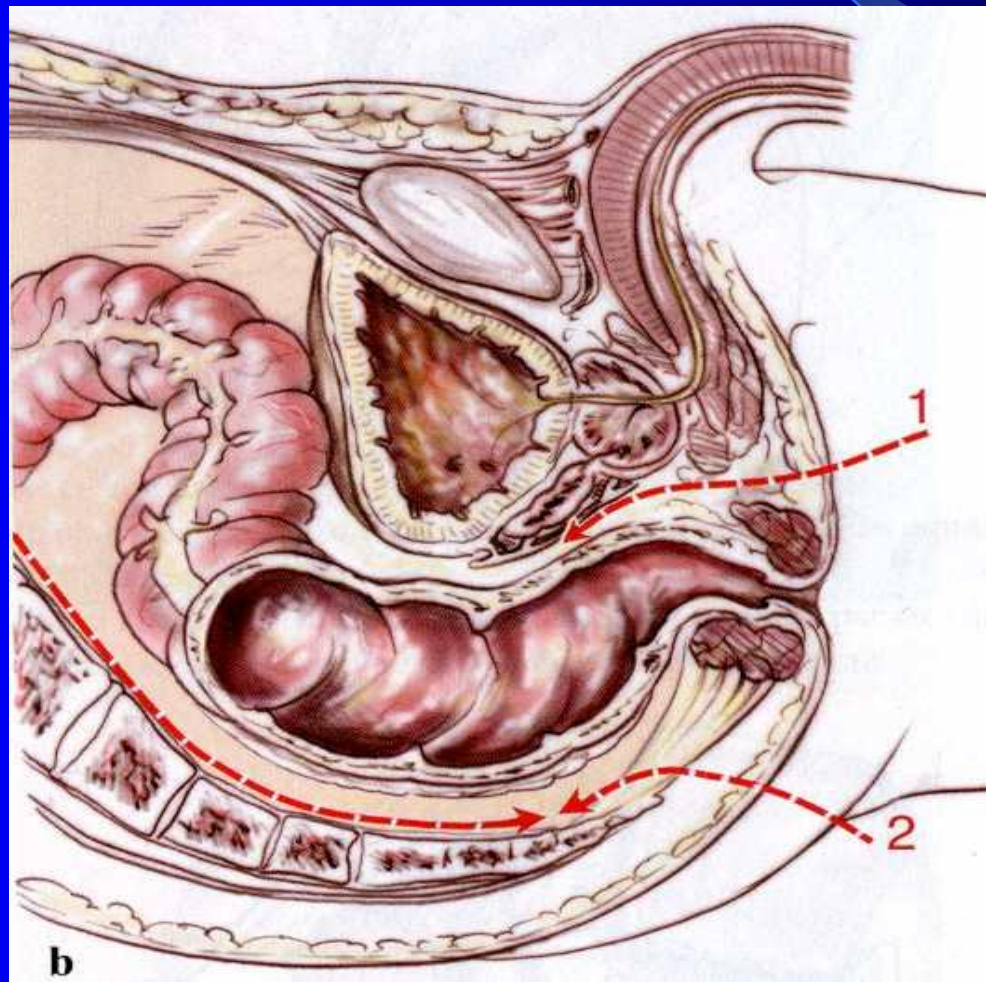


AMPUTATIA DE RECT- TEHNICA

- 4.-se sectioneaza fasciculele pubo-rectale ale m.ridicator anal
- 5. -pt. sectiunea m. rectouretral(la barbat):
- -se palpeaza marginea laterala a prostatei intre policele si indexul mainii stangi;
- -se precizeaza pozitia fetei posterioare a prostatei;
- -se sectioneaza cu foarfecele tinut paralel cu prostata
- aceste masuri sunt necesare pt. evitarea lezarii uretrei membranoase recunoscuta de prezenta sondei vezicale

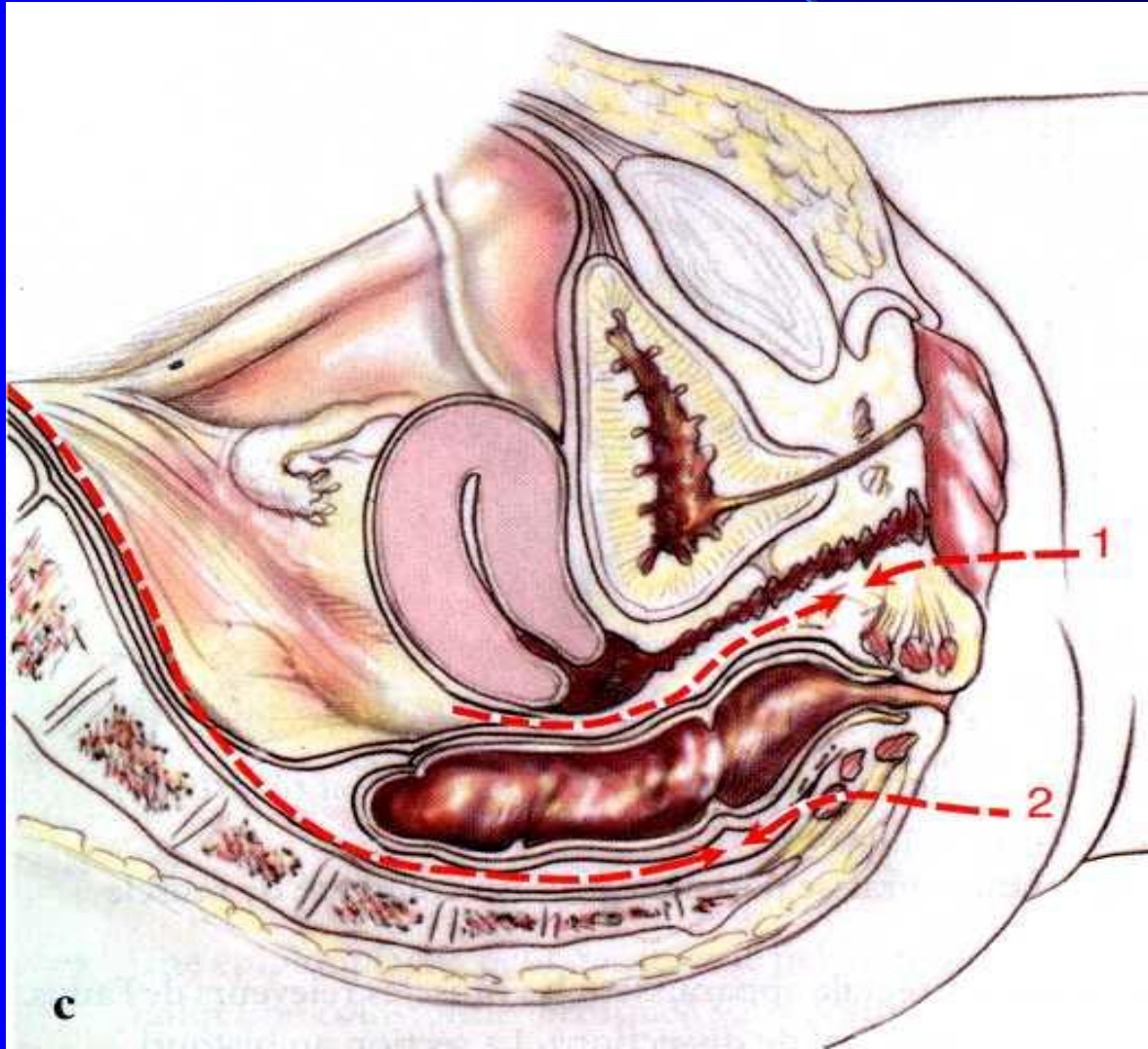
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- 6.-la barbat, disectia continua intre rect si prostata, inafara fasciei Denonviller, pt. a intalni planul de disectie creat pe cale abdominala



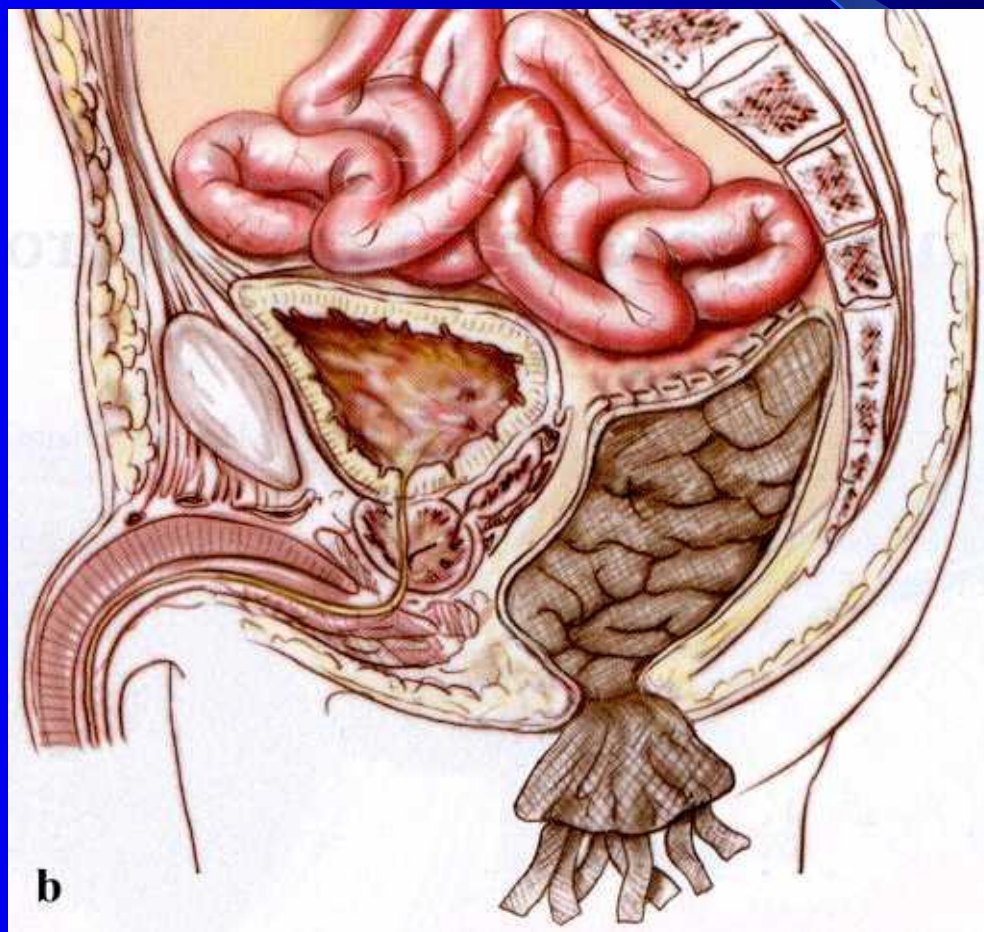
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- -la femeie disectia se efectueaza in afara centrului tendinos si al peretelui vaginal posterior;



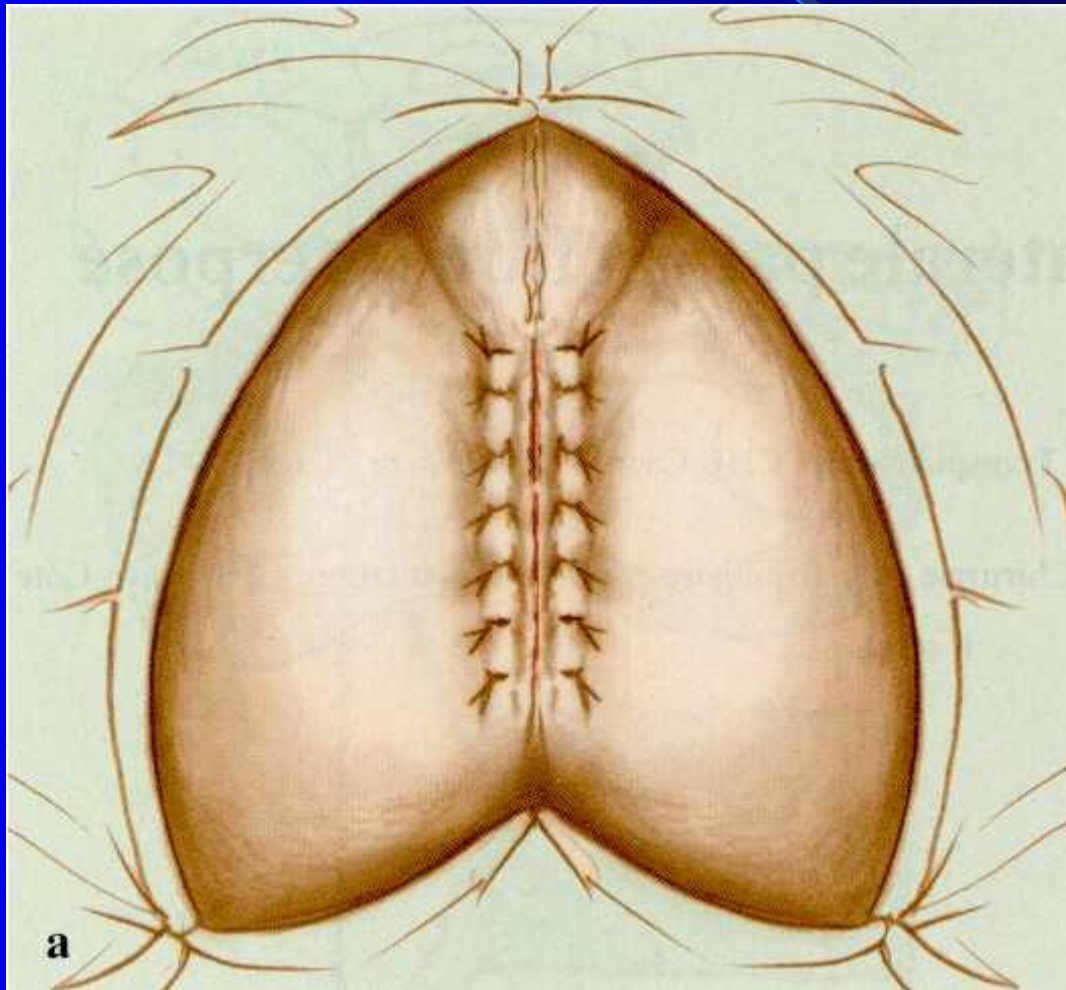
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- -Timpii perineali se incheie cu controlul hemostazei si toaleta pelvisului, urmate fie de mesajul cavitatii pelvine fie de drenaj aspirativ;



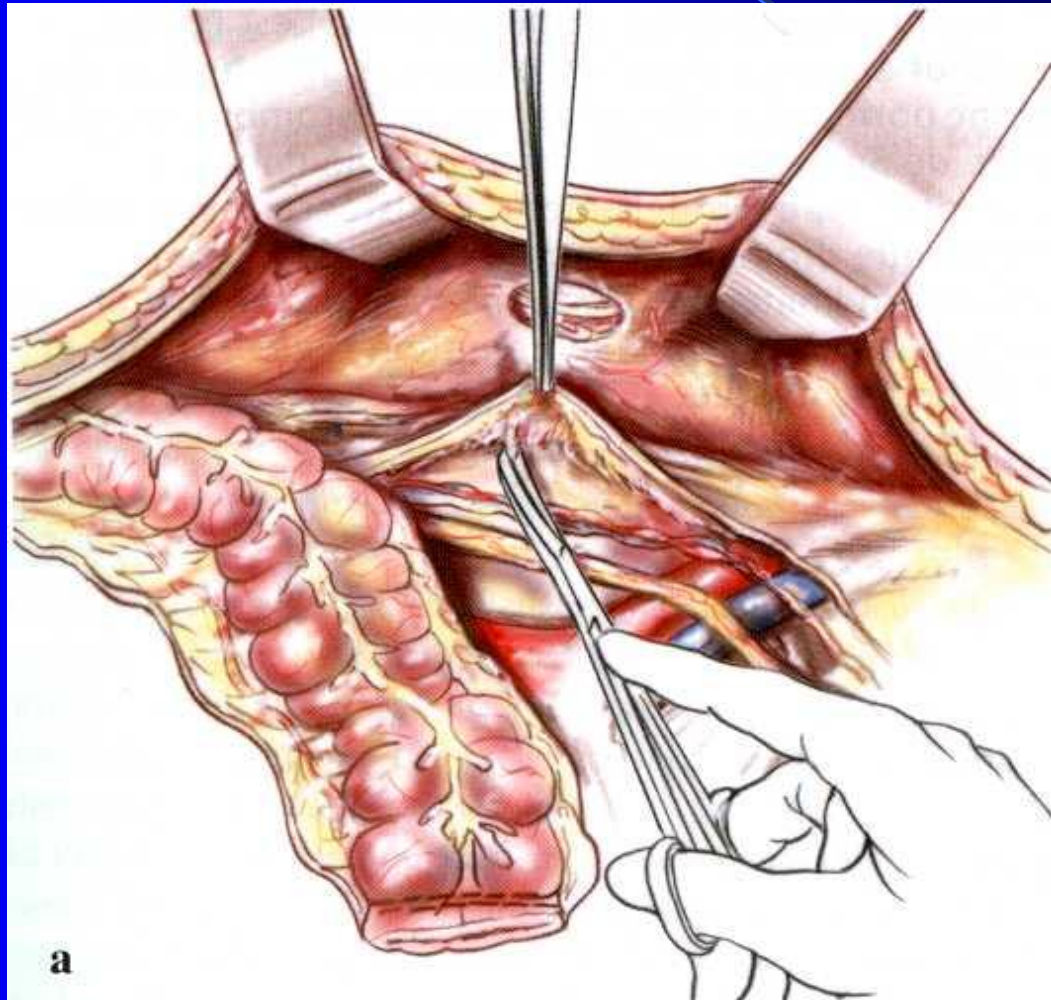
AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- -se inchide planul muscular daca este posibil, apoi se inchid tegumentele.



AMPUTATIA DE RECT-TEHNICA

- -se mobilizeaza segmentul colic restant in vederea realizarii anusului iliac stang definitiv



AMPUTATIA DE RECT- TEHNICA

- -se exteriorizeaza capatul proximal al colonului prin incizie transrectala stanga si se fixeaza la peritoneu si aponevroza.

