

Boštjan Mlakar¹

Anamneza in preiskave v proktologiji

Anorectal History Taking and Digitorectal Examination

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: analne bolezni – diagnostika, rektalne bolezni – diagnostika, anamneza, telesni pregled

Bolezenskih sprememb anorektuma je veliko. Predstavljeni so posamezni simptomi, ki so pogosto povezani z anorektalnimi obolenji, in osnovna načela jemanja anamneze in digitorektalnega pregleda.

ABSTRACT

KEY WORDS: anus diseases – diagnosis, rectal diseases – diagnosis, medical history taking, physical examination

The pathology of the anorectum is rich. Evaluation of some symptoms frequently associated with diseases of the anus and rectum is presented. The general principles of history taking and digitorectal examination are discussed.

¹ Doc. dr. Boštjan Mlakar, dr. med., Kirurški sanatorij Rožna dolina, Rožna dolina cesta IV/45, 1000 Ljubljana in Kirurški center Zdrav splet, Lackova 54, 2000 Maribor.

UVOD

Pogovor o težavah z zadnjikom in danko ter anorektalni pregled s prstom sodi k splošnemu pregledu, ki naj bi ga usvojil vsak študent medicine in ga tudi kasneje kot zdravnik v praksi izvajal. Številna obolenja anorektuma povzročajo zelo značilne simptome in znake, zato za postavitev delovne diagnoze pogosto zadošča že anamneza, ki jo s pregledom le potrdimo.

Namen prispevka je poudariti pomen dobre anamneze in digitorektalnega pregleda za hitro in pravilno postavitev diagnoze. Navedeni so napotki, katera vprašanja moramo postaviti, kako izvesti pregled in nenazadnje, kaj lahko od pregleda sploh pričakujemo.

Zavedati se moramo dejstva, da se obolenja zadnjika, zadnjikovega kanala in danke pojavljajo pri vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih. Anorektum pri vseh služi kot organ, ki nam omogoča nadzorovano izločanje črevesnih izločkov. Dopusča nam, da smo pravočasno obveščeni, da so v danko vdrli ostanki predelane hrane. Pri tem imamo občutek za količino in zgradbo ostankov, ki so se nabrali v danki, bodisi da so plinasti, tekoči, poltekoči ali oblikovani. Zdrav anorektum nam omogoča, da si izberemo ugoden čas in kraj za odvajanje, saj vsebino v danki lahko zadržimo. Selektivno lahko odvajamo le pline, odvajanje blata pa odložimo. Odvajanje naj bi potekalo brez pretiranega napenjanja, brez dolgotrajnega posedanja na straniščni školjki, neboleče, brez krvavitve in brez izpadanja sluznice ter se zaključilo z občutkom olajšanja po popolni izpraznitvi danke.

»SPLOŠNA« ANAMNEZA

Proktološka anamneza mora zajemati osnovne podatke o zdravstvenem stanju posameznika, o predhodnih operacijskih in diagnostičnih postopkih, družinsko anamnezo rakavih obolenj, okvirno ginekološko/urološko anamnezo, podatke o prehrabnenih navadah, razvadah, morebitnih alergijah in o jemanju zdravil. Ker je namen prispevka predstaviti specifičnost proktološke anamneze, so v nadaljevanju navedeni podatki o simptomih in znakih, ki jih moramo z anamnezo pridobiti in jih nato s pregledom potrditi ali zavreči.

Krvavitev

Krvavitev sodi med najpogostejše simptome anorektalnih obolenj. Zanima nas jakost krvavitve, barva krvi, pogostost in okoliščine, ob katerih se kri pojavi. Vedeti moramo, ali je kri pomešana z blatom, je le sled na površini blata, kaplja v školjko, jo opazimo na spodnjem perilu ali je le kot sled na toaletnem papirju.

Na osnovi barve krvi lahko približno ocenimo izvor krvavitve. Krvavitev iz zgornjih prebavil (želodčna razjeda...) je vzrok za črno blato (kri spremeni barvo), krvavitev iz zadnjikovega kanala (analna razpoka (fisura)) pa je sveža (kri je svetlo rdeča), opazimo jo na papirju ali pa kaplja v školjko. Tudi krvavitev iz notranjih hemoroidov opazimo kot svetlo kri, vendar za razliko od analne razpoke ob tem praviloma ne čutimo močnih bolečin. Rdeči sledovi krvi v blatu imajo običajno izvor krvavitve v debelem črevesju ali danki, izključiti moramo morebiten polip ali karcinom. Kri, pomešana s sluzjo v obliki driske, ali pogosto siljenje na blato lahko nakazuje vnetno črevesno obolenje, pomisliti pa moramo tudi na karcinom danke. Vedeti moramo, ali se krvavitev pojavlja redno ali le občasno, ob močnem napenjanju ob odvajanju trdega, zasušenega blata. V kolikor se kri pojavi že ob dvigovanju težjih bremen, kolesarjenju ali daljši hoji in je povezana z izpadanjem sluznice, potem so težave najverjetneje posledica izpadanja notranjih hemoroidov ali pecljatega polipa iz spodnje tretjine danke. Izvor krvavitve moramo vsekakor dokazati in zdraviti vzročno. Predpisovanje mazil, svečk ali tablet brez predhodnega pregleda je nedopustno, saj lahko zamudimo čas za pravočasno zdravljenje malignih obolenj, ali pa dopustimo, da benigna obolenja preidejo v kronično fazo, ko konzervativno zdravljenje ni več uspešno.

Anorektalna bolečina

Tudi anorektalna bolečina je pogost vzrok za obisk pri izbranem zdravniku ali proktologu. Zanima nas, ali se je pojavila akutno ali je kronična, je stalna ali le občasna, je povezana z odvajanjem blata, stresnimi dogodki ali morda s položajem telesa. Kadar je bolečina povezana z odvajanjem blata in včasih traja še več ur, je najverjetnejši vzrok analna razpoka, ki je nastala ob odvajanju trdega,

zasušenega blata. Stalna, utripajoča bolečina, povezana z nenadno nastalo tipno zatrdlino (običajno velikosti 1 × 1 cm ali več) ob vходу v zadnjik, je praviloma tromboza zunanjšega hemoroida. Fluktuacijska, pordela zatrdlina ob vходу v zadnjik, ki jo spremlja močna bolečina, mrzlica in/ali povišana temperatura, je skoraj gotovo perianalni absces, če je locirana nad trtico, pa pilonidalni absces, redkeje hidrosadenitis. Globlji intersfinkterski in globoki postanalni abscesi lahko povzročajo stalno, kljuvajočo bolečino brez vidnih zunanjših znakov, ki se okrepi ob kihanju in kašljanju. Proktalgija fugax (lat. *proctalgia fugax*) je trenutna bolečina (kot zbodljaj z nožem globoko v danki), ki bolnika običajno zbudi sredi noči in spontano izzveni v nekaj minutah, pojavi pa se lahko tudi čez dan in je praviloma psihosomatskega izvora. Topa bolečina nekje v danki in medenici, ki je povezana s položajem telesa (dolgotrajno sedenje ...), je navadno osteomuskularnega izvora (nepravilnosti trtice ...). Bolečino v danki lahko povzročajo tudi vnetje prostate, retrorektalni tumorji, napredovali rektalni tumorji, anevrizma iliakalne arterije, ginekološka obolenja itd. Šele ko izključimo organski vzrok možnih bolečin v anorektumu, lahko bolečino opredelimo kot psihosomatsko. Diagnostika, ki jo moramo izvesti, pogosto zahteva multidisciplinarni pristop, v primeru močnih, stalnih bolečin pa tudi proktološki pregled v anesteziji.

Izpad (prolaps)

Izpadlo (prolabirano) tkivo iz zadnjika je najpogostejše izpadla rektalna sluznica in notranji hemoroidi, redkeje izpad celotne debeline stene danke. Pri obravnavi bolnika s proktološkimi težavami se ne smemo izogniti vprašanju o morebitnem izpadanju črevesja, obsežnosti le-tega, spontani ali ročni naravnavi izpadlega tkiva, morebitnim spremljajočim krvavitvam, bolečinam in okoliščinam, ki privedejo do tega. Je izpad ob vsakem odvajanju blata ali morda že ob kašljanju ali dvigovanju težjih bremen? Vedeti moramo, da lahko izpade tudi obsežen polip ali karcinom. Odlašanje zdravljenja izpada je povezano s povečano obolevnostjo, v primeru izpadanja celotne debeline stene danke (rektalni izpad) pa tudi s posledično okvaro mišic medeničnega dna in sfinktrov, kar vodi do inkon-

tinentnosti za blato. Ključni podatek pred izbiro vrste zdravljenja notranje hemoroidalne boleznij je morebitno izpadanje, ki zahteva podvezovanje tkiva z elastično ligaturo ali pa že večji kirurški poseg. Zanima nas tudi morebiten izpad ginekoloških organov (izpad maternice ...) in težave z urinsko inkontinenco ter morebitna predhodna diagnostika ali zdravljenje.

Srbež (pruritus)

Analni srbež je pogost spremljevalec različnih obolenj zadnjika in zadnjikovega kanala (hemoroidalna bolezen ...). Lahko je tudi posledica kožnih obolenj (luskavica, alergijski dermatitis, lihen planus (lat. *lichen planus*), glivične okužbe ...), spolno prenosljivih obolenj (herpes simplex, kondilomi ...), povzročajo ga lahko črevesni zajedavci, presnovne motnje itd. V kolikor je srbež glavni simptom, se osredotočimo na njegovo zdravljenje, če je le mogoče, vzročno. Če je srbež le pridružen simptom proktološkega obolenja, bo izzvenel po ustreznem zdravljenju le-tega.

Izrastki zadnjika

Kožne gube so najpogostejši izrastki zadnjika, pogosto so ostanek nezdravljenih tromboziranih zunanjših hemoroidov, motijo pri negi in čiščenju zadnjika, lahko se vnamajo, otekajo, srbijo ali pa so le estetski problem. Vprašamo, kako dolgo so prisotni in ali so pred kratkim opazili kakšno spremembo le-teh. Če bolnika ne motijo, zdravljenje ni potrebno. Spremembe, ki ne izgledajo kot normalna koža, kot so hitro rastoči izrastki, pigmentirane ali krvaveče spremembe, moramo odstraniti in praviloma poslati na histološki pregled.

Otekline in izcedki zadnjika

Najpogostejši otekline, ki povzročata bolečino, sta že omenjena tromboza zunanjšega hemoroida in perianalni absces. Kadar pride do spontanega predrtja tromboziranega hemoroida, je že prišlo do samozdravljenja in več dni se lahko cedi črna strjena kri. V primeru predrtja abscesa pa izteka gnoj, na začetku pomešan s krvjo, praviloma nastane fistula in uspešno zdravljenje bo le kirurško. Pri številnih fistulah moramo pomisliti na Crohnovo bolezen ali hidrosadenitis in izpeljati ustrežno diagnostiko.

Sluzavo krvavi izcedki iz zadnjikovega kanala so lahko posledica adenoma, karcinoma rektuma ali proktitisa, zato zahtevajo takojšnje proktološko ali gastroenterološko obravnavo.

Tenezmi

Bolnik bo navajal občutek bolečega krča sfinktra, nujo po odvajanju blata, nehoteno napenjanje ob zelo slabem praznjenju danke. Vzrok za težave je lahko karcinom danke ali močan proktitis, zato moramo diagnostiko izpeljati nemudoma.

Sprememba ritma odvajanja

»Normalen« ritem odvajanja je zelo širok pojem, od trikrat dnevno do vsak tretji dan. Dejstvo je, da moramo raziskati le spremembo ustaljenega ritma odvajanja pri posamezniku. Pogosto že bolnik sam pove, da se mu je prebava spremenila, čeprav je bil do takrat bolj zaprt in je odvajal 2- do 3-krat tedensko, so se mu sedaj začele pojavljati driske in/ali napenjanje ... Izključiti moramo karcinom ali vnetno črevesno obolenje. Ker lahko tudi na novo uvedena zdravila vplivajo na ritem prebave, moramo pridobiti tudi te podatke. Pozorni moramo biti še na morebitno oženje premera blata, saj lahko nakazuje na zaporo v danki. Težave pa seveda lahko povzročajo tudi infekcijske bolezni črevesja.

Zaprtje

Pod pojmom zaprtje si ljudje predstavljajo različne težave. Vedeti moramo, ali zaprtje za bolnika pomeni neredno odvajanje (dvakrat tedensko ...) ali le vsakodnevno odvajanje z mučnim napenjanjem ob izrivanju zasušenega blata. Morda pa pod pojmom zaprtje bolnik razume občutek, da se popolnoma ne izprazni ali da ima težave s praznjenjem in odvaja večkrat in v majhnih količinah, ipd. So težave z zaprtjem že vrsto let ali zadnjih nekaj tednov? Kako si je sam poskusil pomagati? Je spremenil prehrano? Uživa morda zdravila ali droge, ki vplivajo na zaprtje?

Inkontinenca

Bolniki se najteže pogovarjajo o problemu zadrževanja vetrov ali blata in svojo težavo

pogosto skrivajo pred svojci in zdravnikom. Vprašanje o tem problemu zato sodi k celoviti obravnavi bolnika z boleznimi anorektuma, pa tudi drugih sistemskih obolenj, ki lahko vplivajo na kontinentnost posameznika (multipla skleroza, stanja po poškodbah hrbtenice ...). Vedeti moramo, ali so težave le z zadrževanjem plinov in tekočega blata, trdo pa bolnik lahko zadrži, ali se pojavlja uhanje brez vsakršnega občutka ali mu le zmanjka časa, da bi dosegel stranišče ... Kako dolgo že ima težave, kako to vpliva na njegove socialne aktivnosti, spolno življenje itd.? Vedno povprašamo tudi o urinski inkontinenci. Bolnik potrebuje celovito obravnavo, seveda glede na svoje splošno psihofizično stanje.

»SPOLNO« USMERJENA ANAMNEZA

Ker ima anorektum pri nekaterih spolno aktivnih ljudeh tudi funkcijo spolnega organa, moramo pomisliti tudi na spolno prenosljive proktološke bolezni. Vedeti moramo, da analnih spolnih odnosov ne prakticirajo le moški, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), temveč tudi dobra četrtina žensk (1, 2). Ker narašča delež proktoloških spolno prenosljivih obolenj, predvsem kondilomov (lat. *condylomata acuminata*), intraanalnih displazij ter celo analnega karcinoma, je pomembno, da je zdravnik usposobljen za jemanje »spolne« anamneze. Pogovor se izvaja na štiri oči, vzpostavljeno mora biti zaupanje, bolniku se razloži, da v sklopu preprečevanja spolno prenosljivih obolenj rutinsko vsem spolno aktivnim postavite nekaj vprašanj in da je pogovor popolnoma zaupen. Vprašanja naj bodo postavljena jasno in brez obsojanja (angl. *non-judgmental manner*): *Ste spolno aktivni? Imate spolne odnose z moškim, žensko, obojimi? Imate več partnerjev? Kako pogosto uporabljate kondom? Prakticirate analne spolne odnose?* itd. Možen je tudi manj neposreden pristop, kot npr.: *Je kaj posebnega v vašem življenjskem stilu, potovanja v tropske kraje, spolne tehnike, uporaba drog, kar bi mi morda pomagalo pri postavitvi diagnoze?* Uporabimo lahko tudi obrazložiten pristop: *Glede na raziskave vedno večji delež ženske in moških prakticira analne spolne odnose in v tem primeru je smiselno pregledati zadnjikov kanal, podobno kot v smi-*

slu preventive izvajamo ginekološke preglede. Vprašanje moramo vsekakor prilagoditi posamezniku, predvsem pa mora vprašani vedeti, da sprejemamo tudi analne spolne odnose kot del spolne prakse in da vprašanj ne postavljamo zaradi radovednosti. Ignoriranje dejstva, da je anorektum lahko tudi spolni organ, lahko vodi k napačni diagnozi, nepravilnemu zdravljenju in ima lahko tudi resne posledice za zdravje bolnika. Kar 24% moških, ki ima spolne odnose z moškimi, ki sem jih zaradi intraanalnih in perianalnih kondilomov operiral v zadnjih letih, je bilo predhodno zdravljenih s svečkami in/ali mazili »za hemoroide«. Tako je npr. 19-letni MSM, ki je imel izključno intraanalne kondilome s hudo stopnjo displazije (mestoma sum na verukozni karcinom), samoiniciativno prišel na pregled, ko je ugotovil, da večmesečno zdravljenje s svečkami »za hemoroide«, ki jih je predpisala zdravnica, ni uspešno. V zadnjiku si je »nekaj« zatipal, kri pa je opazal le občasno po odvajanju ali receptivnem analnem spolnem odnosu. Ker mladostniki ne sodijo v tvegano skupino za pojavnost raka širokega črevesa in danke, je bil opuščen anorektalni pregled, ni bil napoten k proktologu, »spolno« usmerjena anamneza pa ni bila izvedena. Starost, izgled in obnašanje, kakor tudi poročen status nas ne smejo zavesti, da opustimo »istospolno« usmerjeno anamnezo.

Koristne informacije nam daje podatek o morebitnih predhodnih uroloških ali ginekoloških simptomih (izcedki iz sečnice, siljenje na vodo ...), že izvedeni diagnostiki (testiranje za HIV ...) ali morebitnem zdravljenju spolno prenosljivih obolenj pri drugih specialistih.

PREGLED

Pregled, ki ga lahko opravi vsak zdravnik, zajema ogledovanje (inspekcijo) zadnjika in okolice od trtice do zunanega spolovila. Bolniku je praviloma neprijetno, saj mora razgledati intimni del telesa, zato je pomembno, da mu pojasnimo, kako bo pregled potekal in zakaj je potreben. Pregled praviloma izvedemo tako, da preiskovanec leži na levem boku s pokrčenimi nogami. Najbolje, da mu pri namestitvi na preiskovalno mizo pomaga sestra in da med slačenjem ne gledamo bolnika, saj mu je takrat najbolj nerodno. Ves čas

pregleda vzdržujemo stik s preiskovancem in ga poskušamo sprostiti.

Inspekcija

Koža okrog zadnjika je enako dlakava kot ostala, podobne barve, proti vходу v zadnjikov kanal pa se začne tanjšati, izgubi dlake, barva postane bolj sivorožnata, nabira se v radiarne gube, ki se pri iztrebljanju izravnavajo. Najprej moramo oceniti, ali je koža nadražena in toliko spremenjena, da lahko govorimo o analnem srbežu in dermatitisu. Pozorni smo na morebitne izrastke (kondilome, herpetične izpuščaje...), odvečno kožo v obliki kožnih gub ali marisk, trombozo zunanjega hemoroida ali na izpadle notranje hemoroidalne vozličke. Iščemo morebitne fistulne odprtine itd.

Palpacija

Za pregled uporabimo lateks rokavice in Xylocain gel, na tržišču pa so na voljo tudi druga primerna polzila oz. lubrikanti. Koža zadnjika je izredno občutljiva in bogato oživilna in dotiku praviloma sledi refleksno krčenje anorektalnega mišičja, ki želi preprečiti vdor od zunaj. Prvo iztipamo okolico zadnjika, da ne spregledamo morebitnih zatrdlin, kot so abscesi, in ob tem preiskovancu naročimo, da nas opozori na morebitno boleče mesto. Že prvi dotik vhoda v zadnjikov kanal nam lahko napove analno razpoko, ki smo jo pričakovali, če nam je bolnik med pogovorom tožil o bolečini, ki jo povzroča iztrebljanje in nato traja še več ur. Običajno zadaj vidimo in otipamo otrdelo, nekoliko otečeno kožno gubo (stražar). Ko poskušamo razmakniti robove zadnjika, se nam običajno pokaže spodnji (distalni) rob razpoke, ki ima vretenasto vzdolžno obliko. V kolikor gre za kronično razpoko v globini rane, vidimo belkasta prečna vlakna notranjega sfinktra. Tonus sfinktra je lahko tako močan, da bolnika s težavo pregledamo s prstom. Ni razloga, da bi z iztipanjem vztrajali, če bolnika boli. V kolikor je pregled vseeno možno dokončati, pa bomo v notranjosti v predelu zobate črte (lat. *linea dentata*) zatipali tretji sestavni del kronične razpoke, to je trša, običajno za grah velika papila. Zelo boleč je tudi anorektalni absces. Povrhnji absces bomo zlahka zatipali, zlasti z dvema prstoma, ko si pomagamo še od zunaj s palcem. Globlji

absces, ki je prebil mišičje anorektuma in se širi v ishioanalno kotanjo ali intersfinkterni absces, ki se širi od zobate črte navzgor (proksimalno), pa bo težje iztipati. Preiskava je boleča, bolnik nam bo povedal, da ima že nekaj dni stalne bolečine in vročino ali mrzlico, tipali pa ne bomo ničesar. Takrat se je potrebno odločiti za pregled v anesteziji, ki nam bo omogočil diagnostiko in terapevtski poseg.

Povečane papile lahko tipamo tudi kot izolirano tvorbo brez pridruženih obolenj, kot je razpoka. Takšna papila je lahko velika kot fižol, na dolgem peclju in jo je moč prolabirati. V kolikor je pokrita s kožo, gre res za papilo, če pa prolabirano spremembo pokriva sluznica, gre za adenom ali notranji hemoroid. V predelu zobate črte lahko tipamo globlje kripte, v katerih se običajno odpira prvotno (primarno) ustje fistule, številne neravne izbokline pod in nad zobato črto pa so lahko kondilomi.

Ko s prstom dosežemo anorektalni obroč, lahko ocenimo moč sfinktrov. V primeru ohlapnosti mišičja pozovemo bolnika, da stisne naš prst in ga spodbujamo, da to ponovi in stisk podaljša. Tako dobimo pomembne informacije o delovanju sfinktrov, hkrati pa bolnika učimo, katere mišice mora stiskati in krepiti.

V predelu anorektalnega obroča pritisnemo s prstom lateralno in s tem ocenjujemo morebitno bolečino v poteku pudendalnega živca, pritisnemo tudi navzad proti trtici in s tem ocenimo njeno gibljivost, bolečnost ali nepravilno lego.

Danka nad anorektalnim obročem bi morala biti prazna, torej blato v večjih količinah smatramo za bolezenski izvid. Zdrava danka je namreč le signalni prostor in ne skladišče za blato. V kolikor bolnik ob polni danki ne čuti potrebe po praznjenju, govori-

mo o rektalni disheziji, najpogostejši obliki zaprtja. Če v danki tipamo trdo tvorbo, je najverjetneje malignom, mehkejša tvorba pa adenom. Omenjenih sprememb ne smemo zamenjati z materničnim vratom pri ženski ali prostato pri moškem. Prostata mora biti mehka, na otip neboleča, zatipamo dva režnja in žleb. Preveriti pa moramo tudi, ali ima preiskovanka morebiti vstavljen nožnični tampon, preden postavimo sum na tumor.

Žal nam rektalni pregled pove premalo, da bi lahko ugotovili izvor krvavitve. Najpogostejši vzrok svetle krvavitve ob odvajanju je notranja hemoroidalna bolezen in pri njej ne bomo zatipali ničesar. Hemoroidalno tkivo je mehko, gobasto, napolnjeno s krvjo in prstu ne nudi odpora. Namen rektalnega pregleda pri krvavečem ni, da bi ugotovili, kako je s hemoroidi, ampak da otipamo morebitni adenom ali karcinom. Če je digitorektalni pregled negativen, nismo odkrili vzroka krvavitve, zato so potrebne nadaljnje preiskave.

Pregled z inštrumentom

K osnovnim proktološkim preiskavam sodita tudi anoskopija in/ali rektoskopija, ki omogočata pregled notranjosti zadnjika in danke ter odvzem histoloških, citoloških in mikrobioloških vzorcev, v kolikor je potrebno.

SKLEP

Proktološka anamneza in digitorektalni pregled sta obvezen del celostne obravnave bolnika. Nobena moderna preiskovalna metoda ju ne more nadomestiti, vendar ju moramo znati pravilno izvesti. Kakor pri vsaki ročni veččini tudi za digitorektalni pregled velja, da ga moramo redno izvajati, če želimo postati mojster.

MINI PROKTOLOŠKI ATLAS
(foto: B. Mlakar)



Slika 1. *Analna razpoka.*



Slika 2. *Analni čankar (sifilis).*



Slika 3. *Dermatitis in analni sifilis pri HIV-pozitivnem MSM.*



Slika 4. Kronični dermatitis.



Slika 5. Hemoroidalna bolezen 4. stopnje.



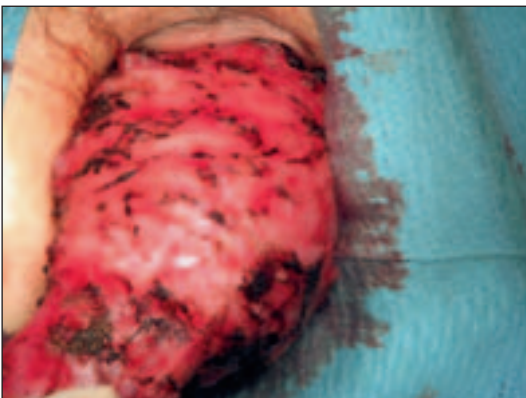
Slika 6. Izpadajoči notranji hemoroid.



Slika 7. Zunanji hemoroidi (kožne gube).



Slika 8. Izpadel adenom rektuma.



Slika 9. Rektalni izpad (prolaps) po opravljeni mukozektomiji.



Slika 10. Intraanalni kondilomi.



Slika 11. Perianalni kondilomi.



Slika 12. Kondilomi, ki zapirajo zadnjikov kanal.



Slika 13. *Hipertrofični analni papili.*



Slika 14. *Bowenova bolezen (lat. Morbus Bowen) zadnjika.*



Slika 15. *Paraanalna fistula.*



Slika 16. Rektovaginalna fistula.



Slika 17. Recidivna ishiorektalna fistula.



Slika 18. Prikaz poteka ventralne transfinkterne fistule z brizganjem razredčenega modrila.



Slika 19. Zunanje ustje fistule.

LITERATURA

1. Bolling DR. Prevalence, goals and complications of heterosexual anal intercourse in a gynecological population. *J Reprod Med* 1977; 19 (3): 120-4.
2. Filipe EV, Strauss SB, Beck EJ, et al. Sexual behaviour among London GUM clinic attenders: implications for HIV education. *Int J STD AIDS* 1994; 5 (5): 346-52.

Prispelo 4. 10. 2008