

Badanie per rectum

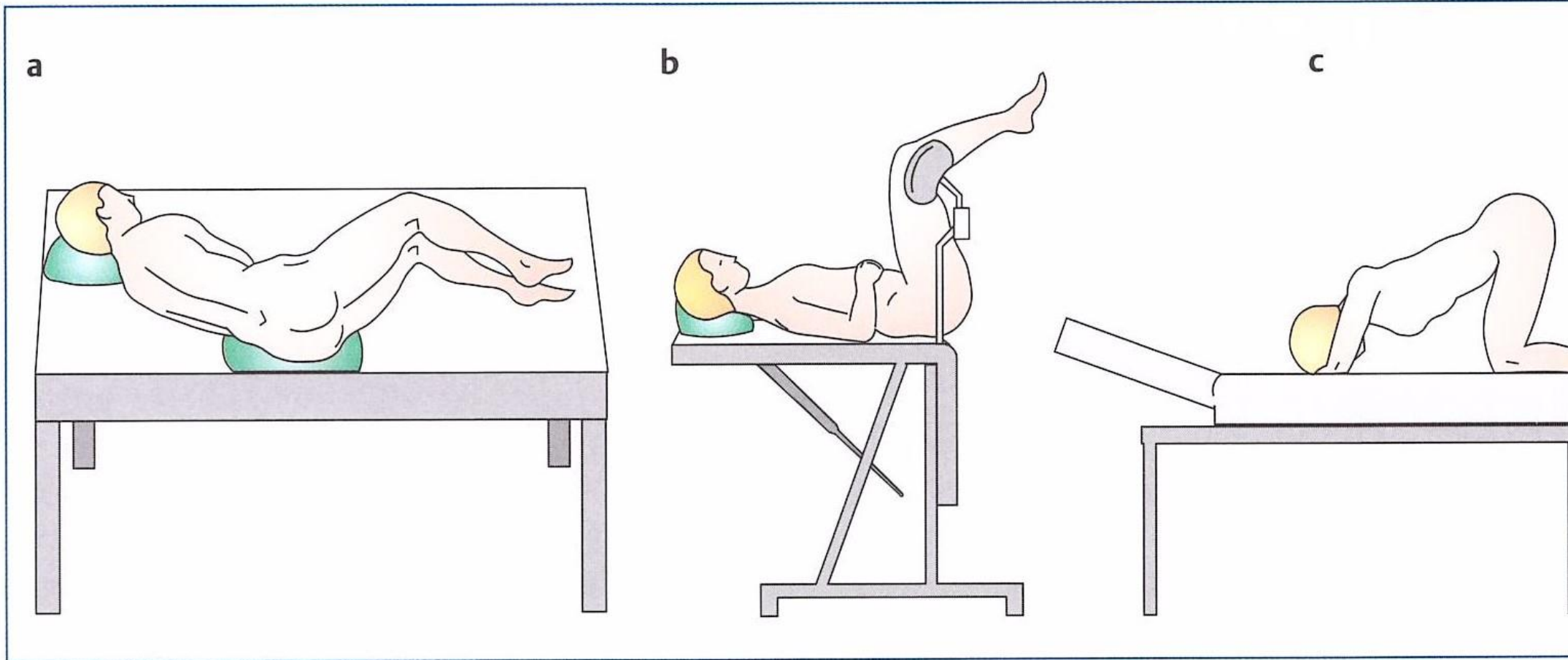
Lek. Adam Skotniczny
III Katedra Chirurgii UJ CM

Jak wykonujemy badanie?

- Badanie polega na wprowadzeniu palca wskazującego lekarza badającego do odbytu pacjenta celem oceny struktur wewnątrz oraz na zewnątrz odbytnicy.
- Badanie należy przeprowadzać z poszanowaniem intymności pacjenta, po uzyskaniu jego zgody (nie musi to być zgoda pisemna), informując go o kolejno podejmowanych działaniach.
- Pacjenta układamy w jednej z trzech pozycji: Pozycja na lewym boku (Simsa), pozycja ginekologiczna (in. litotomijna lub Lloyd-Davies), pozycja kolankowo- łokciowa.
- W sytuacjach szczególnych (badanie śródoperacyjne, w warunkach OIT, badanie w warunkach utrudnionego dostępu) dopuszczalne jest zbadanie chorego w pozycji płasko na plecach- należy jednak mieć na uwadze ograniczoną wartość diagnostyczną tak przeprowadzonego badania.
- Palec wprowadzamy po zastosowaniu substancji zapewniającej poślizg- preferowany jest **żel lignocainowy**. Dopuszczalne jest stosowanie tłustych maści, jednak pod warunkiem, że po badaniu nie będzie używany sprzęt z gumowymi uszczelkami (kontakt z tłustymi maściami powoduje utlenienie uszczelki i tym samym uszkodzenie sprzętu).

adres pacjenta		kierujący lekarz/szpital	
Badanie proktologiczne			
Przyczyna skierowania na badanie:		wypróżnienia	
Wywiad:		używanie środków przeczyszczających	
Ból		operacje odbytu	
udokumentowana zależność od		porody	
przerwy w bólu		przewlekłe zapalne choroby jelit	
Śączenie		polipy, nowotwory złośliwe	
Świąd		wywiad rodzinny: nowotwory złośliwe?	
Pieczenie		Wynik testu na krew utajoną w stolcu	
Brudzenie bielizny			
Krwawienie			
jasnoczerwone kropłowe			
na powierzchni stolca			
wymieszane			
Oglądanie			
Zaczerwienienie, zapalenie kontaktowe			
Przerosłe fałdy anodermi (mariska)			
Szczelina, rozpadliny			
Wypadanie			
Zakrzepica żylnych spłotów odbytniczych			
Przetoka (przetoki)			
Badanie przez odbyt (<i>per rectum</i>)			
Napięcie zwieraczy			
Blizny, zwężenia			
Guz, opór (naciek)			
Gruzoł krokowy, szyjka macicy			
Proktoskopia			
Guzki krwawnicze			
Stopień I, II, III			
Przerośnięte brodawki			
Guz			
Badanie we wziernikach			
Szczelina, krypty odbytnicze			
Ślepe przetoki			
Rektosigmoidoskopia			
Badanie hist.-pat.			
Rozpoznanie			
Leczenie			
Termin kolejnej wizyty			

Ryc. 3.5 Druk protokołu badania proktologicznego.



Ryc. 4.1 Ułożenie do badania proktologicznego.
a Pozycja w leżeniu na lewym boku (pozycja Simsa),

b pozycja ginekologiczna,
c pozycja kolankowo-łokciowa.



Co badamy? Oglądanie

- Ogólny wygląd odbytu (odbyt prawidłowy, odbyt ziejący)
- Zaczernienie, obecność zmian skórnych (np. zmiany egzematyczne)
- Blizny
- Fałdy anodermi
- Ujścia przetok
- Wypadanie odbytnicy/hemoroidów
- Zakrzepowe guzy hemoroidalne (zakrzep brzeżny)
- Krwiaki
- Szczeliny, rozpadliny w obrębie anodermi (rzadko widoczne)
- Guzki wartownicze
- Kłykciny kończyste
- Torbiel pilonidalna- **Nie zapominamy o obejrzeniu całej szpary pośladkowej oraz okolicy krocza!**



Ryc. 8.2 Typowe kontaktowe zapalenie skóry, wywołane przez nietrzymanie stolca spowodowane biegunką w przebiegu zespołu złego wchłaniania.



Ryc. 8.4 Znacznie nasilone ostre kontaktowe zapalenie skóry (tzw. zapalenie skóry z nadmiaru wilgoci). Typowe jest większe nasilenie zmian patologicznych na brzegach w miejscach kontaktu z pośladkami. Tworzenie się płaskiego owrzodzenia.



Ryc. 7.4 Guzki krwawnicze III stopnia (wypadanie odbytu). Guzki krwawnicze wypadają na zewnątrz, nie odprowadzają się samoistnie. Linia zębata jest częściowo przemieszczona na zewnątrz.



Ryc. 7.5 Towarzyszący obrzęk brzegu odbytu wskutek nawracającego wypadania odbytu w przebiegu guzków krwawniczych III stopnia.



Ryc. 7.17 Niezupełnie świeża zakrzepica okołodbytnicza, która powstała przed 3–4 dniami, zlokalizowana na godzinie 4.–6., otaczający wielokomorowy obszar zakrzepicy, nasilony obrzęk okolicznych tkanek.



Ryc. 7.18 Samoistnie perforowana zakrzepica okołodbytnicza, zlokalizowana na godzinie 3. W centralnym obszarze widoczny pozostały skrzep, reakcja obrzękowa w znacznym stopniu ustąpiła. Ten obraz kliniczny odpowiada samoistnemu gojeniu się zakrzepicy.



Ryc. 7.19 Okołodbytniczy krwiak, powstały wskutek urazu. W przeciwieństwie do zakrzepicy okołodbytnicznej rozwija się rozciągające się na dużej powierzchni podskórne wynaczynienie krwi; samoistne wchłonięcie następuje w większości przypadków. Ewakuacja krwiaka nie jest konieczna.

Badanie palpacyjne (właściwe badanie per rectum)

Badaniu podlegają kolejno:

1. Zwieracz zewnętrzny. Napięcie:
 - Prawidłowe
 - Wzmożone
 - Obniżone
2. Błona śluzowa kanału odbytu
3. Błona śluzowa bańki odbytnicy
4. Pętla łonowo- odbytnicza i zwieracz wewnętrzny - polecamy pacjentowi zaciśnięcie odbytu w momencie gdy palec znajduje się w okolicy zagięcia odbytnicy.

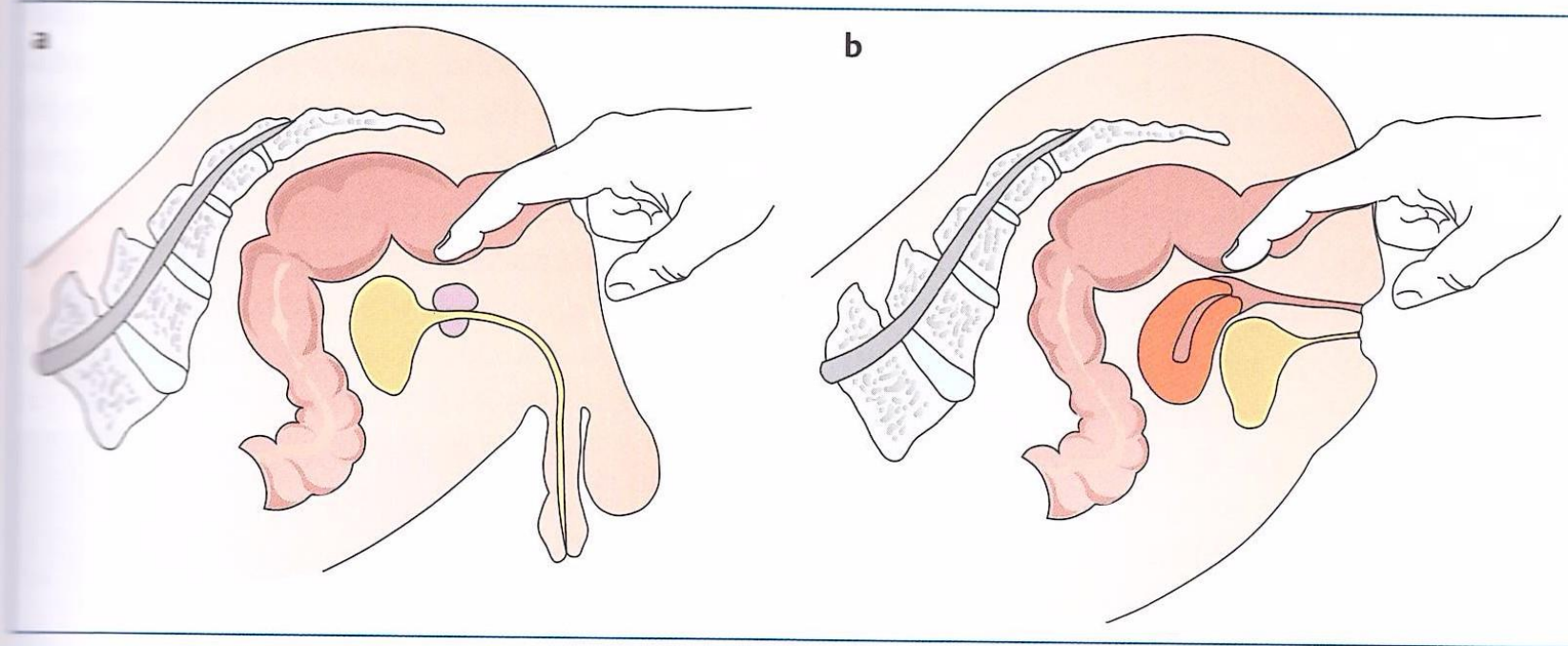
Nic na siłę! Jeżeli badanie, nawet na początkowym etapie jest dla pacjenta bolesne, należy zaniechać jego dalszego przeprowadzania!

W obrębie błony śluzowej poszukujemy:

- Polipów
- Szczelin
- Słupów hemoroidalnych
- Wyczuwalnych guzów

W badaniu dostępne są:

- Gruczoł krokowy (mężczyźni), macica (kobiety)
- Dolny zachyłek otrzewnej (pęcherzowo odbytniczy lub macicznie- odbytniczy tj. zatoka Douglasa)- można stwierdzić obecność płynu
- Ropnie międzyzwieraczowe, rzadziej pozazwieraczowe



Ryc. 4.3a i b Schematyczne przedstawienie techniki badania przezodbytniczego (*per rectum*).

- a** Badanie mężczyzny z badaniem palpacyjnym gruczołu krokowego.
- b** Badanie kobiety z badaniem palpacyjnym macicy: części pochwowej szyjki macicy i szyjki macicy. Jeśli przesuwamy palec badający dalej w obrębie kanału odbytu, udaje się zwykle oznaczyć granicę dolną aparatu zwieraczowego. Przy tym palec badający może zostać ułożony w zagłębieniu między

zwieraczem odbytu wewnętrznym i zewnętrznym. Prostą i ważną metodą sprawdzenia zdolności do trzymania stolca jest ocena funkcji pętli łonowo-odbytniczej. W tym celu należy polecić pacjentowi, aby zaciśnął odbyt, podczas gdy opuszcza palec badający leży grzbietowo na wewnętrznym brzegu kanału odbytu, tam gdzie bańka odbytnicy zagina się pod wyraźnie wyczuwalnym kątem ku tyłowi.

Uwagi praktyczne

Badanie należy zakończyć obejrzeniem rękawiczki (stolec brązowy, smolisty, z domieszką świeżej krwi lub skrzepów, śluzu, innych substancji)

Palec wprowadzamy po przedniej ścianie odbytnicy, delikatnie pokonujemy opory (gruczoł krokowy, macica). Ważne jest by nie wprowadzać palca na siłę na wprost, a „dać się prowadzić” strukturom modelującym ścianę odbytnicy.

Opuszką palca należy zbadać cały obwód dostępnego badania jelita!

U osób otyłych badanie może być utrudnione. Bez przyłożenia odpowiedniej siły, zdolnej pokonać opór tkanki tłuszczowej, przekroczenie kanału odbytu może nie być możliwe. Należy wykonać badanie w maksymalnym możliwym zakresie, ale bez zadawania bólu pacjentowi

Podczas badania zalecana jest obecność innego członka personelu (inny lekarz, pielęgniarka), aby uniknąć potencjalnych problemów medyczno- prawnych.

W trakcie badania należy wykazywać się taktem oraz profesjonalizmem i powstrzymać się od komentarzy- mimo, że czasem bywa to trudne.

Badanie per rectum jest najczęściej zaniedbywaną częścią badania fizykalnego. Należy zbadać **każdego pacjenta w podeszłym wieku oraz każdego pacjenta **zgłaszającego problem z** wypróżnieniem lub dolegliwości w obrębie odbytu.**

Opis badania obejmuje:

1. Obserwacje dokonane poprzez oglądanie (obecność zmian i ich lokalizacja, wygląd odbytu)
2. Ocenę napięcia zwieracza
3. Ocenę błony śluzowej kanału odbytu (kanał odbytu ma 3-5cm długości) wraz z opisem struktury i lokalizacji zmian.
4. Ocena tworów modelujących odbytnicę (fizjologicznych oraz patologicznych)
5. Ocenę błony śluzowej bańki odbytnicy (do około 8cm) wraz z opisem struktury i lokalizacji zmian, zawartość odbytnicy.

Zasady opisu lokalizacji zmian w badaniu per rectum

1. Zmiany lokalizujemy w odniesieniu do brzegu odbytu (mniej dokładne) lub dolnego brzegu zwieracza (ocena bardziej precyzyjna)
2. Opisu zmian na obwodzie opisujemy za pomocą tarczy zegara (zmiana zlokalizowana na godzinie 6, 1, 12 itp.)
3. Zawsze należy podać **odniesienie do pozycji ginekologicznej lub kolankowo-łokciowej.**
4. W przypadku badania w pozycji na lewym boku, **również odnosimy się do pozycji ginekologicznej lub kolankowo-łokciowej!**

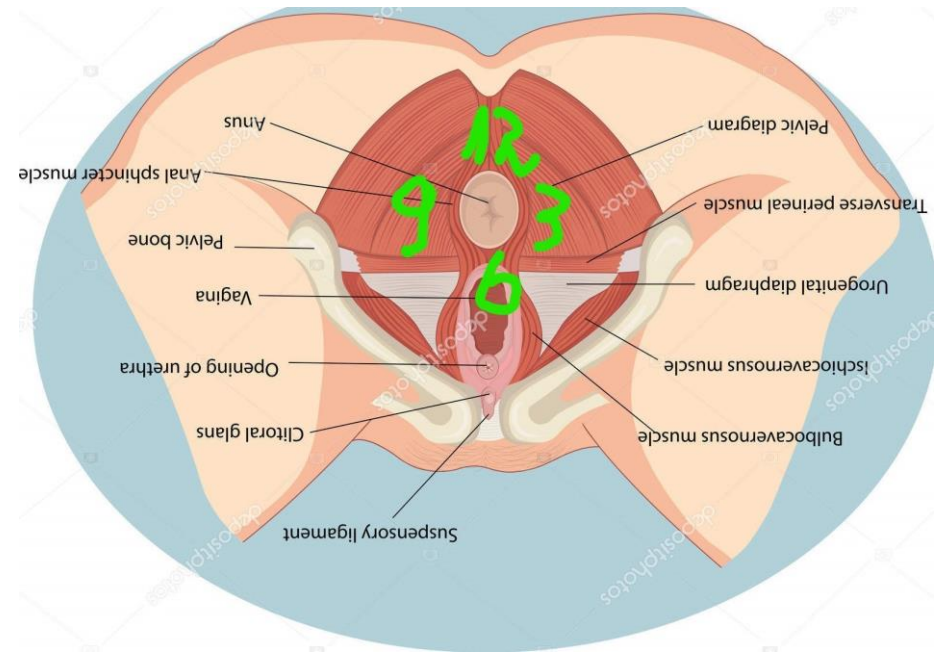
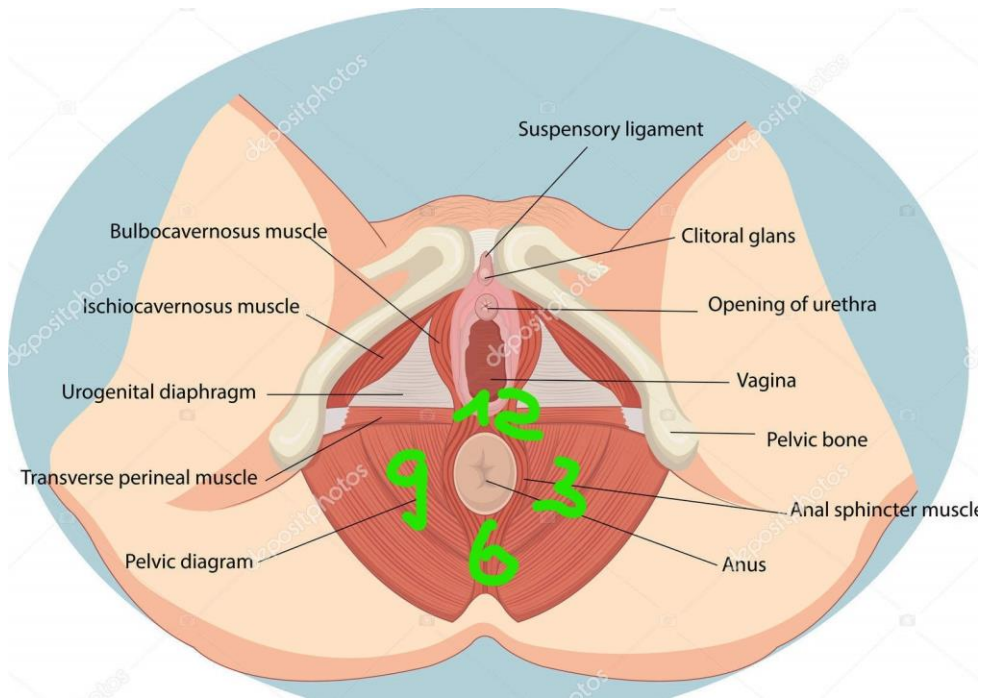
Pozycja ginekologiczna

- Godzinę 12 wyznacza spoidło przednie
- Godzinę 6 wyznacza spoidło tylne



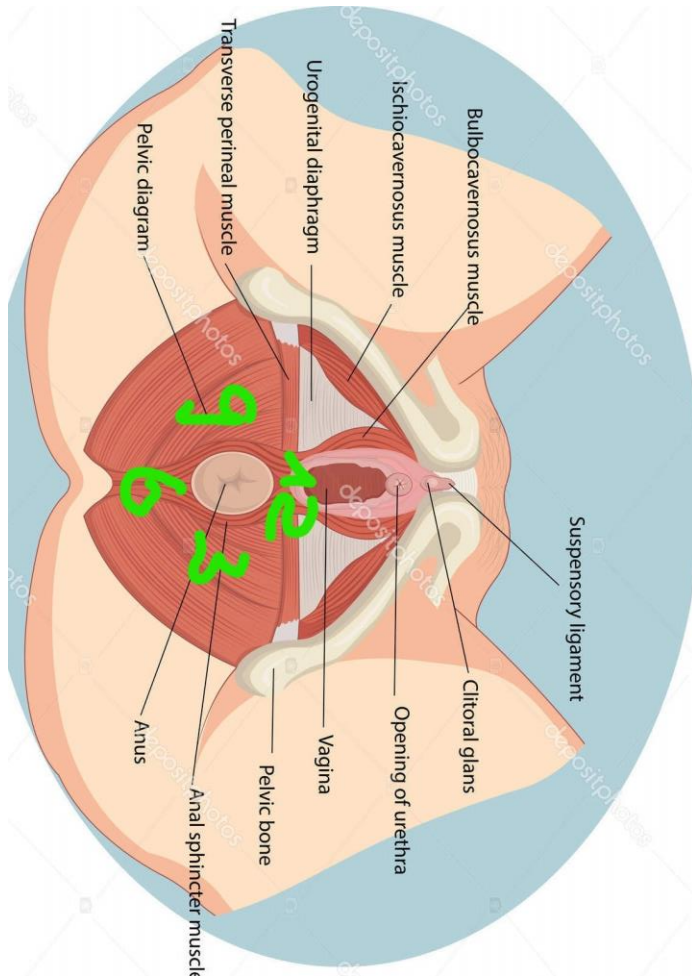
Pozycja kolankowo-łokciowa

- Godzinę 12 wyznacza spoidło tylne
- Godzinę 6 wyznacza spoidło przednie



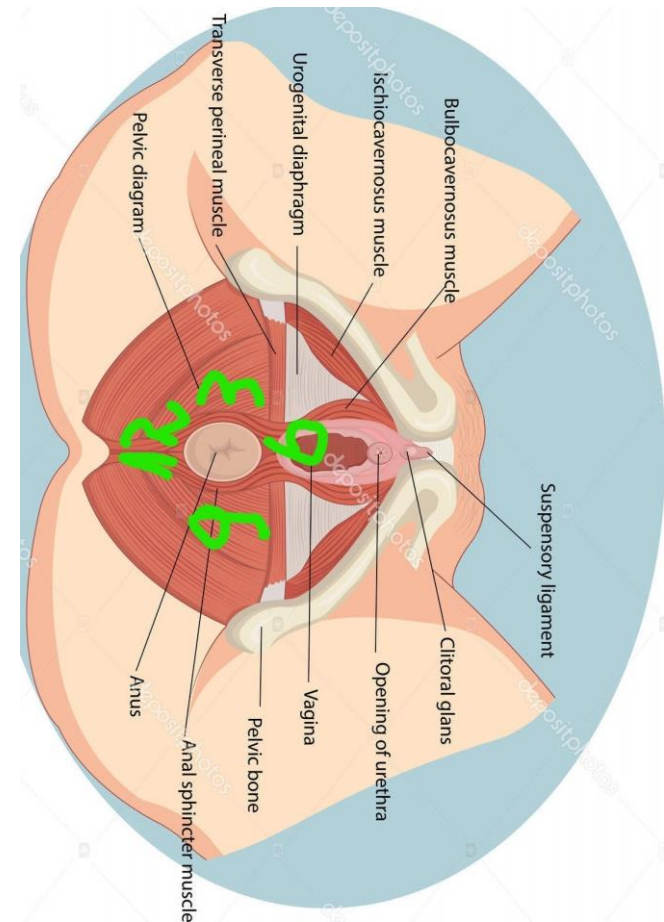
Pozycja na lewym boku

Odniesienie do poz. ginekologicznej



Punktami charakterystycznymi i stałymi anatomicznie jest zawsze spoidło przednie i tylne. Dla porządku, przy opisie badania na lewym boku odnosimy się tylko do pozycji ginekologicznej lub kolankowo łokciowej, nie stosujemy trzeciego rodzaju zapisu.

Odniesienie do poz. kolankowo-łokciowej



Przykładowe opisy badania per rectum

Oglądaniem okolica odbytu bez zmian patologicznych, odbył prawidłowy. PR(per rectum) napięcie zwieracza prawidłowe, w zasięgu palca badającego błona śluzowa odbytu i odbytnicy bez zmian. Gruczoł krokowy niepowiększony, o prawidłowej spoistości, z wyczuwalnym podziałem na płaty. Bańka odbytnicy wypełniona stolcem prawidłowej konsystencji. Na rękawicze ślad brązowego stolca bez domieszki krwi i śluzu.

Oglądaniem okolica odbytu bez zmian patologicznych, odbył prawidłowy. PR napięcie zwieracza prawidłowe, w kanale odbytu bez zmian w zakresie błony śluzowej. W odbytnicy, tuż za kanałem odbytu, na godzinie 9 pozycji ginekologicznej wyczuwalny kalafiorowaty, nieuszypułowany guz, niezamykający światła. Zmiana rozciąga się w głąb poza zasięg palca badającego oraz obejmuje 1/3 obwodu odbytnicy. Ponadto w odbytnicy ślad stolca o gliniastej konsystencji. Na rękawicze ślad brązowego stolca z domieszką świeżej krwi.

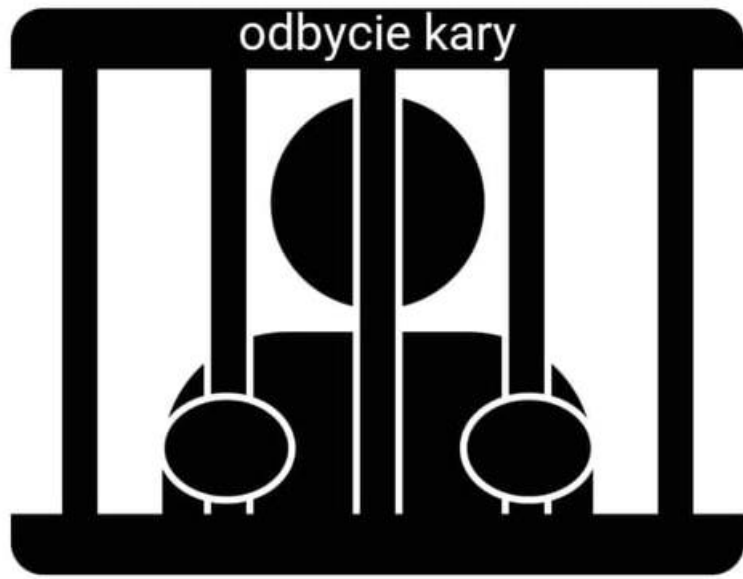
Przykładowe opisy badania per rectum

Oglądaniem na godzinie 5 pozycji ginekologicznej, około 3cm od odbytu widoczne ujście przetoki sączące treścią ropną, poza tym okolica odbytu bez zmian. PR napięcie zwieracza prawidłowe, w zasięgu palca badającego, zmian w zakresie błony śluzowej odbytu i odbytnicy nie stwierdzono. Gruczoł krokowy prawidłowy. Wewnętrzne ujście przetoki niedostępne badaniu. Bańka odbytnicy pusta. Na rękawiczce brak śladu stolca.

Oglądaniem okolica odbytu bez zmian patologicznych, obraz prawidłowy. W kanale odbytu, 2cm od brzegu odbytu, na godzinie 6 pozycji kolankowo- łokciowej wyczuwalny uszypułowany polip średnicy do 1cm. Bańka odbytnicy [...]

Na rękawiczce [...]

Wskazówka: Zmierzenie palca wskazującego od stawu śródrečno- paliczkowego do końca oraz dokonanie kolejno pomiarów paliczka proksymalnego i dystalnego, pozwoli precyzyjniej określić głębokość lokalizacji zmiany oraz jej wymiary.



Dziękuję za uwagę!

- Literatura:

1. Proktologia praktyczna, R. Winkler, P. Otto, T. Schiedeck, red. A. Dziki, Elsevier Urban& Partner, Wrocław, 2013.
2. Ostry Brzuch, J. Kulig, W Nowak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.

