

بیماری فیستول مقعد چیست؟

به صورت کلی فیستول در نتیجه‌ی یک اتصال غیر نرمال میان دو ارگان یا دو سطح و بافت بدن به وجود می‌آید. در فیستول مقعد این اتصال بین دیواره‌ی مخاطی درون کانال مقعد و پوست نزدیک مقعد ایجاد می‌شود که به شکل یک تونل کوچک باریک غیر طبیعی در پایان راست روده ظاهر خواهد شد که به سطح خارجی پوست باز می‌شود. برای درک بهتر فیستول مقعدی آشنایی با حالت طبیعی کانال مقعد لازم است. کانال مقعد در پایانی‌ترین مسیر دستگاه گوارش در حد فاصل دو دریچه‌ی حلقه مانند عضلانی به نام دریچه‌ی داخلی و خارجی مقعد قرار گرفته است. دریچه‌ی داخلی از جنس عضلات صاف و غیر ارادی و دریچه‌ی خارجی از عضلات اسکلتی و تحت کنترل ارادی تشکیل شده است. این دو عضله با هم می‌توانند کانال مقعد را حمایت کنند. ما بین این دو دریچه، غددی قرار گرفته است که غددی مقعدی نام دارند و ترشحات خود را به درون کانال مقعد تخلیه می‌کنند. در صورتی که خروجی یکی از این غدد مسدود شود منجر به عفونت و چرک خواهد شد.

در نهایت فیستول مقعدی در نتیجه این عفونت در نزدیکی مقعد و تجمع چرک در بافت نزدیک آن ایجاد می‌شود. چرک می‌تواند یک کانال کوچک در پشت سر خود بر جای بگذارد و به سطح پوست گسترش یابد. فیستول مقعد در افرادی با سابقه‌ی آبسه مقعد که به درستی بهبود نیافته است، رخ می‌دهد. چرک و حتی ترشحات مدفوعی نیز می‌توانند از این کانال کوچک خارج و در سطح پوست رویت شوند. عفونت ناشی از آبسه می‌تواند در کل بدن نیز پخش شود. فیستول مقعد بر اساس سادگی یا پیچیده بودن و محل قرارگیری و نزدیکی آن به محل دریچه‌های کانال مقعد به انواع مختلفی تقسیم می‌شود. پنج دسته‌ی آن شامل:

فیستول اکسترا اسفنکتریک (Extrasphincteric) از راست روده (قسمتی از روده‌ی بزرگ) آغاز و به سمت پایین کشیده شده و از طریق عضله‌ی لواتور آنی کف لگن به پوست اطراف مقعد باز می‌شود. توجه داشته باشید که این نوع فیستول از خطوط دندانه دار (که غدد مقعد در آن قرار دارد) به وجود می‌آید که می‌تواند از بیماری کرون یا یک فرآیند التهابی مانند آپاندیس و یا آبسه ناشی شود.

فیستول سوپر اسفنکتریک (Suprasphincteric) از بین عضلات اسفنکتر داخلی و خارجی آغاز شده و به سمت بالا گسترش می‌یابد و از عضلات پوبورکتاليس عبور کرده و در حدود یک اینچی خروجی مقعد به پوست باز می‌شود. این فیستول ۲۰ درصد شیوع دارد.

فیستول ترانس اسفنکتریک (Transsphincteric) بین عضلات دریچه‌ی داخلی و خارجی و یا پشت مقعد شروع، از عضله‌ی اسفنکتر خارجی عبور کرده و در فاصله‌ی یک اینچی و یا دورتر از پوست اطراف مقعد خارج می‌شود. این فیستول با شیوع ۲۰ الی ۲۵ درصد به دلیل شکل ظاهری آن که ممکن است شبیه 'U' باشد، گاهی اوقات فیستول نعل اسبی نامیده می‌شود.

فیستول اینتر اسفنکتریک (Intersphincteric) از بین عضلات اسفنکتر داخلی و خارجی آغاز شده و با عبور از عضله اسفنکتر داخلی از قسمت بسیار نزدیک به مقعد خارج می‌شود. شایع‌ترین نوع فیستول مقعدی با شیوع ۵۵ تا ۷۰ درصد است. فیستول زیرمخاطی: این فیستول به صورت سطحی از زیر مخاط عبور می‌کند. این کانال می‌تواند باعث بروز علائم ناخوشایند مانند ناراحتی و سوزش پوست، درد، التهاب و همچنین در برخی از بیماران علائم دیگری چون خونریزی و ترشح در هنگام عبور مدفوع شود. بسته به علت این بیماری و عوامل دیگر ممکن است فیستول با علائم متفاوتی خود را نشان دهد. به دلیل شدت آسیب معمولاً راهی جز جراحی برای درمان فیستول و ترمیم آن پس از مقابله با عفونت ناحیه وجود ندارد.

علل ایجاد فیستول مقعد

معمولاً فیستول مقعد به دنبال یک آبسه مقعدی به وجود می‌آید که بسیار دردناک است. آبسه به دلیل انسداد یکی از غدد درون راست روده ایجاد می‌شود سپس چرک ناشی از آن در بافت‌ها به پدید آمدن یک فیستول مقعدی کمک می‌کند. تخمین زده شده که بین هر چهار فردی که دچار آبسه مقعد می‌شوند دو مورد به فیستول ختم خواهد شد. درمان آبسه معمولاً ساده است که با یک برش پوستی روی آبسه و تخلیه چرک آن انجام می‌شود. تخلیه آبسه می‌تواند در مطب پزشک یا کلینیک تحت بی‌حسی موضعی انجام شود. اغلب موارد در صورتی که آبسه خودبه‌خود تخلیه شود و به صورت کامل بهبود نیابد، فیستول اتفاق می‌افتد. پس دلایل این بیماری به ترتیب عبارت است از:

آبسه مقعدی: فیستول ناشی از آبسه معمولاً دارای علائم کلی عفونت در بدن فرد است که در اغلب موارد تکرار می‌شود، این علائم شامل تب، خستگی، احساس ناخوشی و تورم اطراف دهانه‌ی مقعد است.

از طرفی نادرترین دلایل ایجاد فیستول مقعد که ممکن است ناشی از یک بیماری مزمن در فرد باشد، عبارتند از:

بیماری کرون: یک بیماری طولانی‌مدت که در آن دستگاه و لوله‌های گوارشی ملتهب می‌شوند. در صورتی که علت فیستول این بیماری باشد خود را با نشانه‌های متفاوتی نشان خواهد داد که در تشخیص کمک‌کننده خواهد بود. بیماری کرون در ۲۵ درصد موارد فیستول مقعدی نقش دارد که دارای علایمی از جمله درد شکم، اسهال، از دست دادن اشتها، کاهش وزن، تهوع و استفراغ است؛

دیورتیکولیت: عفونت کیسه‌های کوچک است که در روده بزرگ قرار گرفته است؛

هیدر آدنیت چرکی: یک بیماری پوستی مزمن است که در آن غدد عرق دچار عفونت شده و باعث ایجاد آبسه و زخم می‌شود، در صورتی که این بیماری غدد درون مقعد را درگیر کند به صورت سطحی یا عمقی باعث عفونت و بروز فیستول می‌شود؛

عوارض جراحی در نزدیکی مقعد: فیستول مقعد می‌تواند بعد از عمل جراحی تخلیه‌ی آبسه مقعد رخ دهد، آسیب بافتی ناشی از جراحی‌های مقعدی یا زایمان سخت نیز می‌تواند باعث تغییر شکل سلولی و ایجاد فیستول مقعدی شود؛

ابتلا به سل: سل یک عفونت باکتریایی است که اغلب ریه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما می‌تواند در هر نقطه از بدن رخ از جمله راست روده رخ دهد و باعث آبسه مقعد و فیستول آن شود؛

بیماری‌های جنسی نظیر کلامیدیا یا سیفلیس: برخی از عفونت‌های منتقله از راه جنسی نیز احتمال ایجاد فیستول مقعد را افزایش می‌دهد؛

HIV: با کاهش سطح ایمنی بدن فرد را در معرض ابتلا به عفونت قرار می‌دهد و بدین ترتیب شرایط را برای ایجاد فیستول مقعد مساعد می‌کند؛

سرطان: در سرطان رکتوم احتمال تغییر شکل سلولی و ایجاد تومور در قسمت انتهایی روده بزرگ، یعنی جایی که مدفوع قبل از دفع ذخیره می‌شود وجود دارد که زمینه‌ساز فیستول مقعدی شود؛

زخم ناشی از ضربه و تروما می‌تواند با ایجاد تغییر شکل سلولی و ایجاد زخم و آسیب بافتی شرایط را برای ایجاد فیستول مقعد مهیا کند؛

علائم و نشانه‌های فیستول مقعد، معاینه و تشخیص فیستول

طبیعی است، تغییرات بسیاری که طی به وجود آمدن یک فیستول مقعد در بدن ایجاد می‌شود همراه با نشانه‌هایی بروز کند. نشانه‌ها بر حسب مدت زمان گذشته از ایجاد فیستول و محل آن می‌توانند در هر فردی به شکلی متفاوت ظاهر شوند. علائم یک فیستول مقعد می‌تواند شامل:

التهاب پوست اطراف مقعد: عفونت و تخریب بافتی ایجاد شده در عضلات کف لگن می‌تواند به صورت ملتهب و تحریک پذیر شدن پوست اطراف مقعد و خارش آن به دلیل قرار گرفتن در معرض ترشحات ظاهر شود که بسیار شایع است.

درد: احساس درد ثابت یا ضربان‌دار در مقعد و اطراف آن که ممکن است با تغییر حالت، نشستن و حرکت، اجابت مزاج یا سرفه بدتر شود. دردهای شدید به صورت سوزش و بریدگی احساس می‌شود.

خروج ترشحات بد بو از نزدیک مقعد: در صورتی که فیستول مقعدی به پوست باز شود، ترشحات بد بوی مقعدی که می‌تواند همراه با مدفوع نیز باشد بیرون می‌آید و بوی بدی متساعد می‌کند.

خروج ترشحات خون‌آلود و چرکی از اطراف مقعد: چرک و خون‌آبه‌ی تولید شده در فیستول مقعد می‌تواند از قسمتی که فیستول بر روی پوست سر باز کرده همراه با بوی بدی خارج شود که اغلب پس از خروج ترشحات درد فرد کاهش می‌یابد.

آبسه‌مقعد راجعه (مکرر): آبسه‌های تکرار شونده در ناحیه‌ی مقعد نه تنها دلیل ایجاد فیستول مقعد است بلکه نشانه‌ای از وجود آن نیز هست.

تورم و قرمزی اطراف مقعد و درجه حرارت بالا (تب): با شدت گرفتن التهاب فیستول، عفونت ناحیه آن قدر پیشرفته می‌شود که منجر به درگیر شدن کل بدن، تب و لرز و احساس خستگی در بدن و تورم پوست اطراف مقعد به دلیل التهاب ناحیه خواهد شد.

بی‌اختیاری مدفوع: در برخی موارد ممکن است ناتوانی در کنترل مدفوع و گاز روده رخ دهد.

قابل رویت شدن سوراخ فیستول: در نهایت فیستول مقعد می‌تواند آن قدر پیشرفت کند که با چشم در پوست نواحی اطراف مقعد مشاهده شود.

در صورتی که هریک از نشانه‌های گفته شده را در خود احساس کردید، بهتر است برای جلوگیری از پیشرفت بیماری و بررسی و پیگیری بیشتر به پزشک متخصص مراجعه کنید.

معاینه و تشخیص فیستول مقعد

برخی نشانه‌های واضح فیستول مقعد می‌تواند کمک بزرگی به تشخیص سریع‌تر پزشک کند. پزشک با بررسی نشانه‌هایی که بیمار از بیماری خود توصیف می‌کند و همچنین معاینه‌ی بالینی ناحیه‌ی مقعد در جست و جوی علایم دیگری برای مطمئن شدن از حدس و گمان‌های احتمالی خود است. دقت بیمار در توضیح علائم می‌تواند پزشک را به حدس و گمان‌های نزدیک‌تری به بیماری برساند. گاهی باز بودن سر فیستول از روی پوست قابل مشاهده خواهد بود. گاهی اوقات مشاهده‌ی مقعد کافی نبوده و پزشک لازم می‌بیند که با معاینه‌ی انگشتی درون مقعد را بیشتر بررسی کند و نشانه‌ای از فیستول در معاینه خود پیدا کند. کشیدن یا فشار دادن سر خارجی فیستول به بیرون زدن و دیده شدن منفذ داخلی آن کمک می‌کند. ممکن است ترشحات فیستول یا قرمزی و یا سفتی آن در معاینه دیده و لمس شود. در صورت شک به وجود فیستول نیاز به بررسی دقیق‌تر با وسایل دیگری وجود دارد مانند:

آنوسکوپ: یک وسیله‌ی کمکی برای بررسی درون مقعد است که با کمک آن می‌توان کانال مقعد را دقیق‌تر مشاهده کرد؛

پروکتوسکوپ: وسیله‌ای که به کمک آن می‌توان داخل مقعد را با دقت بیشتری مشاهده و بررسی کرد؛

فیستولوگرافی: با استفاده از اشعه ایکس و رادیوگرافی موقعیت فیستول را مشخص می‌کند؛

سیگموئیدوسکوپی: یک لوله‌ی کوچک و باریک دارای نور است که به کمک آن می‌توان درون مقعد و انتهای راست‌روده را مشاهده کنند؛

ماده حاجب: این ماده حاجب متیلن رقیق به داخل فیستول تزریق می‌شود و به پزشک کمک می‌کند تا موقعیت و مسیر فیستول را مشاهده کند. رنگ این ماده‌ی حاجب به ندرت ممکن است باعث هر گونه عوارض جانبی در بدن فرد شود..

سونوگرافی: با استفاده از پروپ سونوگرافی داخل مقعدی، درون مقعد را با دستگاه سونوگرافی می‌بینند؛

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی: (MRI) با استفاده از این روش می‌توان تصویر تمامی بافت‌های بدن و ناحیه‌ی آسیب دیده را با کمک اشعه‌های مغناطیسی و رادیویی دید؛

گاهی اوقات بررسی دو سر فیستول نیاز به بررسی آن تحت بی‌هوشی وجود دارد. حتی پزشک ممکن است برای تشخیص علت آن اقدام به بررسی آزمایشگاهی و کولونوسکوپی برخی بیماری‌های مزمن کند، مانند:

عفونت‌های مقاربتی؛

سرطان رکتوم؛

بیماری التهابی روده: (التهاب روده زمینه را برای عفونت آن و ایجاد فیستول در مقعد ایجاد می‌کند.)؛

بیماری دیورتیکولی: (بیرون زدگی بافت روده از نقاطی که ضعف عضلانی دارد و سپس عفونی شدن آن می‌تواند به ایجاد فیستول کمک کند).

وقتی پزشک با کمک تمام دستگاه‌ها و تست‌های تشخیصی نوین توانست به تشخیص قطعی وجود فیستول مقعدی دست پیدا کند، اقدامات لازم برای درمان را با توجه به علت ایجاد کننده فیستول آغاز می‌کند. در اغلب موارد چاره‌ای جز جراحی فیستول وجود ندارد.

درمان فیستول با لیزر بدون بازگشت، جراحی فیستول و مراقبت‌های بعد از عمل جراحی

مراقبت بعد از عمل جراحی فیستول مقعد

پیشرفت علم کمک روز افزونی در پزشکی و بهبود راه‌های درمانی بسیاری از بیماری‌ها داشته است. امروزه لیزر توانسته جایگزین بسیاری از اعمال جراحی سنگین و پر عارضه شود. کاربرد لیزر در جراحی فیستول مقعد به دلیل حساسیت و آسیب‌پذیری طبیعی ناحیه‌ی مقعد نسبت به سایر اندام‌ها از بسیاری از مشکلات این روند درمانی کاسته است. لیزر در تمامی اعمال جراحی از مزایای بسیاری برخوردار است. اما به دلیل تک بعدی بودن درمان فیستول مقعد و نبود راهی جز جراحی آن، نقش لیزر پررنگ‌تر و قابل درک‌تر خواهد بود.

در لیزر درمانی فیستول مقعد به جای استفاده از تیغ یا چاقوی جراحی و آسیب زدن به بافت‌های اطراف با کمک اشعه و انرژی ساطع شده از دستگاه لیزر مسیر فیستول را می‌بندند. لیزر درمانی می‌تواند با دقت و تهاجم کم‌تر به عضله‌ی دریچه مقعدی و حتی بدون کمترین خونریزی و درد انجام شود. زیرا لیزر این قابلیت را دارد تا هم اعصاب آسیب‌دیده حین جراحی و هم مویرگ‌های پاره شده را ترمیم کند. این جراحی سرپایی بوده و نیازی به بی‌هوشی عمومی و تحمل عوارض ناشی از آن ندارد.

درمان فیستول با لیزر در مدت محدودتر و با سرعت بیشتری انجام می‌گردد و فرد می‌تواند زودتر از سایر روش‌ها به فعالیت روزمره و کار خود بازگردد. احتمال عود یا عفونت ناشی از آن کم‌تر از سایر روش‌هاست. نگرانی‌ای از عارضه‌ی بی‌اختیاری مقعدی وجود ندارد، زیرا احتمال آن در این روش بسیار کاهش می‌یابد. البته ناگفته نماند لیزر احتمال انتقال بیماری‌های منتقل شونده از خون مانند هپاتیت و HIV را به حداقل و حتی صفر می‌رساند. با ورود لیزر به حیطه‌ی درمانی ترس ناشی از جراحی بیماران و خانواده‌هایشان کم شده و افراد با خیالی آسوده‌تر برای درمان مشکلات خود پا به طاق عمل می‌گذارند. پزشکان نیز از این روش درمانی به دلیل آسانی و کم‌تهاجمی بودن، بیشتر از روش‌های قدیمی و تیغ جراحی استقبال می‌کنند.

درمان فیستول مقعد با عمل جراحی

فیستول مقعد به ندرت ممکن است بدون درمان زخم ایجاد شده التیام یابد. در اغلب موارد، جراحی برای حذف فیستول مورد نیاز است. بسته به نوع فیستول مقعد (ساده یا پیچیده) و موقعیت آن چندین تکنیک استفاده می‌شود که عبارتند از فیستولوتومی،

استن، فلپ آدوانسمنت و پلاگین بیولوژیکی. اکثر روش‌های جراحی فیستول مقعد را می‌توان به صورت سرپایی و بدون نیاز به بستری انجام داد. در فیستول‌های بزرگ و عمیق ممکن است نیاز به مدتی مراقبت پس از جراحی در بیمارستان باشد. معمولاً بیماران می‌توانند در همان روز بعد از عمل جراحی به خانه برگردند، با این حال، نیاز به استراحت برای حداقل چند روز بعد از عمل جراحی برای کمک به روند بهبود وجود دارد. هر یک از تکنیک‌های جراحی مزایا و معایبی به همراه دارند که با توجه به موقعیت و محل قرارگیری فیستول توسط پزشک انتخاب می‌شوند، این روش‌ها شامل:

فیستولوتومی: روشی است که در ۸۵ الی ۹۵ درصد موارد استفاده شده و به صورت یک برش باز در تمام طول فیستول به منظور بررسی و رفع آسیب‌های وارده به تمامی قسمت‌ها انجام می‌شود. در این روش پوست و عضله تونل موجود کامل باز شده و اجازه‌ی ترمیم فیستول از داخل به خارج را می‌دهد و پس از مدتی تبدیل به یک شیار می‌شود. یک الی دو ماه زمان نیاز است تا زخم ناشی از جراحی بهبود یابد.

تکنیک استن: این روش سابقه‌ی دیرینه در درمان فیستول مقعد دارد که در روش سنتی با موی دم اسب یا کتان انجام می‌شده است. در فیستول‌های پیچیده‌تر که در قسمت‌های بالایی قرار گرفته و قسمتی از عضله اسفنکتر را نیز درگیر کرده است، یک نخ بخیه یا لوله‌ی باریک ویژه‌ی تخلیه را برای حداقل شش الی دوازده هفته در فیستول قرار می‌دهند تا به تخلیه‌ی کامل چرک و بهبود فیستول کمک کند. سپس در صورت لزوم جراحی قطعی مورد نیاز انجام می‌شود. این روش برای افراد در معرض خطر ابتلا به بی‌اختیاری مقعدی از جمله بی‌اختیاری گاز روده مناسب است. گاهی اوقات چندین جراحی مورد نیاز دارد.

روش فلپ آدوانسمنت: این گزینه معمولاً در فیستول پیچیده مورد استفاده قرار می‌گیرد که برای افراد در معرض خطر بی‌اختیاری مقعدی کاربرد دارد. با استفاده از قسمتی از بافتی که از رکتوم یا پوست اطراف مقعد برداشته شده است، فیستول را ترمیم می‌کنند. میزان عود گزارش شده از این روش ۵۰ درصد است. شرایط خاصی، مانند بیماری کرون، بدخیمی و سیگار کشیدن احتمال شکست را افزایش می‌دهد. در حد خفیف تا متوسط نیز بی‌اختیاری مقعدی از آن گزارش شده است.

پلاگین بیولوژیکی: یک پلاگین مخروطی شکل ساخته شده از بافت انسانی (مخاط روده انسانی) که برای جلوگیری از باز شدن داخلی فیستول مقعد استفاده می‌شود. این پلاگین را با بخیه به سر داخلی فیستول مقعد متصل می‌کنند. بافت جدید معمولاً در اطراف پلاگین رشد می‌کند و به درمان فیستول کمک خواهد کرد. این روش هیچ خطری برای بی‌اختیاری مقعدی ندارد و میزان مؤفقت این روش بیش از ۸۰ درصد است اما میزان مؤفقت بلند مدت آن نامشخص و احتمالاً کمتر از ۵۰ درصد است. این روش نیاز به بستری ۲۴ ساعت در بیمارستان دارد. این تکنیک با خطر بیشتری عوارضی مانند درد، تشکیل آبسه و یا احتمال جابجایی پلاگین همراه است.

اما به جز روش‌های تهاجمی و جراحی گفته شده امروزه روش دیگری نیز کشف شده که در حال حاضر تنها راه درمان غیر جراحی فیستول مقعد محسوب می‌شود. چسب فیبرین روشی است که در آن ماده‌ی فیبرینی از طریق منفذ فیستول تزریق شده و درون آن را می‌پوشاند، سپس منفذ فیستول با بخیه مسدود می‌گردد. این روش اجازه‌ی رسیدن بافت‌ها به هم و درمان فیستول از قسمت‌های داخلی به خارجی را می‌دهد. این یک روش ساده، امن و بدون درد است که حداقل میزان استرس را در بیمار ایجاد کرده و خطر بی‌اختیاری مدفوعی سایر روش‌ها را نیز ندارد، اما در دراز مدت نتایج این روش ضعیف است. میزان مؤفقت اولیه آن بالا و در حد ۷۷ درصد است که طی ۱۶ ماه به ۱۴ درصد کاهش می‌یابد.

مراقبت بعد از عمل جراحی فیستول مقعد

پس از اتمام جراحی فیستول مقعد و به هوش آمدن بیمار، در اکثر موارد فرد قادر به حرکت، خوردن و نوشیدن بلافاصله پس از هوشیاری خواهد بود و حتی می‌تواند در همان روز ترخیص شود و به منزل باز گردد. اما ممکن است در اعمال جراحی پیچیده نیاز به بستری طولانی‌تر در بیمارستان باشد. در هر صورت ترخیص بیمار به معنی نادیده گرفتن عمل جراحی نیست و فرد باید در منزل تا بهبود نسبی زخم ناشی از جراحی استراحت کند و به توصیه‌های پزشک خود عمل کند. اقدامات مراقبتی و حمایتی پس از جراحی فیستول مقعد شامل:

مصرف داروی ضد درد: بسیاری از افراد پس از عمل جراحی تمایل و نیاز به استفاده از مسکن برای تسکین درد خود دارند که باید با دوز و فاصله‌ی زمانی تجویز شده توسط پزشک خود مصرف نمایند؛

مصرف آنتی‌بیوتیک در صورت لزوم: در افراد سالمی که نشانه‌ای از تب و عفونت ندارند، نیازی به تجویز آنتی‌بیوتیک پس از جراحی نیست. اما آنتی‌بیوتیک ممکن است برای برخی از افراد، از جمله افراد مبتلا به دیابت یا اختلال ایمنی بدن به عنوان پیشگیری تجویز شود؛

تعویض پانسمان: پانسمان ناحیه نیاز به تعویض هر چند روز یک بار دارد که بهتر است فرد برای انجام آن در بیمارستان آموزش ببیند و یا توسط یک پرستار انجام شود. زخم ناحیه طی شش هفته بهبود می‌یابد؛

رژیم غذایی ملین: در دوره‌ی کمون پس از جراحی فرد موظف به رعایت رژیم غذایی پرفیبر و ملین است تا از ابتلا به یبوست جلوگیری کند؛

حمام نشسته‌ی آب گرم: حمام نشسته‌ی آب گرم به مدت ۱۵ دقیقه سه بار در روز نیز طی یک هفته پس از عمل جراحی فیستول به سرعت بهبودی زخم کمک می‌کند؛

پرهیز از نشستن روی زخم: گاهی گذاشتن یک بالش در زیر باسن هنگام نشستن به کاهش فشار روی زخم کمک می‌کند؛

ویزیت پیگیری: برای پیگیری روند درمانی در موعد تعیین شده باید به پزشک معالج مراجعه شود. البته در صورت وجود عارضه یا مشکلی نباید تا ویزیت پیگیری صبر کرد و هر چه زودتر پزشک را از مشکل خود مطلع نمود.

عارضه‌های احتمالی بعد از عمل جراحی فیستول مقعد که در صورت بروز نیاز به پیگیری دارد شامل:

خونریزی شدید

تورم، ترشح یا درد افزایش یافته

حرارت ۳۸ درجه‌ی بدن یا بالاتر

تهوع

یبوست

مشکل در دفع ادرار

بی اختیاری مقعدی

عفونت