

Anal Fissürlerin Tedavisinde İç Sfinkterotomi'nin Önemi

Dr. Onat ARINÇ*

Dr. Hasan DOĞRUYOL**

Dr. Nusret KORUN***

Dr. Fikret KARACA****

ÖZET

1975-1978 tarihleri arasında Bursa Üniversitesi Cerrahi Kliniğinde 29 hastaya iç sfinkterotomi uygulandı. Bu hastalarımızın hepsinde tam iyileşme görülmüş, sadece 4 tanesinde pruritis şikayeti ortaya çıkmıştır. Başarılı sonuçlar kaynak bulguları ile karşılaştırılmıştır.

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF INTERNAL SPHINCTEROTOMY IN THE TREATMENT OF ANAL FISSURE

In between 1975-1978, internal sphincterotomy has applied on 29 patients in the Surgical Clinic of Bursa University. We have seen perfect healing of all of these patients, only 4 of them had the complaint of pruritis. Successful conclusions has compared with the present sources.

Anal bölgede yer alan çeşitli hastalıklar arasında fissürler, bilhassa ağrı ile kendilerini belli edip, hastaların başvuru larını süratlendirir.

Bu konuda cerrahi tedavilerin başarıları yerine sakınca yaratabileceği görüşü halâ, tıp mensupları arasında dahi süregeldiğinden hastalık kronik bir seyirle kişiyi uzun süre rahatsız eder.

Tedavi amacıyla yapılacak iç sfinkterotomiye, kontinans mekanizmasına bıçak sürülemeyeceği endişesi ile karşı çıkanlar, cerrahlar arasında bile yakın zamana kadar çoğunlukta idi.

Bu nedenle, anal fissürlerin tedavisinde tama yakın sonuç alınmasını temin eden anal sfinkterotomi tekniğinin değeri ve önemini, elde ettiğimiz verilerle sunmayı uygun bulduk.

GEREÇ ve YÖNTEM

Anal fissür tanısı koyduğumuz 39 vakanın 22'si kadın, 17'si erkektir. Bu hastalardan 12'si akut dönemde, 27'si kronik dönemde görülmüştür.

Hastalığın süresi 3-4 gün ile 3 yıl arasında değişmekte olup ortalama 4-5 aydır.

Fissürün yerleşme yeri:

Posterior % 80 (32 vaka)

Anterior % 12,5 (5 vaka)

Diğerleri % 7,5 (2 vaka)

olarak bulunmuştur. Hastalar sıklıkla sol yan yatar durumda muayene edilmişler ve kanalın incelenmesi, aşırı duyarlık nedeniyle çocuk anoskopları ile yapılmıştır.

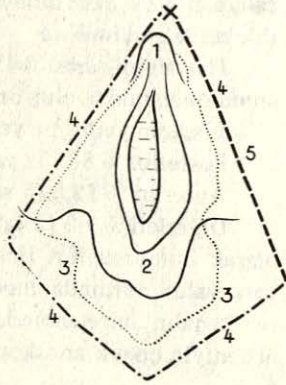
(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Profesörü
(**) " " " " " " " " " " " Uzmanı
(***) " " " " " " " " " " " Asistanı
(****) " " " " " " " " " " " Başkanı

Vakaların % 60'ında bekçi hemoroid (skin tag), % 15'inde polip, % 75'inde anal spazm saptanmıştır.

Hastaların şikayetlerinin başında ağrı (% 87) gelir. Ağrıdan sonra sırası ile kanama (% 80), pruritis (% 30), çamaşır kirlenmesi (% 12) gelir.

Hastalara akut devrelerde medikal tedavi uygulanmıştır. Medikal tedaviden yararlanmayanlarla, kronik olarak devam edenlere iç sfinkterotomi uygulanmıştır. Cerrahi yöntem uygulanan vak'a sayısı 29 dur.

Fissüre bağlı olarak ortaya çıkan kronik ülserin tedavisi için Şekil: 1'de görüldüğü üzere, enfekte bölgenin tamamı varsa mutlaka bekçi hemoroid (skin tag) ile varsa anal polip birlikte eksize edilmelidir. Ancak yüzeysel yapılan bu eksizeyon tedavi için yeterli olmayacaktır. Anal spazmın devamı yara dudaklarının kapanmasına ve derin dokulardaki enfeksiyonun devamına sebep olacaktır. Bu nedenle tedaviye şekil 2'de görüldüğü derinlikte bir iç sfinkterotomi ilave edilir.



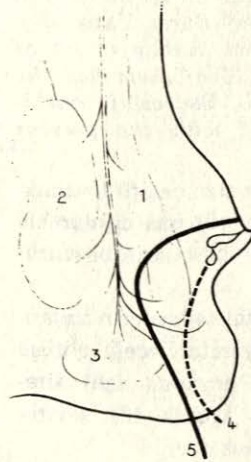
Şekil: 1— Fissür anal'da eksizeyon hudutları
1- Fissürün üst ucu (Polip), 2- Fissürün alt ucu, 3- Bekçi hemoroid veya divertikül, 4- Eksizyon hudutları.

Vakaların hiçbirinde inkontinans oluşmamıştır. Hastaların hiçbirinde bir yıl ile dört yıl arasında değişen takiplerimiz sırasında bir nüks bulgusuna rastlanmamıştır. Sadece 4 vakada pruritis şikayetleri olmuştur.

Kronik konstipe olan hastalarda dahi olayın tekrarladığı görülmemiştir.

TARTIŞMA

Anal kanalın, genellikle arka duvarında ve hemen hemen yüzeysel denebilecek mikro-abselerin etkisiyle ortaya çıkan ülserasyonlar anal fissürlerin oluşmasını temin ederler. Komşu sfinkterin devamlı spazm halinde bulunması ve dışkıının bu bölge ile devamlı ilişkide bulunması, olayın kendiliğinden şifa bulmasını önler. Olayın ilerlemesi aşağı yani dışa olacağından, burada da bir divertikül oluşacak ve bekçi hemoroid veya pli (skin tag) denilen bu oluşum enfeksiyonun bölgede devamlı kalması için en önemli görevi yapacaktır. Bu nedenle klinik olarak anal fissürlerin sınıflandırılmasında



Şekil: 2— Anal fissürlerde yapılan sfinkterotominin kesit hudutları
1- İç sfinkter, 2- Dış derin sfinkter, 3- Dış yüzeysel sfinkter, 4- Fissürün deri hududu, 5- İç sfinkter ve çevre dokularında kesitin derinliği.

fissir önu devresi (prefissür), basit fissir devresi ve kronik (eski) fissir devresi sayılır. Özellikle ilk iki devrede medikal tedavi uygulanmalıdır^{1.2}. St. Marks hastahanesinde tüm fissirli hastalara kendilerine özgü dilatatörlerle ve xylocaine ile ichthyol ihtiva eden kremlerle 9 haftaya kadar süren tedavi uygulamalarına karşın vakaların % 54,2 sinde iyileşme olmuş, bunlarında ancak yarısında şikayetler tekrarlamamıştır¹.

Kadınlarda erkeklere oranla iki kez fazla görülen bu olay, sıklıkla 30-50 yaş arasında yer almaktadır.

Fissirlerin oluşunda, kronik konstipasyon en sık belirtilen faktör olmakla beraber³, şiddetle diareler, doğum sonrası olayları, travmalar bölgede infeksiyonun bulunması gibi değişik etkenler de sayılabilmektedir.

Anal fissirlerin tedavisinde, medikal tedaviden yararlanmıyan vakalarda kullanılan bir diğer yöntem, genel anestezi altında yapılan anal dilatasyonu belirtmek gerekir. Bu yöntemi hala kullananlara karşın artık terk edilmiş bulunmaktadır. Sadece cerrahın uygulayacağı güce bağımlı olan bu teknik sonucu geniş yırtıklar oluşabilmektedir. Ayrıca yaratacağı aşırı ağrı refleksi anestezi altında dahi senkopların oluşmasını önleyemez². Görmeden ve derinliği saptanmadan yapılan dilatasyonun ölçülemeyen boyutları az da olsa inkontinansın yerleşmesine imkan verir⁴. Ayrıca tüm infeksiyon odakları ile birlikte fissürün, divertikülün, bekçi hemoroidin veya polipin yerlerinde kalmasını engelleyemez. Nüks oranı % 16-28 arasında değişir^{5.6.7}.

Küçük cerrahi yöntemleri arasında bazı cerrahlar, fissir altına yaptıkları lokal anestezi infiltrasyonu ile sklerozan madde injeksiyonu denerler. Ancak bazen aşırı ağrıların oluşmasına neden olan bu tekniğe bağlı olarak sklerozan maddeye gösterilen intolerans nedeniyle fistüller de oluşabilir.

Sayılan bu tekniklerin dışında en bilimsel yaklaşımın, bütün bu olaya iştirak eden kısımların, fissir alanı, bekçi hemoroid (skin tag), varsa divertikül veya anal polipin geniş olarak eksizyonu gerekir^{1.2}. Tedavinin bu geniş eksizyondan temin edileceği görüşünden hareket eden cerrahlar, müdahalenin hemen sonrasında hastanın çok şiddetli ağrı şikayetleri ile karşılaşmışlardır. Bu cerrahlar, eksizyonun ne kadar geniş ve derin olursa ağrının da o kadar az olduğunu uygulamaları sonucu görmüşler ve ilk sfinkter liflerinin kesilme eğilimi de böylece doğmuştur. Bugün için eksizyonun yeterli genişlikte yapıldıktan sonra bu tekniğe iç sfinkter liflerinin yönlerine dik bir kesi yapılması ilave edilmiştir⁸.

Kronik anal fissir tedavisinde, internal sfinkterin kesilmesi ilk defa Eisenhammer tarafından 1951'de gerçekleştirilmiştir^{9.10}.

İsminden de anlaşılacağı gibi sfinkterotomi, iç sfinkter adalesinin liflerine dik kesilmesidir. Bu kesinin alt hududu sfinkterin alt hududu olup kesi sırasında gerek rengi gerekse sıkı yapısı nedeniyle kolaylıkla ayırdedilebilir. İnsizyonun üst hududu ise anal kanal içinde fissürün eksizyon hududuna kadardır. Morgagni kriptalarının daha da üzerine gitmenin hiçbir yararı yoktur, sfinkterin kesilmesinden sonra sfinkter sisteminde bir gevşeme hissedilmelidir. Bu teknikte ağrı önlenebilir ve tedavi oranı yüksek olup nüks oranı % 0-8 arasında bildirilmiştir^{4.5.8.11}.

Bu teknik sayesinde ameliyatın hemen sonrasında ağrı şikayeti kalkmakta ve spazm çözülmektedir. Hasta 5. gün kendini tamamen iyileşmiş hissetmektedir. Yaranın kapanması banyoların yardımı ile, genellikle 7 haftada iyileşir denilirse de^{5.2} iyileşme 2 ilâ 3 haftada gerçekleşmektedir³. Hasta normal yaşamına ve görevine devam etmekte, ancak histolojik sikatrizasyonun 25-30 günde tamamlanabileceği bildirilmiştir². Başlangıçta

SONUÇ

gaz tutamamaya benzer bir his bazı hastalarda belirtilmesine rağmen, bir ay içinde bu tip şikayetlerin kesinlikle kalmadığı görülmüştür⁷. Gerek sulu gerek katı maddelerle ilgili inkontinans tek bir hastada dahi olmamıştır.

Lock'un¹ yayınında görüldüğü üzere bekçi hemoroid (skin tag) bulunan vakalar konservatif tedaviden yararlanamamaktadır. Bu tür tedavide % 72,5 oranında nüks bildirilmiştir. Lateral sfinkterotomi de ancak bu tür bir bekçi hemoroid bulunmayan hastalara uygulanabilmektedir. Bunun için bekçi hemoroid (skin tag) bulunan hastalarda sfinkterotominin fissür bölgesinde yapılmasında yarar olmaktadır. Fibröz polip içinde aynı gerekçe bulunmaktadır. Bizim vakalarımızda da % 60 bekçi hemoroid ve % 15 anal polip mevcuttu. Bizim hastalarımızın hiçbirinde nüks olmamıştır.

Sonuçların bu denli başarılı olduğu sfinkterotomi ile birlikte yapılan anal fissürün eksizyonu, bu hastalığın kesin tedavisi olduğu ve bu tekniğin korkacak hiçbir nedeni olmadığı kesinlikle ortadadır.

Bugün artık iç sfinkterotomi tamamen kabul edildiği için, tartışmalar giderek, lateral sfinkterotomi ile fissür bölgesinde yapılan sfinkterotomiden hangisinin daha etkin olacağı konusuna yönelmektedir^{4,9,10,13,14}. Ray¹⁴ ve Hunter¹⁰ sfinkterotomi için lateral kesiyi tercih etmektedirler. Ancak bu tekniğin hudutlu vakalarda kullanılacağını yukarıda bildirmiştik. Ayrıca bu uygulama sırasında, subkütan hematoma, granüloma, infeksiyon, abse oluştuğu gibi^{4,9} internal hemoroidlerde de prolapsus bildirilmiştir^{8,12}.

Vakalarımızın çoğunda olayın devamına etkin olan, polip ve bekçi hemoroid gibi oluşumlarında bulunması nedeniyle tercih ettiğimiz fissür bölgesinde iç sfinkterotomi tekniği tüm uygulamalarımızda kesin başarıya ulaşmamızı temin etmiştir.

Uygulamalarımızdan elde ettiğimiz başarılı sonuçların yapılan yayınlarda doğru orantılı bulunması, iç sfinkterotomi uygulanmasının anal fissür tedavisinde kaçınılmaz bir cerrahi yöntem olduğunu vurgulamıştır. Ameliyatın başarısı fissür, polip ve bekçi hemoroidin eksizyonu ile artmaktadır ve komplikasyonlar tartışıldığı üzere minimaldir.

KAYNAKLAR

1. LOCK, M.R., THOMSON, J.P.S.: Fissure-in-ano: The Initial Management and prognosis. Br. J. Surg. Vol. 64, 1977, p. 355.
2. ROOL, G.: Les Spincterotomies Anales dans le Traitement des Fissures et Fistules-Masson Cie. Paris 1969.
3. HUGHES, E.S.R.: Anal Fissure Br. Med. J. 2: 803, 1953.
4. RUDD, A.: Lateral Subcutaneous Internal Sphincterotomy. Dis. Col. Rec. 18 : 319, 1975.
5. HAWLEY, P.R.: The Treatment of Chronic Fissure-in-ano. A Trial of Methods Br. J. Surg. 56: 915, 1969.
6. GOLIGHER, J.C.: An Evaluation of Internal Sphincterotomy and simple Sphincter Stretching in the Treatment of Fissure-in-ano. Surg. Clin. N. Amer. 45: 1299, 1965.
7. WARTS, J. Mck., BEUNETT, R.C. and GOLIGHER, J.C.: Stretching of Anal Sphincter in Treatment of Fissure-in-ano. Br. Med. J. 2: 342, 1964.
8. MAZIER, W.P.: An Evaluation of the Surgical Treatment of Anal Fissures. Dis. Col. Rec. 13: 222, 1972.
9. ABCARIAN, H.: Lateral Internal Sphincterotomy A New Technique for Treatment of Chronic Fissure-in-ano. Surg. Clin. N. Amer. 55: 143, 1975.

10. HUNTER, A.: Anorectal Problems: Lateral Subcutaneous Anal Sphincterotomy Dis. Col. Rec. 18:665, 1975.
11. HARDY, K.J.: Internal Sphincterotomy, An appraisal with Special Reference To Sequale Br. J. Surg. 54: 30, 1967.
12. NOTARES, M.J.: The Treatment of Anal Fissure by Lateral Subcutaneous Internal Sphincterotomy: A Technique and Results. Br. J. Surg. 58: 737, 1971.
13. MILLER, D.: Subcutaneous Lateral Internal Sphincterotomy for Anal Fissure Br. J. Surg. 58:737, 1971.
14. RAY, J.E., PENFOLD, J.C., GAT-RIGHT, J.B. Jr.: Lateral Subcutaneous Internal Anal Sphincterotomy for Anal Fissure Dis. Col. Rec. 17: 139, 1974.