

Anal fissür hastalığı ve tedavi

Dr.Seher DEMİNER, Dr.Şerife ŞİMŞEK, Dr.Bülent GÜNGÖR, Dr.Cihan BUMİN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD



Dr. Seher DEMİNER

Anal fissür anal kanalın iç yüzünü örten anoderm üzerindeki ağrılı, hassas bir defektir. Genellikle linea dentata ile anal verj (mukokutan bileşke) arasındaki mesafede oluşur. Hastalığın akut yada kronik formu söz konusu olup özellikle defekasyon sırasında kanama ve ağrı ile kendini belli eder. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmekte olup sıklıkla 3. ve 4. dekatın hastalığıdır. (1, 2, 3)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'da 1994-97 yılları arasında 80 hastaya kronik anal fissür tanısıyla cerrahi tedavi uygulanmıştır. Yaşları 16-67 arasında değişen bu grupta yaş ortalaması 37.3 olup olguların 57 tanesi kadın, 23 tanesi erkektir. Etiyolojide konstipasyona bağlı büyük ve sert gaita parçalarının travması yada isale bağlı travma, zor doğumlar, homoseksüalite gibi anormal cinsel ilişkiler ve yabancı cisimler suçlanmaktadır. Yine inflamatuvar barsak hastalıkları yada geçirilmiş anal bölge ameliyatları da fistül oluşumuna neden olabilir. (2, 4)

Fissür oluşumunda internal anal sfinkterin basıncının yüksek oluşu, eksternal anal sfinkter liflerinin anatomik pozisyonu ve bu bölgenin iskemisi suçlanmaktadır. Anal sfinkterlerin anatomik pozisyonuna göre posterior ve anterior-ordan yırtılmalar oluşabilmektedir. Süperfisiel eksternal anal sfinkterin anterior ve posterior-dan fikse olması bu bölgelerde defekasyon sırasında aşırı gerilim oluşmasına neden olmaktadır. İnternal anal sfinkter anüsün istirahat basıncından sorumludur. Yapılan çalışmalarda anal fissürlü hastalarda kontrol grubuna göre yüksek anal sfinkter basıncı tespit edilmiştir. (1, 2)

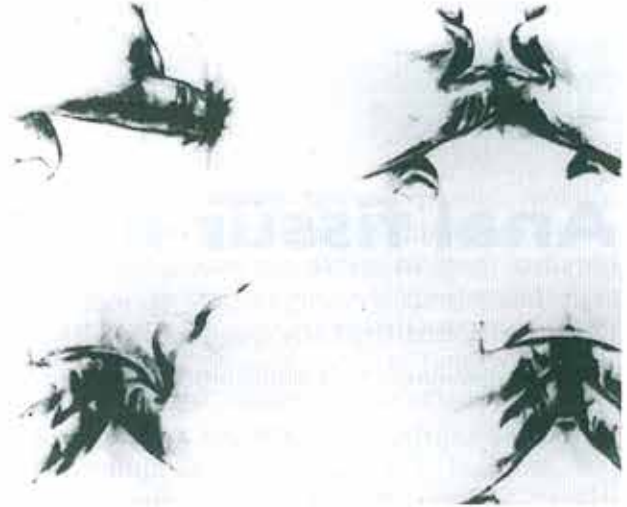
Doppler laser flowmetry ile anodermal kan akımının posterior hatta azalmış olduğu tespit edilmiş ve bu bölgedeki iskeminin fissür oluşumunda etken olduğu ileri sürülmüştür. (2)

Hastalığın teşhisinde anamnezde özellikle defekasyon sırasında belirginleşen anal ağrı mevcuttur. Ağrı; yırtıcı, kesici yada yanıcı bir his olarak tarif edilir. Genellikle defekasyon sırasında farkedilen damla damla parlak kırmızı renkli kanamaya ilaveten hastaların % 50 sinde kaşıntı ve akıntı şikayeti de mevcuttur. Şiddetli ağrısı olan kimi olgularda disüri, pollaküri ve idrar retansiyonu da görülebilir. (2, 3)

Kliniğimizde tedavi edilen 80 olgunun başvuru şikayetlerine baktığımızda;

- 40 hastada ağrı (% 40)
- 18 hastada kanama (% 22)
- 22 hastada hemoroid (% 28)

nedeniyle başvurdukları görülmüştür. 57



tanesinde (% 71) kronik konstipasyon yakınması bulunmuş olup 7 hastamız önceden hemoroidektomi geçirmiştir. Ferguson kliniğinde anal fissür tanısıyla ameliyat edilen 100 hastanın 44 tanesi hemoroid, 33 tanesi kanama, 23 tanesi ağrı yakınması ile başvurmuştur. (3)

Anal fissür diz-dirsek pozisyonunda anorektal muayene yada anoskopi ile belirlenebilir. Sentinel pili yada hipertrofik anal papilla görülebilir. Muayenede her iki kalça laterale doğru ayırıldığında hasta şiddetli ağrı duyabileceğinden topikal anestetik uygulamak gerekebilir. (1, 2)

Akut anal fissürlerde fissür kenarında fibrotik doku saptanmaz. Fissür kenarları belirginleşmiş bir ülser halini almış ise bu bir kronik anal fissürdür. Kronik anal fissürlerde fibrozis yada enfeksiyona bağlı olarak oluşan nöbetçi meme (sentinel pili) bulgusu da sıklıkla mevcuttur. Nöbetçi meme 3-4 cm boyuta ulaşabilir. Kronik anal fissürün apeksinde ise genellikle anoskop yardımıyla hipertrofik anal papilla görülebilir. Kronik anal fissür tabanında genellikle internal anal sfinkter lifleri görülebilir. (1)

Kliniğimizin 80 olgusundan hemoroid yakınması ile gelen 22 olgunun (% 28) fizik muayenesinde sadece 9 (% 41) tanesinde fissüre ilaveten hemoroid bulunmuş, geriye kalan 13 (% 59) hastanın ise hemoroid olarak belirttiği yakınmasının gerçekte skin tag (deri katlantısı) olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla anal fissür hastalarının zaman zaman düştükleri bu

yanılgının ülkemiz koşullarında hekimlerin yalnızca anamneze dayalı tedavi uygulaması yerine mutlaka titiz bir anorektal muayene yapma yoluna sevketmesi gerektiğine inanıyoruz.

80 hastamızın fizik muayenesinde;

- 67 olguda posterior (% 84)
- 7 olguda lateral (% 9)
- 6 olguda anterior (% 7) pozisyonunda yerleşmiş anal fissür tespit edilmiştir. Hastalarımızdan;
- 51 olguda anal tag (% 63)
- 11 olguda fissür + hemoroid (% 24) tespit edilmiştir.

Ayrıncı tanıda iyileşmesi geciken yada rekürren, atipik lokalizasyonlu fissürlerde inflamatuvar barsak hastalıkları akla gelmelidir. Kronik anal pruritis, herpes, sfiliz, şankroid ve tüberküloz enfeksiyonları ile epidermoid karsinomlar da ayrıncı tanıya giren diğer lezyonlardır. (2, 3)

Günümüzde anal fissür tedavisi medikal yada cerrahi yöntemlerle yapılmaktadır. Tüm hastalarda başlangıçta medikal tedavi mutlaka denenmelidir. Kısa süreli akut süperfisyal anal fissür semptomları genellikle medikal tedaviye iyi cevap verip kısa sürede semptomatik iyileşme sağlanabilir. Bu vakalarda psyllium yada metil sellüloz gibi gaita yumuşatıcılar, yüksek oranda lifli besin içeren diet uygulaması, yeterli hidrasyon, sfinkter spazmını çözmek için defekasyon sonrası sıcak oturma banyoları önerilmektedir. Büyük hacimli olan

gaita anal sfinkterde doğal dilatasyon sağlayarak spazmı azaltır. Topikal anestetikler, hidrokortizon içeren antiinflamatuvar etkinlik gösteren kremler etkili olabilmektedir anestetik içerikli maddelerin uygulanması hastalarda perianal dermatite neden olabilmektedir, sup-pozituarların kullanımından olabildiğince kaçınılmalıdır çünkü uygulanımı ağrılıdır, ayrıca rektumun yüksek kısımlarına kaçabilir ve esas etki beklenen anal fissür bölgesinden uzaklaşarak etkisiz hale gelebilir. Medikal tedavi için kas gevşeticiler ve antispazmodiklerin kullanımı da desteklenmektedir ancak henüz yeterli sayıda kontrollü çalışma rapor edilmemitir. Hastalar semptomların gerilemesinden sonra birkaç hafta daha yumuşak gaita çıkarmaya yönelik rejimlerine ve yöntemlere devam etmelidirler çünkü tek bir sert gaita iyileşen anal fissürün yeniden açılmasına neden olacaktır. (1, 2, 3, 5) Medikal tedavinin özellikle batı ülkelerinde kimi zaman bir tercih nedeni olması bu ülkelerdeki anal fissür olgularının büyük bir bölümünün HIV ile enfekte homoseksüel erkekler olmasından dolayı cerrahi komplikasyon endişesidir. (4) Akut semptomatik anal fissürlerde konservatif tedaviye ilaveten hijyenin de çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. (5)

Kliniğimize başvuran 80 olgudan 58 tanesi (% 73) uyguladığı medikal tedaviye rağmen iyileşmeyen olgulardır. Medikal tedaviye yanıt alınamayan yada şiddetli ağrı, kanama gibi yakınmaları olanlarda cerrahi uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi gerekirse poliklinik koşullarında ayaktan gelen hastalarda lokal anestezi ile uygulanabilmekte ve % 93 oranında başarılı sonuçlar alınmaktadır. Anal fissürlerde sıkça uygulanan cerrahi teknikler; fissür eksizyonu, lateral internal anal sfinkterotomi (LIS) ve genel anestezi altında yapılan anal sfinkterin dilatasyonudur. (2, 3, 5, 6)

Anal sfinkter dilatasyonu ilk defa 1973 yılında kullanılmış olup Goligher tarafından LIS'e alternatif olarak düşünülmüştür. Genel anestezi altında 4 ila 8 parmak anal kanal içine yerleştirildikten sonra anterior ve posterior yada laterale doğru birkaç dakika süre ile dilatasyon yapılır. (2)

Fissür eksizyonu; anahtar deliği (keyhole) deformitesine yol açabileceği için fissürle birlikte süperfisial fistül, prolabe hipertrofik papilla

yada cilt katlantısına (skin tag)bağlı hijyen bozukluğunda önerilmektedir.

LIS; jinekolojik pozisyonda lateralden yapılan cilt insizyonu ile internal sfinkterotomi ve sonrasında cildin primer kapatılmasından ibarettir. Bu teknikle daha hızlı iyileşme ve daha az post-operatif ağrı izlenmektedir. Lateral subkutan internal sfinkterotomi tekniği de aynı şekilde lokal anestezi ile uygulanabilmektedir. LIS sonrası laksatifler, oturma banyosu ve hafif anal-jezikler kullanılabilir. 48 saat içinde ağrı hemen tamamen ortadan kalkmakta ancak fissürün iyileşmesi haftalar alabilmektedir. Bu da ağrı nedeninin internal anal sfinkterin spazmı olduğunu göstermektedir. (1, 2, 3)

Kliniğimize başvuran 80 hastaya uygulanan tedavi tipleri şu şekildedir:

- 7 hastaya fissürektomi (% 9)
- 37 hastaya LIS (% 46)
- 24 hastaya fissürektomi + LIS (% 30)
- 3 hastaya fissürektomi + hemoroidektomi (% 4)
- 5 hastaya LIS + hemoroidektomi (% 6)
- 4 hastaya anal dilatasyon (% 5)

Hastalarımızdan fizik muayenede anal tag tespit edilen 51 olgudan 29 tanesine fissürektomi ve/veya LIS'e ilaveten anal tag eksizyonu da yapılmıştır.

Akut fissürlerde konservatif tedavinin, kronik fissürlerde ise cerrahi tedavinin başarılı sonuç verdiği belirtilmektedir. Yine semptomatik ve manometrik değerlendirme sonuçlarına göre kronik fissürlerde cerrahi tedavi sonuçlarının medikal tedaviye oranla daha başarılı olduğu, akut fissürlerde ise fark olmadığı belirlenmiştir. (3)

Bir çalışmada medikal tedavi ile akut fissürlerde ortalama iyileşme zamanı 45 gün, kroniklerde ise 40 gün olarak verilirken cerrahi tedavi ile akut fissürlerde 40 gün, kroniklerde ise 30 gün olarak bildirilmektedir. (7) LIS sonrası gaz-gaita inkontinansı görülebileceğinden günümüzde cerrahi dışı modalitelerden farmakolojik sfinkterotomi üzerinde duran çalışmalar da vardır. (8, 9)

Kliniğimizin anal dilatasyon yapılan 4 olgusu dışındaki toplam 76 olgu postoperatif 24 ve 48.saatlerde ağrı cevabı, operasyondan 2 ve 4 ay

sonra da yara iyileşmesi ve gaz inkontinansı açısından değerlendirilmiştir. Ağrı cevabının değerlendirilmesi vizüel analog skala (VAS) kullanılarak ağrı şiddet skorunun belirlenmesi ile yapılmıştır. Hastadan; hissettiği ağrının şiddetini 0-10 arasındaki bir değerle göstermesi istenmiştir ve buna göre hasta sonuçları şu şekilde gerçekleşmiştir;

	Hasta sayısı	24. Saatte ağrı	48. Saatte ağrı
Fissürektomi (F)	7	9	7
LIS	37	3	1
LIS + F	24	6	5
F + Hemoroidektomi	3	9	8
LIS + Hemoroidektomi	5	7	4

Her bir grubun ağrı şiddet skorlarının ortalaması alınmıştır. 76 olgumuzun operasyon sonrasında 24 ve 48 saatteki ağrı cevaplarını ele aldığımızda VAS skoruna göre en az ağrı yalnızca LIS yapılan grupta, en şiddetli ağrı ise fissürektomi + hemoroidektomi yapılan grupta gözlenmiştir. Gruplardaki hasta sayısı eşit olmakla birlikte 37 kişilik LIS grubunda ağrı cevabı açısından bir homojenizasyon olup şiddet skoru postoperatif 24. saatte ortalama 3 iken, 48. saatte ortalama 1 olup 37 kişilik grubun azımsanamayacak bir kısmında 0'a inmektedir.

Yara iyileşmesi bakımından ilk 2 ayda izlemde tutulan hastalarda yara iyileşme süresinin en kısa bulunduğu grup LIS grubu olup ortalama 2 hafta idi. Fissürektomi + hemoroidektomi yapılan hastalarda yara iyileşmesi ortalama 4-6 hafta arasında değişmekte olup en uzun süre bu grupta bulunmuştur.

Ortalama yara iyileşme gün sayıları aşağıdaki şekilde gerçekleşmiştir:

	Yara iyileşmesi
Fissürektomi (F)	22 gün
LIS	13 gün
LIS + F	26 gün
F + Hemoroidektomi	41 gün
LIS + Hemoroidektomi	33 gün

Cerrahi tedaviye tabi tutulan olgularımız operasyondan 4 ay sonra gaz-gaita inkontinansı açısından sorgulanmışlar ve dijital muayenelerinde yalnızca LIS + Hemoroidektomi ve LIS + Fissürektomi yapılan gruplardan birer tanesinde, toplam iki hastada gaz-gaita inkontinansı tespit edilmiştir.

Hastalarımızın takibinde belirlediğimiz diğer bir sonuç ise anal tag'i olup eksizyon yapılmayan 22 hastadan 18 tanesinin kontrollerinde; yara iyileşmesi, ağrı ve inkontinansla ilgili bir problemleri olmadığı halde elle tag'i hissetmeleri nedeniyle hastalıklarının devam ettiği düşüncesinde olmaları idi.

Bir seride; LIS yapılmış 98 hastanın ortalama 41 aylık takibinde hastaların % 90'ında orta ve iyi derecede semptomatik iyileşme saptanmış, % 18'inde ise anal inkontinansla ilgili minör problemler saptanmıştır. (10) Yine LIS'in ağrıyı azaltma ve hızlı iyileşme yönünden posterior sfinkterotomi ve fissürektomiye göre sonuçlarının daha iyi olduğu, LIS'de postoperatif ağrının ortalama 3.2 gün, yara iyileşmesinin ise 14.7 gün sürdüğü bildirilmektedir. (11)

Akut ve kronik anal fissürler ile yüksek basınçlı hemoroidlerde yapılan LIS sonrası 3 ay ve 3 yıllık manometrik takiplerde maksimum istirahat basıncı ve ortalama anal basınç değerlerinde normale dönüş ve özellikle fissürlerde belirgin semptomatik iyileşme gözlemlendiği bildirilmektedir. (12)

Subkutan sfinkterotominin açık tekniğe göre postoperatif ağrı, hastanede kalış süresi bakımından daha avantajlı ve komplikasyon riskinin ihmal edilebilir düzeyde olduğu bu nedenle subkutan sfinkterotominin tercih edilebileceği bildirilmektedir. (13) Anal ilerletme (advancement) flep tekniğinin de sfinkterotomiye uygun bir alternatif olacağı, tedavi sonuçlarının başarılı olduğu ileri sürülmektedir. (14)

Gelişmiş ülkelerde sıkça görülen Crohn hastalığına bağlı fissürlerde ve hatta hemoroidlerde hastalığın sessiz döneminde sfinkterotomi yada hemoroidektominin güvenle uygulanabileceği belirtilmektedir. (15)

Kliniğimizin olguları ve literatürleri irdelediğimizde LIS'in anal fissürde postoperatif ağrının az olması, daha hızlı yara iyileşmesi ve belirgin bir inkontinans yaratmaması nedeniyle en uygun ameliyat şekli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Corman M.: Colon and Rectal Surgery, 3rd Edition, Philadelphia, 116-32, 1993.
2. Timmcke A, Hicks T.: Fissure-in-Ano, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4th Edition, USA, 322-32, 1996.
3. Mazlen W.: Hemorrhoids, fissures and pruritis Ani, Surg Clin N Am, 1285-89, 74, 1994.
4. Weiss E., Wexner S.: Surgery for anal lesions in HIV-infected patients, Ann Med, 27 (4): 467-75, 1995.
5. Divino C.: Anal fissure.20 year experience, Dis Col Rec, 38 (4): 378-82, 1995.
6. Neufeld D.: Outpatient surgical treatment of anal fissure, Eur J Surg, 161 (6): 435-38, 1995.
7. Frezza E.: Conservative and surgical treatment in acute and chronic anal fissure, Int J Colorect Dis, 7 (4): 188-91, 1992.
8. Girana J.: Fistula, fissure, abscess, Chirurgicala, 67 (3): 222-28, 1996.
9. Sharp E.: Patient selection and treatment modalities for chronic anal fissure, Am J Surg, 171 (5): 512-15, 1996.
10. Usatoff V.: The longer term results of internal anal sphincterotomy for anal fissure, Aust N Zel J Surg, 65 (8): 576-78, 1995.
11. Saad A.: Surgical treatment of chronic fissure in ano, East Afr Med J, 69 (11): 613-15, 1992.
12. Blessing H.: Late results after individualized lateral internal sphincterotomy, Helv Chirur Acta 59 (4): 603-7, 1992.
13. Kurtbeek J.: Chronic fissure in ano: A randomised study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy, Dis Col Rect, 35 (9): 835-37, 1992.
14. Leong A.: Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure, Dis Col Rect, 38 (1): 69-71, 1995.
15. Leong A.: Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures, Dis Col Rect, 37 (11): 1130-32, 1994.

Ne kadar bilersen bil, söylediklerin karşındakinin anlayabildiği kadardır.