

Perianal fistüller ve tedavi sonuçları

Dr. Seher DEMİRER, Dr. Şerife ŞİMŞEK, Dr. Bülent GÜNGÖR,
Dr. Kürşad Karadayı, Dr.Cihan BUMİN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD



Dr. Seher DEMİRER

Perianal fistüller genellikle perianal bölgede oluşan apse yada herhangi bir inflamatuvar gelişim sonucu perianal cilt ile anal kanal yada rektum mukozası arasında oluşan bağlantılardır. (1) Anal fistüllerde en sık görülen yakınmalar perianal bölgede şişlik, ağrı ve akıntılardır. Akıntı; fistülün dış ağzından olabileceği gibi, rektumdan mukus ile karışık da olabilir. Hastaların çoğunda perianal apse öyküsü mevcuttur. Perianal bölgenin inspeksiyonu, anoskopi/rektoskopi, fistülografi, endoanal ultrasonografi veya manyetik rezonans hastalığın teşhisinde kullanılan metodlardır (1, 2, 3) Perianal fistüller için çeşitli sınıflamalar tarif edilmiştir. Perianal sfinktere göre fistül seyrini belirleyen bir sınıflandırmada; (1)

1. İntersfinkterik perianal fistül

Basit alçak traktus
Yüksek kör traktus

Rektuma açılan yüksek traktus
Perianal açılımı olmayan yüksek fistül
Ekstrarektal (yüksek) fistül
Pelvik hastalığa bağlı fistül

2. Transsfinkterik fistül

Komplike olmayan
Yüksek kör traktus

3. Suprasfinkterik fistül

Komplike olmayan
Yüksek kör traktus

4. Ekstrasfinkterik fistül

Transsfinkterik fistüle sekonder
Travmaya sekonder
Anorektal hastalığa sekonder (örn.Crohn)
Pelvik inflamasyona sekonder

5. Kombine fistül

6. Atnalı fistül

İntersfinkterik
Transsfinkterik

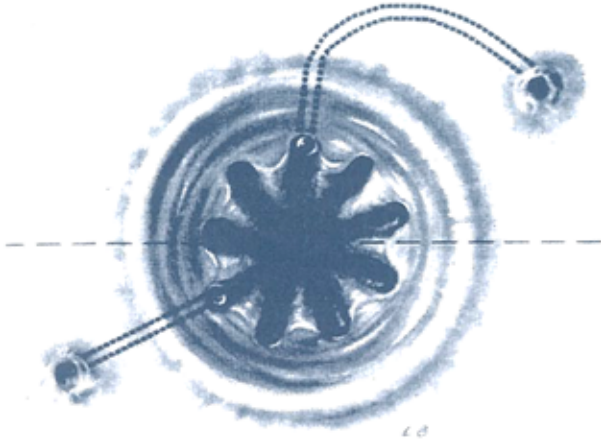
Fistüller için yapılan diğer bir sınıflama ise (CPT Sınıflaması = Current Procedural Terminology) şu şekildedir. (3)

1. Subkütan fistüller

2. Submusküler fistüller

3. Kompleks fistüller

4. İkinci evre fistüller (rekürren)



Perianal fistüllerin traktusunun seyri konusunda ortaya atılmış Goodsall kanunu pratik bir metottür. Buna göre fistülün eksternal açıklığı transvers planın anteriorunda ise internal açıklık radial olarak düz bir hat üzerindedir. Eksternal açıklık transvers planın posteriorunda ise internal açıklık kıvrıntılı bir traktüsün sonunda posterior orta hatta bulunur. (1) Anterior eksternal açıklığı olan submüsküler anal fistüllerde Goodsall kanununun geçerli olmadığı da ileri sürülmektedir. (Şekil I)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na 1994-1997 yılları arasında granülatöz hastalıklar dışı perianal fistül yakınması ile başvuran 73 hasta cerrahi tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi açısından bir çalışmaya alınmıştır. Yaşları 19-71 arasında değişen hastalardan 48'i erkek 25'i kadındı. Hastalarımızın öykülerini ele aldığımızda 38 hastanın (% 52) önceden perianal apse nedeniyle, 17 hastanın (% 23) hemoroid nedeniyle, 1 hastanın ise anal fissür nedeniyle ameliyat geçirdiklerini tespit ettik. Gruptaki 7 hastanın daha önceden perianal apse benzeri bir öyküleri olup herhangi bir cerrahi müdahale geçirmediklerini öğrendik. 6 hastanın yine önceye ait birkaç yıllık hemoroid öyküsü ve buna sekonder fistül yakınması, kalan 4 hastanın ise ağrılı ve akıntılı bir lezyon şeklinde yakınmalarının başladığını belirledik. Kliniğimize cerrahi tedavi uygulanmak üzere kabul edilen bu hastaların hiçbirinde Crohn ve benzeri bir granülatöz bir hastalık olmadığı ekarte edilmiştir. Çeşitli yöntemlerle uygun bir barsak temizliğini takiben cerrahi tedaviye

alınan bu hastalarda şu ameliyatlara uygulanmıştır.

Fistülotomi.....18 hasta (% 25)

Fistülektomi.....26 hasta (% 36)

Fistülotomi + Seton.....21 hasta (% 29)

Intraoperatif olarak perianal sinüs olduğu tespit edilen 8 olguya ise perianal sinüs eksizyonu yapılmıştır.

Basit ve komplike fistüllerin tedavi yaklaşımlarında oldukça önemli farklılıklar mevcut olup inflamatuvar barsak hastalıkları ve komplikasyonlarında tedavi seçiminde etken olması cerrahi tedavi standardizasyonunu güçleştirmektedir. 20-57 yaş grubundaki 34 hasta ile yapılan bir çalışmada yüksek anal yada rektal açıklığı olan fistüllerde 2 evreli seton tekniği ile önemli oranda inkontinans gözlenmiş olup bu nedenle bu teknik önerilmemektedir. (5)

Kesici setonlarla drenaj setonlarını karşılaştıran bir çalışmada kesici setonların yüksek anal fistüllerde drenaj setonlarının ise Crohn hastalığına bağlı immün kompromise hastalarda başarılı olduğu bildirilmiştir. Seton uygulamasının Crohn olgularında semptomların azalmasına ve multipl traktusların daha basit hale gelmesine yol açtığı, sfinkter fonksiyonunu koruduğu, daha az invaziv ve kolay uygulanabilir olduğu belirtilmiştir. (6, 7) Yüksek seviyeli ve komplike fistüllerde seton ile aşamalı fistülotomi yapılan 116 hastada % 5 gaita inkontinansı, % 3 rekürrens saptanmıştır. (8)

Fistülotomi ve marsupializasyon ile komplike olmayan transsfinkterik ve intersfinkterik fistüllerde başarılı sonuçlar bildirilmektedir. (9) Ancak basit anal fistüllerin iç ağızları her zaman görülemediğinden bunların aslında komplike fistüller olabileceği, bu durumda da nüks olasılığının yüksek olduğu unutulmamalıdır. Kompleks ve basit fistül ayrımı ile postoperatif komplikasyon riski olan hastaların belirlenmesi için özel proktoloji ünitelerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. (10-11)

Kliniğimizde cerrahi tedaviye alınan 73 olgunun ameliyat sonrası ortalama yara iyileşmesi zamanlarına baktığımızda fistülotomi grubunda ortalama 20 gün, fistülektomi grubunda ortalama 28 gün, fistülotomi+seton uygulanan grupta ise ortalama 35 gün olarak bulunmuştur.

İlk ameliyatında seton+fistülotomi veya fistülektomi yapılan hastalardan toplam 6 tanesine geçici kolostomi açılmış olup bunlarda ortalama yara iyileşme süresi 60 gündür.

Fistülektomi yapılan hastalardan 4 tanesinde ameliyat sonrasında iyileşmeyen sinüs gözlemlendi. Bizim olgularımızda fistülotomi ile birlikte seton uygulanan hastalarda yara iyileşmesi gecikmekle birlikte gaz-gaita inkontinansı ve nüksün fistülektomi ve sadece fistülotomi yapılanlara göre daha az görüldüğü saptanmıştır. Olgularımızdan sadece 2 tanesinin preoperatif magnetik rezonans görüntülemesi, 25 tanesinin ise fistülografisi mevcuttu. Bunların dışındaki olgularda fistül klasifikasyonu ve seviyesi stile ve metilen mavisi ile anoskopi ve fizik muayene teknikleri yada intraoperatif olarak yapılmıştır.

Seton kullanılan hastalarda fistül seviyesi sıklıkla yüksek olmasına karşın post-operatif ağrı, infeksiyon, uzun dönemde nüks ve inkontinans açısından sonuçlar başarılı bulunmuştur. Bu nedenle özellikle sfinkter fonksiyonları

açısından endişesi olan, tecrübesi az cerrahlar tarafından seton yönteminin her seviyedeki fistülde güvenilir olarak kullanılabileceğini ileri sürüyoruz. Ayrıca atnalı şeklindeki apselerde ve lokal sepsiste de seton yöntemi güvenle uygulanabilir. Her iki sfinkterden ayrı ayrı seton uygulaması, aşamalı seton uygulaması gibi seçeneklerde gözönünde bulundurulmalıdır. Cerrahi tedavi sonrası rekürrens ve inkontinans en önemli komplikasyonlardır. Bunların oluşumuna etki eden başlıca faktörler ise fistülün kompleks oluşu, at nalı fistüller, iç ağzın tespit edilemeyişi, geçirilmiş fistül cerrahisi ve cerrahin kendisi olarak bildirilmektedir. (12)

Sonuç olarak perianal fistüllerde alçak yerleşimli olanlarda fistülotomi ve marsupializasyon, iç ağzın iyi görülebildiği ve sfinkter hasarına yol açmayacağı düşünülen daha yüksek seviyeli olgularda fistülektomi yada seton, at nalı apsesi şeklinde olan yüksek yerleşimli fistüllerde ise seton yönteminin kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Corman ML; Anorectal Abscess and Anal Fistula; Colon and Rectal surgery; 3 rd Ed; p: 144-171, 1993.
2. Gordon P.H; Anorectal Abscesses and Fistula in Ano; Schackelford's Surgery of the Alimentary Tract; vol 4, p 344-353, 1996.
3. Rosen L.; Anorectal Abscess-Fistulae; The Surgical Clinics of North America, Anorectal Surgery vol-6, p: 1293-1306; 1994.
4. Cirocco WC, Reilly JC; Challenging the Predictive Accuracy of Goodsall's Rule for Anal Fistulas; Diseases of the Colon and Rectum 35 (6): 537-42, Jun 1992.
5. Van Tets WE, Kuijpers JH; Seton Treatment of Perianal Fistula with High Anal or Rectal Opening; British Journal of Surgery, 82 (7): 895-7, Jul 1995.
6. Mc Journey JS, Finlay TG; Setons In the Surgical Management of Fistula in Ano; British Journal of Surgery, 82 (4): 448-52, Apr. 1995.
7. Koganei K, Sugita A; Seton Treatment for Perianal Crohn's Fistulas; Surgery Today; 25 (1): 32-6, 1995.
8. Pearl RK, Andrews JY; Role of the Seton in the Management of Anorectal Fistulas; Diseases of the Colon and Rectum; 36 (6): 573-7, Jun 1993.
9. Yang CY; Fistulotomy and Marsupialization for Simple Fistula in Ano; Singapore Med. Journal; 33 (3): 268-70 Jun 1992.
10. Sangwan YP; Rosen L; Is Simple Fistula In Ano Simple?; Diseases of the Colon and Rectum; 37 (9): 885-89; Sep 1994.
11. Seow-Choen E, Nicholls RJ; Anal Fistula; British Journal of Surgery; 79 (3): 197-205, Mar 1992.
12. Garcia AJ, Belmonte C; Anal Fistula Surgery: Factors Associated with Recurrence and Anal Incontinence; Diseases of the Colon and Rectum; 39 (7): 723-9, Jul 1996.

Dünyanın en yoksul insanı paradan başka hiçbirşeyi olmayandır