

T.C.
S.S.Y.B.
Şişli Etfal Hastanesi
İl.Cerrahi Kliniği
Şef:Op.Dr.Nureddin Apaydın

81048

PERİANAL FİSTÜLLER
VE
TEDAVİSİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. A.Sedat Akkaş

İstanbul-1985

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa</u>
1- GİRİŞ ve TARİHÇE	1
2- ANOREKTAL BÖLGENİN ANATOMİ ve FİZYOLOJİSİ..	2
3- İNSİDANS	9
4- ETYOPATOGENEZ	10
5- PERİANAL FİSTÜL TİPLERİ ve PATOLOJİSİ.....	14
6- KLİNİK ÖZELLİKLER	23
7- TANI	27
8- AYIRICI TANI	31
9- TEDAVİ	33
10-PROGNOZ	43
11-MATERİYEL	46
12-TARTIŞMA	51
13-SONUÇ ve ÖZET	59
14-KAYNAKLAR	61

Cerrahinin önemli bir konusunu teşkil eden perianal fistüller ile ilgili genel bilgileri ve klinik vakalarımızın değerlendirilmesini kapsayan uzmanlık tezimi nedeni ile basta Klinik Şefimiz Sayın Op.Dr. Nureddin APAYDIN olmak üzere çalışmalarım- da yardımlarını esirgemeyen Op.Dr. Melih KAYAN, Op.Dr.Aykut CANİK ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

G İ R İ Ő

Anal bölge fistülleri insanların tanıdığı en eski hastalıklarından biri olmakla beraber, sorunları zamanımızda da henüz tam açıklığa kavuşmuş değildir. Hastalığın etyopatogenezi, patolojisi ve tedavisi üzerinde tartışmalar devam etmektedir. Hayati tehlikesi bulunmamakla beraber, tedaviden sonra ortaya çıkan nüks insidansının yüksek oluşu hekim ve hasta için üzücü bir konudur. LOCKHART - MUMMERY'nin " bir anal fistüle yapılan müdahale büyük bir ameliyat sayılmaz ve hayatı da tehdit etmez, fakat cerrahların çok defa söhreti laparatomilerden ziyade, anal fistül müdahaleleri ile lekelenmiştir." şeklindeki sözleri bunu çok güzel ifade etmektedir.

Bu konuyu hazırlarken 1974-1984 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen toplam 66 hastayı incelemek fırsatını bulduk. Çalışmalarımızda genel bilgileri kapsayan tıp literatüründen yararlanılarak klinik vakalarımız değerlendirilmiştir.

T A R İ H Ç E

İnsanların tanıdığı en eski hastalıklardan biri olan perianal fistüller ile ilgili ilk kitap HİPPOKRATES'e (M.Ö. 460) aittir. (Hippokrates liber de fistülis). Yazar burada "T u b e r c u l u m H i p p o k r a t i s" diye adlandırılan perianal abseyi tarif etmiş, fistül oluşumunu önlemek için absenin erken insizyonunu tavsiye etmiştir. Yine Hippokrates, daha o zamanlar fistülün tedavisi için ligatür yönteminden bahsetmiş, bunun fayda sağlamadığı durumlarda bıçakla fistülotomiye salık vermiştir. İlk anal spekulum Pompei'de M.S. 63 yılında bulunmuştur. GALEN, fistül tedavisinde "syringotom" adı verilen bir fistül bıçağı kullanmıştır.

P A U L U S (M.S. 600), inkomplet fistülleri bir sonda yardımı ile komplet sekle dönüştürdükten sonra insize etmeyi ve fistül ameliyatlarından sonra husule gelen nedbenin eksizyonunu tavsiye etmiştir. EBÜLKASİM (1106) kanamayı kontrol altına almak gayesi ile fistül yolunun yakılması gerektiğini bildirmiştir.

Zamanında anal fistüller hakkında en geniş bilgiye İngiliz cerrahı JOHN ARDERNE'nin (1307 - 1390) sahip olduğu anlaşılmaktadır. İskio-rektal abseyi gayet iyi bildiği anlaşılan ARDERNE absenin derhal açılmasını önermiş, zira bu absenin kendiliğinden içe doğru boşalması halinde iyileşmesi çok güç olan bir, iç fistülün ve absenin her iki yana açılması ile de bir komplet fistülün husule geleceğini bildirmiştir. Aynı yazar ameliyat için günümüzde uygulanan litotomi pozisyonunu tavsiye etmiştir.

Tanınmış bir Fransız cerrahı olan DE LA FAYE İSKIO-rektal abseyi daha iyi drene edebilmek için ilk kez T şeklinde bir insizyon uygulanmıştır. yine bir Fransız HENRY LE DRAN, ilk kez levator kontinans bakımından önemine dikkati çekmiş, bu arada tedavi ettiği çift taraflı bir iskio-rektal fistül (atnalı fistül) vakasından bahsetmiştir.

PERCIVAL POTT. 18. yüzyılda anal fistüller hakkında yazmış olduğu monografide, fistül ameliyatından sonra sfinkter organının büyük bir kısmının eksize, edilmesi halinde stenoz ve inkontinans ihtimaline dikkati çekmiştir. CHIARI (1878) anal fistüllerin patogeneğinde önemli rolü olan anal guddeleri tarif etmiştir.

Ano-rektal hastalıklar ile ilgili ilk hastane 1835 yılında Londra'da kurulmuştur. (St. Mark Hastanesi) Bu hastanede çalışan MILLIGAN ve MORGAN, 1934 yılında " kontinansın bekçisi " diye adlandırdıkları ano-rektal halkanın öneminden bahsetmişlerdir.

CERRAHİ ANATOMİ VE FİZYOLOJİ

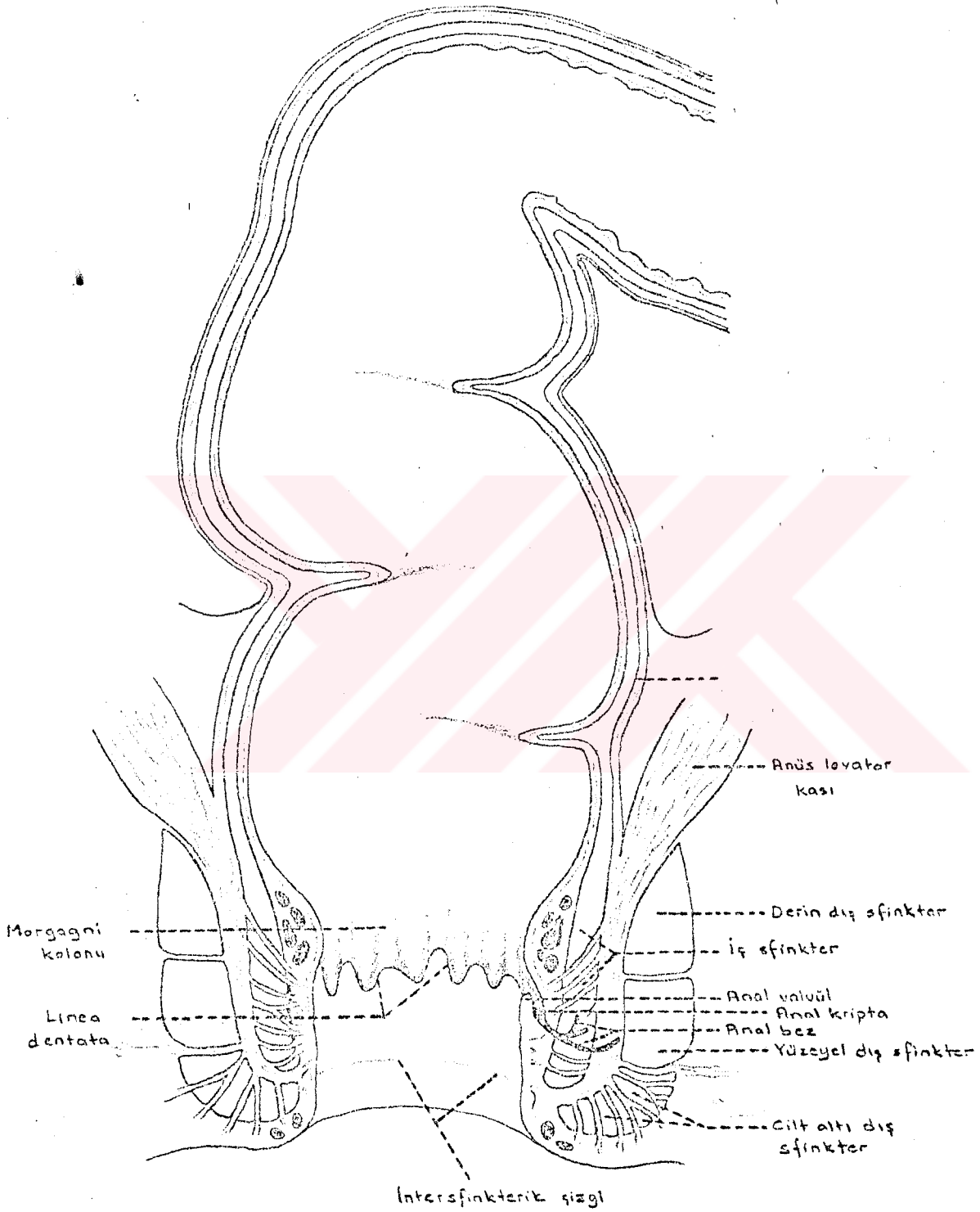
Anorektum, rektumun son 2cm'i ve anal kanalın bütününe verilen addır. Rektum, üçüncü sakral omurdan pelvis döşemesine kadar uzanır, uzunluğu 15-16 cm. kadardır. Yan yüzlerinin 1/3 veya 1/4 üst bölümü peritonla örtülü olup, kalan kısmı peritonsuzdur. Peritonsuz kesimin her iki yanında yağ dokusu ile dolu geniş birer boşluk iskio-rektal çukurlar vardır. İki iskio-rektal çukur, aralarında bulunan rektum ve prostat ile önde birbirinden tamamen ayrılmış durumdadırlar. Sadece arkada, anokoksigeal rafe hizasında birleşme yaparlar.

Ampullanın iç yüzünde görülen enine mukoza plilerinin sol altta bulunana, ampullanın alt sınırını gösterir. Bunun distalinde anal kanal yer alır. Anal kanal, aşağı yukarı 3-4 cm. boyunda olup, anüs adı verilen açıklık ile sonlanır.

Anorektumun iç yüzünde görülen bazı oluşumların, konumuz ile yakın ilişkileri nedeni ile daha ayrıntılı olarak incelenmelerinde yarar vardır.

Puborektal kas düzeyinde, anal kanal mukozasının yaptığı bir takım vertikal kıvrımlar görülür. Bunlara columnae anales (Morgagni Kolonları) adı verilir. Boyları 1,5-2 cm. kadar olup, 5-12 tanedir. İçlerinde üst rektal atar ve toplar damarların uç dalları bulunur. Kolonların distalinde, mukoza birtakım sirküler kıvrımlar yapar, bu kıvrımlar çepe çevre ilerleyerek kolonları birbirine bağlar ve linea dentata adını alır. Morgagni kolonlarının distalinde bulunan kıvrımlar, lumene doğru gelişerek anal kapakçıkları yaparlar (Valvulae anales). Anal kapakçıklar aslında, proktodeal membranın kalıntısıdır. Bu kapakçıkların arkasında bulunan ve açıklıkları proksimale bakan küçük ceplere anal kriptalar veya Morgagni kriptaları denir. Buraya anal bezler açılır. Erişkin şahısların %50 sinde, anal kapakçıkların serbest kenarlarında bulunan 2-8 mm. büyüklüğündeki nodül şeklindeki oluşumlara ise anal papilla adı verilir. Anal kriptaların %85'i arkada, %13'ü önde ve ender olarak da yanlarda lokalizedir. Ön ve arkadaki kriptalar yanlardakine göre daha derinlere doğru gelişmişlerdir. Anal kriptalar nonspesifik enfeksiyonların, örneğin fissür, abse ve fistüllerin oluşumunda ve lokalizasyonlarında büyük önem taşırlar, çünkü söz konusu patolojiler genellikle bir kriptadan, daha doğru bir anlatımla, bu kriptalara açılan anal bezlerden kaynaklanırlar.

Rektumun iç yüzünü döşeyen silindirik epitel yeni doğanda linea dentata'ya kadar uzanır ve buradan sonra anal kanalın yassı epiteli ile devam eder. Bu nedenle linea dentata'nın bir diğer adı da mukokütane çizgidir. Erişkinlerde mukoza ile yassı epitel arasında geçiş epiteli ile örtülü bir bölüm vardır. Anal kanalın çok katlı modifiye yassı epiteli, rektum mukozasının silindirik epitelini bazı yerlerde aşar, bu nedenle, linea dentata kesin birleşim yeri değildir.



Şekil 1 : Anorektum iç görünüş ve duvarları

Embriyolojik olarak, linea dentata, arka barsaktan gelen rektal poş ile proktodeumun birleşim yeridir.

Linea dentata'nın hemen distalinde bulunan geçiş bölgesine pekten adı verilir. Pekten, anal kanalın 1/3 üst bölümünde yer alır ve bu bölgedeki epitel, diğer kesimlerin tersine, altındaki dokulara sıkıca yapışmıştır. Fibröz liflerin sağladığı bu fiksasyon mukoza prolapsuslarını engeller. Ayrıca bu sahanın proksimalinde iç, distalinde ise dış hemoroidlerin olduğu bilinir. Lenfatik drenaj da bu bölgede ayırımı uğramaktadır. Drenaj, proksimalde pelvik ganglionlara iken, distalde subinguinal lenf ganglionlarıdır. Spinal ve sempatik sinirler de burada karşılaşır. Linea dentata'nın proksimalinde kalan kısım visceral sinirlerle innerve edildiğinden, yalnızca gerilmeye karşı hassas olup, dokunma, sıcak ve soğuga karşı duyarlı değildir. Distal bölüm ise, somatik sinirlerle innerve edildiğinden, aynı uyaranlara karşı duyarlıdır. Bu nedenle, anestezi sağlanmaksızın, rektum biopsisi, polip çıkarılması gibi küçük cerrahi girişimlerde bile son derece ağrılıdır. Aynı nedenle, linea dentata'nın distalinde bulunan dış hemoroidler, proksimalde bulunan iç hemoroidler gibi sklerozan tedaviye elverişli değildir.

Anal kanalın en alt bölümünde, iç sfinkterin alt kenarı ile dış sfinkter arasında enine bir oluk vardır. Kolayca palpe edilebilen bu oluğa intermüsküler (intersfinkterik) çöküntü adı verilir. Aynı düzeye rastlayan epitelial yüzün açık parlak bir görünümü vardır, buna Hilton'un Beyaz Çizgisi denir. Milligan ve Morgan'a göre intermüsküler çöküntüyü palpe edebilmek için işaret parmak son falanksın ortasına kadar rektuma sokulmalıdır.

Mukozanın anal kanal duvarlarını yapan diğer dokular arasına doğru uzantılar yaptığı saptanmıştır. Bunlara anal bezler veya duktuslar denir. Kural olarak, normal bir anal kanalda, bu bezlerden 4-8 tane bulunmakta ve kriptaların tepesine açılmaktadır. Bazen, iki bezin tek kriptaya açıldığı saptanmaktadır. Bunun yanında, her kriptaya bir anal bezin açılması şart değildir. Yaklaşık, kriptaların yarısının boş olduğu bilinmektedir. Bezlerin, genellikle kısa, tübüler bir kısımları vardır, submukoza da yer alır, ayrıca yan dalları bulunur.

Bazı bezler ise yalnızca submukozada yer alır, fakat 2/3 ünün yan dalları iç sfinkter alanına geçer. Bunların da yaklaşık yarısı intersfinkterik longitudinal kas tabakasına ulaşır. Anal bezlerin kanallarının yönü genellikle dışa ve aşağı doğrudur, fakat pratik olarak hiçbir zaman anal valvül düzeyine çıkmaz. Bu bezler çok katlı yassı epitel, yer yer de prizmatik epitel ile örtülüdür. Cerrahi yönden taşıdıkları önem, anal kanalda, submukozaya ve intersfinkterik alana yol oluşturmalarıdır. Ayrıca Duker ve Galvin'in öne sürdükleri gibi, bu bezlerden habis tümör gelişimi de olabilmektedir.

Anorektum duvarlarını yapan oluşumların anatomik özellikleri, bu bölge cerrahisinde kullanılan, yöntemlerin temel ilkelerini ve teknik ayrıntılarını belirler.

Rektumun sirküler liflerinin aşağı doğru devam ederek oluşturduğu kas demeti anüs iç sfinkter kası adını alır ve anal kanalın 2/3 üst bölümünü sarar. Bu kas kontinenste sadece yardımcı rol oynar. Buna rağmen cerrahi girişimlerde, önemli bir neden olmadıkça kesilmemelidir. Düz kas olup, otonom sinir sistemi ile innerve edilir. Anüsün kapalı durmasını, yani devamlı tönüsünü sağlar, defekasyon anında refleks yoldan gevşer. İç sfinkter kası, intermüsküler abselelerin yayılım yönünü etkileyen önemli bir oluşumdur.

Anal kanalın 1/3 alt, bölümü anüs dış sfinkter kası ile çevrilidir. Bu kasın lifleri, açıklıkları ortaya bakan iki halka yapıp, anüsü çevreleyerek önde ve arkada birbiri ile birleşir. Dış sfinkterin, deri altında deri altı, anorektumda yüzeysel ve derin olmak üzere üç parçası vardır. Bunlardan yüzeysel dış, sfinkter anorektumun yan duvarlarının yapısına katılır. Dış sfinkter çizgili kas liflerinden oluşur. Somatik sinirlerle innerve edilir. Görevi rektumun en alt bölümünü büzerek kapatmaktır. Puborektal kas ile birlikte rektumun kontinensinde rol oynar. Narkoz altında gevşer ve yanlara doğru çekilir. Sağlıklı şahıslarda ve normal kıvamdaki dışkıda, düzenli bir kontinens ve dışkılama mekanizması için derin, dış sfinkter ve puborektal kas yeterlidir.

Kolonun longitudinal kasları, anal kanal düzeyinde iç ve dış sfinkterler arasında distale doğru uzanır ve intermüsküler septum adını alır, daha çok fibroelastik bir yapıya dönüşür.

Bu kasların bünyesinden çıkan fibröz demetler iç ve dış sfinkterleri bölümlere ayırır. Bu bölümler, enfeksiyonun yayılmasını engellemede önemli rol oynarlar.

Kontinens mekanizmasında görev alan yapılardan biri de anüs levator kasıdır. Yapışma ve tutunma yerlerine göre puborektal, pubokoksigeal ve iliokoksigeal olmak üzere üç parçadan oluşur. İşlev açısından ise sfinkterik ve levator adı altında iki ayrı bölümde incelenir.

Anüs levator kasının konumuza ilişkin en önemli bölümü puborektal kastır. Sfinkterik parçanın başlıca elemanıdır. Pubisten başlayarak arkaya doğru ilerlerler. Kadında uretra-mesane boynu-vagina ve rektumu, erkekte uretra-mesane boynu ve rektumu bir kolan şeklinde sardıktan sonra tekrar pubise ulaşır. Puborektal kas, altta anüs dış sfinkterinin derin lifleri ile temastadır. Oluşturduğu kolan biçimindeki anatomik yapı nedeni ile tam bir sfinkter gibi çalışır. Rektal tüşede, anorektal sınırda, güçlü ve, belirgin bir kas halkası biçiminde ele gelir anorektal halkanın saptanması, anorektal abse ve fistüllerin tedavisinde büyük önem taşır. Tamamen kesilmesi, kaçınılmaz bir şekilde inkontinens yaratır. Halbuki, bu kasın korunması durumunda, diğer sfinkter kaslarının kesilmesi ancak minimal derecede inkontinens ve kontrol kaybına neden olur. Halbuki anorektal halka kesildiği taktirde, anal kontrolün total kaybı ile birlikte, belli düzeylere varan komplet veya parsiyel rektal prolapsus gelişmektedir. Anorektal fistüllerinin değerlendirilmesi ve tedavisinde anorektal halkanın intakt bırakılması kavramı, bu gün de temel bir bilgi olarak kabul edilmektedir.

Kontinens korunması, kanser tedavisi dışında kalan anorektal cerrahinin en önde gelen ve önem taşıyan sorunu olagelmıştır. Zira, Kontinensin kaybı ağır, onarımı hemen hemen olanaksız denilebilen hasta ve çevresini son derece rahatsız eden üzen bir komplikasyondur.

Anal kontinens, gaz ve dışkı atılımının bilinçli olarak, uygun bir zamana ertelenebilmesi yeteneğidir. Bu da, rezervuar kontinens olmak üzere iki bölümde incelenir.

Rezervuar kontinens,barsak lumeninin giderek artan dışkı ve gaz kitlesini depolayacak biçimde genişlemesidir.Doluş,belirli bir düzeye geldiğinde,boşaltıcı peristaltik dalgalar ortaya çıkar,(genellikle 24-48 saatte bir).Bu durumda sfinkter kontinens karşı koymaya çalışır.sfinkter kontinens,santral sinir sistemi tarafından yönetilen ve refleks yoldan sürdürülen motor ve duysal öğelerden oluşur.Barsak lumeni içindeki dışkının miktarı ile orantılı olarak gelişen aktif puborektal ve dış sfinkter kaslarının kasılmaları,kolonun peristaltik dalgalarına karşı koyan bir engel oluştururlar.Normalde,dinlenme halindeki bir şahısta iç sfinkterin devamlı bir tonüse sahip olması nedeni ile,anal kanal kapalıdır.Peristaltik dalgalar ile rektumda basınç artınca,dış sfinkter kas refleks yoldan kasılarak anal kanalın,kısa bir süre için fakat kuvvetli bir şekilde,kapanmasını sağlar.Linea dentata'nın üstünde kalan 4-6 cm.lik bir barsak kesimi refleksin başlıca kalkış yeri olarak kabul edilir.

İ N S İ D A N S

C İ N S :

Perinal fistüllere kadınlara oranla erkeklerde daha sık rastlanmaktadır.Literatürde bildirilen çeşitli vaka serilerinde erkeklerde insidans % 58 - 89 arasında değişmektedir.

Y A Ş :

Perinal fistüller her yaşta görülebilmekle beraber,çok genç ve çok yaşlılarda nadirdir. Literatür taramalarında perianal fistül vakalarının içerisinde en genci 14, en yaşlısı da 63 yaştaki hastalar olup,ortalama yaş 36,8'dir.Yine vakaların 3/4'ü 30-59 yaşlar arasında tespit edilmiştir.45 yaş ve altındaki hastaların oranı ise % 79.3' dür.

ET Y O P A T O G E N E Z

Perianal fistüllerin oluşumunda çeşitli nedenler rol oynarlar.

1- ESKİ PİYÖJEN ABSELER :

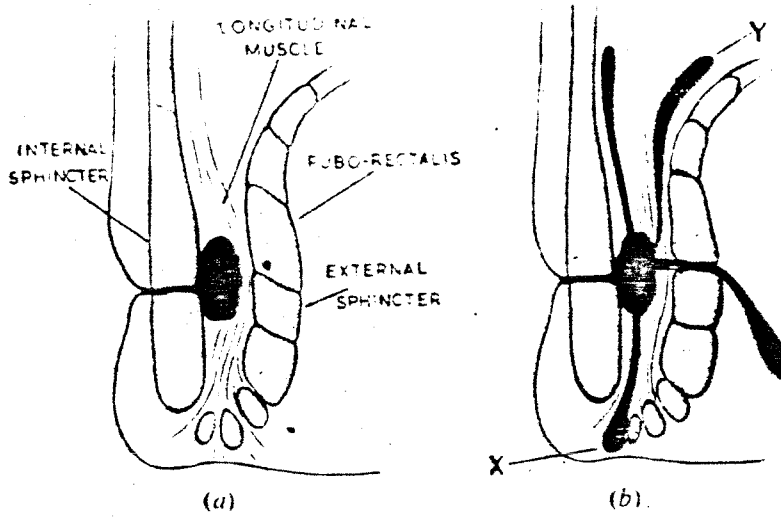
Perianal fistüllerin büyük bir kısmı ano - rektal abselerin kalıntısı üzerinde gelişirler. Bu bölgede yerleşmiş abselerin kendiliğinden boşalmaları veya özellikle cerrahi olarak yetersiz drene edilmeleri sonucu ortaya çıkarlar. Zira ano-rektal bölgede kronik süpüratif lezyonlara meyil, vücudun diğer yerlerine oranla çok daha fazladır. Kronikleşme ile ilgili olarak çeşitli durumlar sorumlu tutulmaktadır.

a) Anal kanalda bir internal deliğin mevcut olduğu hallerde, barsak yolu ile abse kavitesinin reinfeksiyonu husule gelmekte ve buna bağlı fistül teşekkül etmektedir. Böylece fistül, bu bölgedeki infeksiyonun akut devresini teşkil eden absesi takip eder ve hadisenin kronik devresi olarak kabul edilebilir. Ayrıca, balık kılçığı veya küçük bir yumurta kabuğu parçası gibi yabancı cisimler de abse kavitesi içerisine yerleşmek sureti ile kronik iltihabi hadisenin devamına yardımcı olabilmektedir.

b) Anal kanal ile belirli bir iştirakin gösterilemediği durumlarda, kronik akıntılı bir fistülün gelişmesi çok kez anlaşılması güç bir konudur. Cerrahlar örneğin anüs etrafındaki yağ dokusunun infeksiyona karşı direncinin zayıf olması veya tekrarlayan retrograd infeksiyonun ileri derecede kontamine perianal cilddeki dış delik yolu ile husule geldiği şeklinde yetersiz açıklamalar ileri sürmüşlerdir. Bu vakalarda anal kriptalara açılan intermusküler anal guddelerin non-spesifik infeksiyonları hastalığın başlama yeri ve nedenidir. Böylece teşekkül eden intersfinkterik abse bir " Infeksiyon rezervuarı " olarak rol oynarken, aynı zamanda kronik akıntılı fistülün oluşumuna yol açmaktadır.

Anal kanalın alt yarısında submukozada, iç sfinkter ve longitudinal adale tabakası içerisinde yerleşmiş bulunan ve anal kriptalara açılan anal guddeler, infeksiyonun anal lumenden derinde sfinkter adalelerin içerisine kadar ilerlemesine neden olan serbest kanallar ihtiva etmektedir. Bu yolla giren mikroorganizmalar longitudinal adale tabakasında akut iltihaba yol açarlar. Buradan da infeksiyon sekonder olarak hemen her yönde yayılır. Bu yayılma longitudinal tabaka boyunca aşağı doğru olduğu takdirde akut bir perianal abse teşekkül eder. Dış sfinkter adaleyi aşan infeksiyon ise ischio-rektal alana ulaşır.

Böylece, hadisenin akut dönemini teşkil eden anal abseler bir veya daha fazla kriptanın infeksiyonu ile başlar. Anal guddeler zamanla kronik infeksiyonunun geliştiği yeri teşkil ederler. Gerek kistik veya gerekse lümeni tıkalı bir guddede içerisinde yerleşen bakteriler bir süre sonra çoğalırlar. İç sfinkter hizasında husule gelen abse anal kanala boşalmaz. Zira, barsağın sirküler adale tabakası infeksiyona karşı etkili bir bariyer teşkil etmektedir. PARKS'a göre, anal fistül hakikatte hastalanan bir anal guddeye bağlı sekonder olarak husule gelmiş bir sinüs olup, anal kriptaya açılan küçük bir kanal bu sinüsü teknik açıdan bir fistüle dönüştürmektedir. Bu durum, pratik olarak anal fistül vakalarının yaklaşık yarısında bir internal ağzın gösterilemeyeşine uymaktadır.



Şekil 2 : İnfeksiyonun primer anal gudde absesinden (a) civar dokular içerisine (b) yayılışını gösteren Şema

Diğer vakalarda ise iç ağız, intermüsküler absenin iç sfinkter adale arasından anal kanal içe-risine rüptürü ile husule gelmektedir. Bu teori ye göre anal fistüller, bir "infeksiyon kaynağı" (iç sfinkter hizasında hastalanmış bir anal guddenin etrafındaki abse) tarafından açık tutulan bir granülasyon dokusu yoludur.

Başta koliform bakteriler olmak üzere stafilokoklar, proteus, streptokoklar ve daha nadir olarak da anaerob mikroorganizmalar en sık rastlanan infeksiyon ajanları olarak belirtilmiştir.

PARKS, 30 anal fistül vakasının % 70'inde etyolojide anal gudde infeksiyonunu açıkça ortaya koymuş, bu oran benzer histolojik özellikler gösteren diğer vakalarla birlikte total % 90 olarak bildirilmiştir.

KRATZER, fistül teşekkülünü 4 devreye ayırmaktadır. Bu yazara göre, önce bir anal kriptada infeksiyon husule gelmekte (kriptit), daha sonra bu infeksiyon ikinci devrede anal kanallara veya periduktal lenfatiklere yayılmaktadır. Abse teşekkülü üçüncü devreyi ve absenin kendiliğinden ve cerrahhi olarak drenajı son devreyi teşkil etmektedir.

Böylece EISENHAMMER'in de işaret ettiği gibi primer bir fistülün iç deliğinin hiçbir zaman pekten çizgisindeki anal kriptaya hizasının dışındaki herhangi bir yerde bulunmayışı gerçeği, ano-rektal abse ve fistüllerin teşekkülünde, "kripto-glandüler teoriyi" desteklemektedir.

2- TÜBERKÜLOZ :

Ano-rektal abse ve fistüllerin tüberküloz infeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkabildiği uzun süreden beri bilinmektedir. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalarda bir komplikasyon olarak ano-rektal abse ve fistüller ortaya çıkabilmektedir. Bu vakalarda anal bölgedeki infeksiyonun, tüberküloz basillerinin tükrükle beraber yutulmak sureti ile anal

kanal duvarındaki küçük sıyrıkların arasından perianal dokuya girmeleri ile ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yine anal tuvalet esnasında hastanın kendi infekte tükürüğü bulaşmış parmakları ile perianal cilddeki sıyrıklardan tüberküloz basilleri direkt inokülasyon yolu ile enfeksiyona neden olabilmektedir. Enfeksiyon ayrıca pelvis, sakrum, prostat veya seminal veziküllerdeki bir tüberküloz lezyonundan direkt yayılma ile de ortaya çıkabilmektedir.

Perianal fistüllerde klinik, histolojik ve bakteriolojik olarak verifiye edilen tüberküloz insidansı % 2-11 arasında değişmektedir. GOLIGHER, 28 tüberkülotik fistül vakası içerisinde aktif pulmoner lezyon gösterenlerin sayısını 15 olarak tespit ettiğini bildirmiştir.

3- ÜLSERATİF KOLİT :

Ano-rektal abse ve fistüller ülseratif kolitin bir komplikasyonu olarak da husule gelebilmektedir . GOLIGHER 465 vakalık bir ülseratif kolit serisinde 63 vakada ano-rektal abse ve fistül tespit etmiştir.

4- CROHN HASTALIĞI :

Mutad olarak distal ileum veya proksimal sağ kolonu musab etmesine rağmen, crohn hastalığında da ano-rektal abse fistül teşekkülü görülebilmektedir, ve anal abse veya fistül insidansını % 14.5 olarak bildirilmiştir.

5- Daha nadir olarak anal kanal ve rektum kanserlerinin (özellikle kolloid karsinomlar), lenfogranuloma venereumun ano-rektal aktinomikozun seyri esnasında, kolon divertikülitlerinde, rektal veya jinekolojik ameliyatlardan ve anal kanal yaralanmalarından sonra da bu bölgede abse ve fistüller teşekkül edebilmektedir.

Özetlenecek olursa, anal fistüllerin nedeni hemen daime bir anal gudde enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon bir intermüsküler abse teşekkülüne yol açmakta, teşekkül eden abse civar dokuları çeşitli istikametlerde delerek geçmek sureti ile, ileride ortaya çıkan fistül yolunun temelini oluşturmaktadır.

PERİANAL FİSTÜL TİPLERİ ve PATOLOJİSİ

TERMINOLOJİ :

Cerrahide " fistül " deyimi ile,iki epitelle döşeli yüzeyi birleştiren kronik bir granülasyon, yolu anlaşılmaktadır. "Sinüs" deyimi ise, sadece bir ucu açık olan bir granülasyon yolu için kullanılmakla beraber,böyle "cul-desac"lar ile sıklıkla kör fistüller ima edilmektedir.Buna göre, anal fistüllerin anal kanal veya rektuma açılan bir iç deliği ve perianal bölgede cilde açılan bir dış deliği bulunmakla beraber,"fistüla-in-ano" deyimi gerek hakiki fistülleri ve gerekse sirüsleri (kör inkomplet fistülleri)kapsamaktadır.MARKS ve RITCHIE anal fistülü,bir iç delik vasıtası ile rektum veya anal kanalla iştiraki olan bir yol veya boşluk şeklinde tarif etmektedirler.Anal fistülün genellikle cilde açılan bir dış ağzı,bir ana yolu ve bir de iç deliği bulunmakla beraber burada drenaj esnasında veya daha sonra gösterilebilen iç deliği olan abseleri de dahil etmek gayesi ile yukarıdaki tarif geniş tutulmuştur.Konu ile ilgili çalışmaların ilerlemesi ile,tüm fistüllerin hakikatte komplet olduğu kabul edilmekte,inkomplet fistüllerin ise,iyi araştırılarak iç deliği meydana çıkarılamamış vakalar olduğu görüşü kuvvet kazanmıştır.

Anal fistül terminolojisinde "skonder yol " ile,ya ana fistül yolu ile iştirakte ve ayrıca spesifik tedavi gerektiren önemli bir ilave yol veya ana yola dahil multipli deliklerle birlikte olan subkutan yollar anlaşılmaktadır."Yüksek" ve "alçak-aşağı" kelimeleri,sadece anal kanaldaki fistül iç deliğinin durumunu belirtmek için kullanılmaktadır.

SINIFLANDIRMA :

Günümüze kadar anal fistüller ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. 1934 yılında MILLIGAN ve MORGAN anal kanalın anatomisine dayanan bir sınıflama bildirmişlerdir. Bu yazarlar, dış sfinkterin iç tarafındaki subkutan ve submüköz olarak adlandırılan fistülleri aynen kabul etmekle beraber, diğer tüm fistülleri ano-rektal halkaya göre sınıflandırmışlardır. MILLIGAN ve MORGAN gidiş yolları ano-rektal halkanın altında anal kanala açılan fistülleri, a) iç deliği anal kriptaların seviyesinde olan, sık görülen "aşağı (alçak) anal fistüller" ve b) iç deliği ano-rektal halka civarında olan, nadir rastlanan "yüksek anal fistüller" diye iki gruba ayırmışlardır. Aynı yazarlar, gidiş yolu ano-rektal halkanın üzerinde uzanan tüm fistülleri, rektum veya anal kanalda bulunabilen iç deliklerinin yerini dikkate almaksızın "ano-rektal fistüller" olarak adlandırmışlardır.

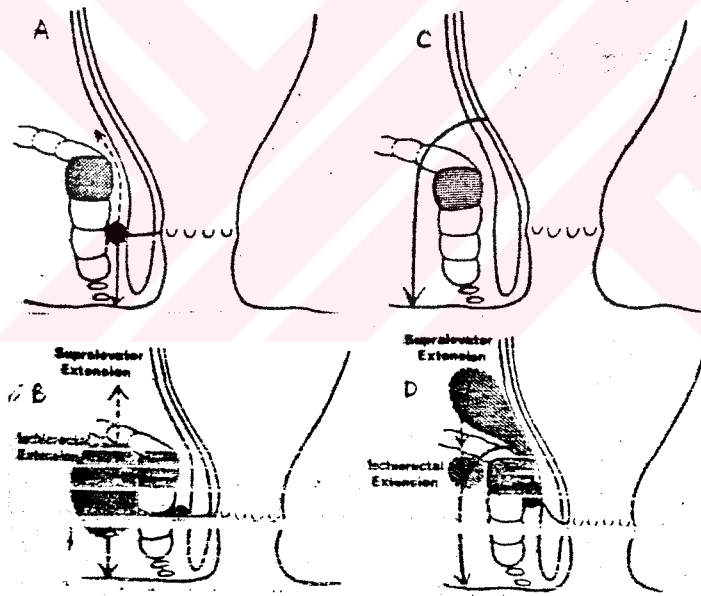
GOLIGHER, MILLIGAN - MORGAN'ın tasnifinde levator ani adalesi ile olan ilişkinin dikkate alınmamış olduğunu tespit etmiş ve ano-rektal fistülleri, a) gidiş yolu levator ani'yi penetre etmeden ischio-rektal çukurun tepesine doğru yükselen "iskio-rektal" ve b) levator ani'yi geçerek yukarı doğru ilerleyen "pelvi-rektal" şeklinde ikiye ayırmıştır. Yazar ayrıca, ischio-rektal ve pelvi-rektal yerine, eş anlamlı "infralevator" ve "supralevator" deyimlerini kullanmıştır.

THOMPSON fistülleri basit ve tedavisi kolay olanlar (% 95) veya kompleks ve tedavisi güç olanlar (% 5) diye ayırmış, iç deliği ano-rektal halkanın üzerinde bulunan veya gidiş yolu dış sfinkter adale çevresinin 3/4'üne kadar uzanan fistüllerin tedavisinin güç olduğunu belirtmiştir.

EISENHAMMER, STELZNER ve PARKS, anal fistülleri sfinkterler arası alan içerisindeki anal glandelerden menşe alan infeksiyonun yayılmasına, yani etyopatogeneze dayanarak sınıflandırmışlardır. En çok taraftarı anal fistüller ile ilgili geniş çalışmalarını yapan STELZNER yaptığı sınıflandırma bulmuştur. STELZNER fistülleri 4 grupta sınıflandırmaktadır.

- 1- İntrasfinkterik (subkutan ve submüköz fistüller)
- 2- İntermüsküler veya intersfinkterik
- 3- Trans-sfinkterik
- 4- Ekstrasfinkterik

Buna ilave olarak PARKS ve arkadaşları nadir bir fistül şekli olan "suprasfinkterik" fistülü tarif etmişlerdir.



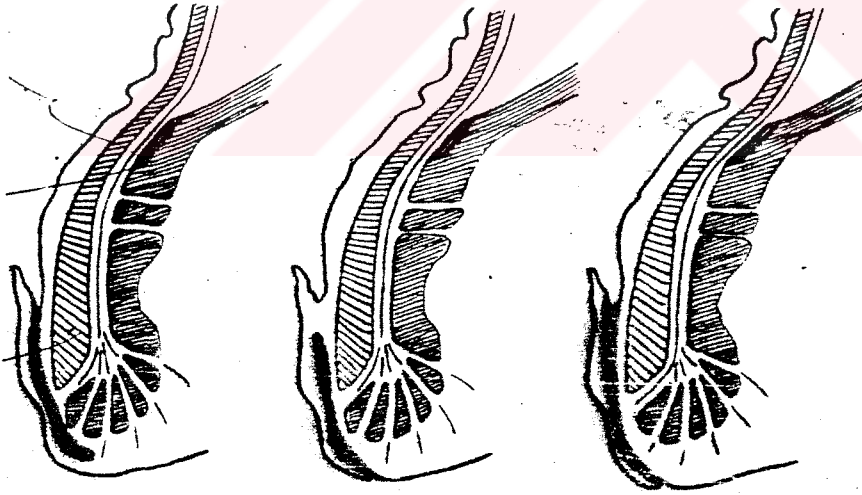
Şekil 3: Sematik olarak çeşitli anal fistül tipleri
A- İnter sfinkterik B- Transsfinkterik
C- Ekstra sfinkterik D- Supra sfinkterik

1- INTRASTİNKTERİK FİSTÜLLER :

Bunlar yüzeysel basit perianal fistüller olup, bu bölgedeki abselerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Fistül yolu daima ano-rektal halka seviyesinin altında bulunur.

a) Subkutan fistüller :

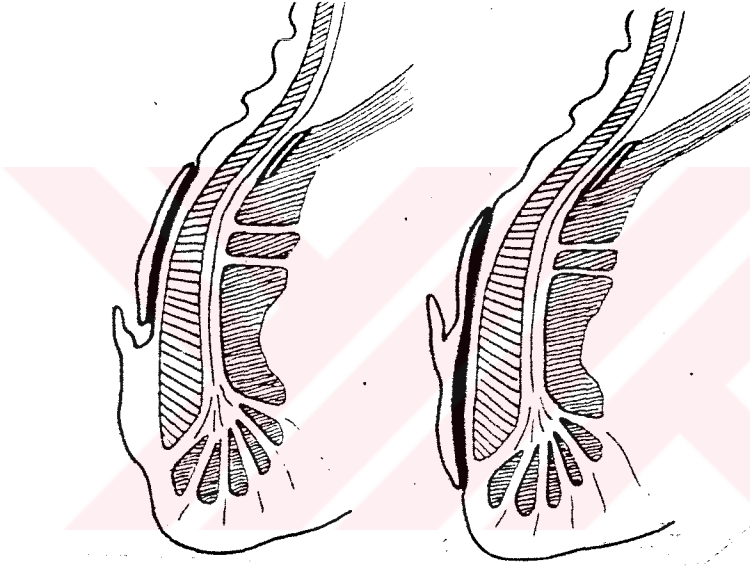
Perianal ve anal kanal cildi altında yüzeysel olarak ilerlerler (Şekil 4). Bu fistüller kaynağını subkutan abse infekte hemoroid, perianal hematoma veya kronik bir fissürden alırlar. Subkutan fistüllerle beraber bazı vakalarda ayrıca bir iskio-rektal, nadiren pelvi-rektal fistül de mevcut olabilir.



Şekil 4: Subkutan fistüller

b) Submüköz fistüller :

Bu fistüller kaynağını genellikle yabancı cisimlerin veya infekte hemoroidlerin neden olduğu submüköz abselerden alırlar. İç fistül deliği anal kanal içerisinde yüksekte bulunur. Fistül yolu düz olabileceği gibi, T şeklinde de ilerleyebilmektedir. (Şekil 5)



Şekil 5: Submukoz fistüller

2- INTERMÜSKÜLER veya INTERSFİNKTERİK FİSTÜLLER:

Sık görülen anal fistül şeklidir. Vakaların % 60-70'ini teşkil ederler. Bu fistüllerin nedeni kriptit ve anal günde infeksiyonudur. Hadise iç ve dış sfinkter adaleleri arasında kalmıştır. Muayenede sfinkter sistemi içerisinde sertleşmiş lokal bölge tespit edilebilir.

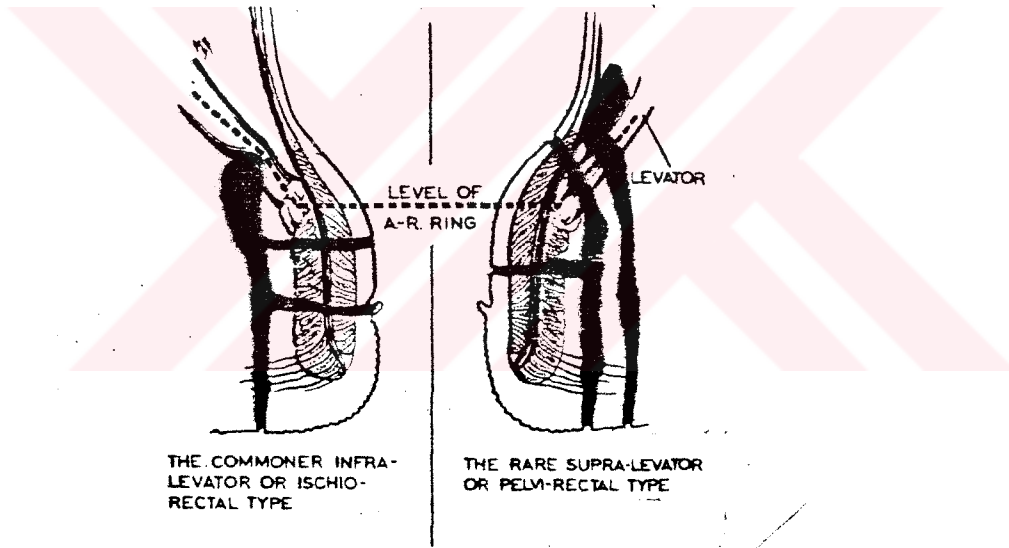
3- TRANS-SFINKTER FİSTÜLLER :

Daima levator adalenin altında sfinkter organını delerek geçmeleri bu fistüller için karakteristiktir. Anal fistüllerin % 20-25'ini teşkil ederler.

a) Perisfinkterik fistüller :

Fistül yolu dış sfinktere bitişiktir. Anüsün en fazla 3 cm. kadar uzağında cilde açılan trans-sfinkterik fistüllere perisfinkterik fistül adı verilmektedir.

b) İskio-rektal fistüller : (Şekil 6)

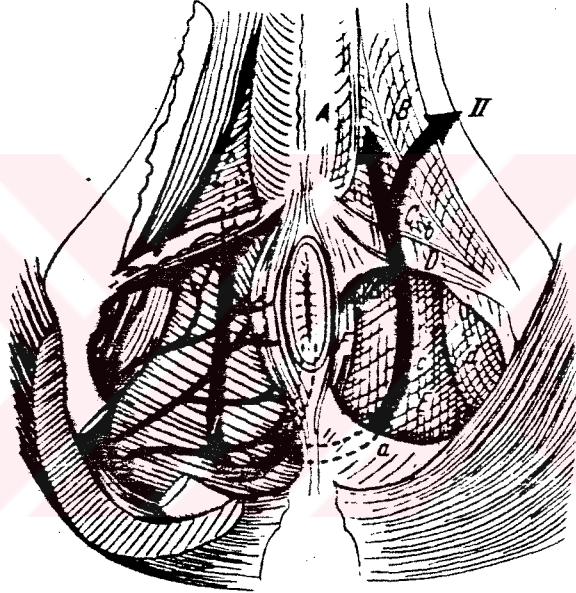


Şekil 6: İskio-rektal ve pelvirektal fistül

Bu fistüllerin kaynağı daima arka komisürdeki kriptalardır. Fistül, kaide olarak derin nedbeleşmiş kriptadan başlamakta bazı vakalarda hemen tüm sfinkter organını içine alarak ano-rektal halka seviyesine kadar yükselmektedir. Fakat daima levator adalenin altında kalan (infralevator) fistül tamamen ischio-rektal çukur içerisinde dir. Arkada tipik olarak iki tarafa doğru horizontal yönde uzanan ischio-rektal fistüller klasik "atnalı" şeklindeki fistülleri oluşturlar. (Şekil 7)

4- EKSTRASFİNKTERİK FİSTÜLLER :

Burada, fistül yolu rektumdan direkt olarak levator ani arasından ve dış sfinkterin dışından ilerleyerek cilde açılır (Şekil 3). Levator adale sınırının üzerine açılan tek anal fistül olan "pelvi-rektal (supralelevator) fistül" bu grupta bulunmaktadır (Şekil 6). Pelvi-rektal abseden oluşan bu fistüller çok nadir görülürler. İnsidans , %2-3 arasında değişmektedir.



Şekil 7: Tipik iki taraflı iskio-rektal(at nalı) fistül

5- SUPRASFİNKTERİK FİSTÜLLER :

Nadir görülen bu fistül tipi PARKS ve arkadaşları tarafından tarif edilmiştir. Burada fistül yolu, anal kanaldaki bir iç delikten yukarıya intersfinkterik alana doğru ilerler, pubrektal adalenin üzerinden kıvrılarak levator ani arasından aşağıda cilde açılır.(Şekil 3-D).

ATNALI FİSTÜLLER :

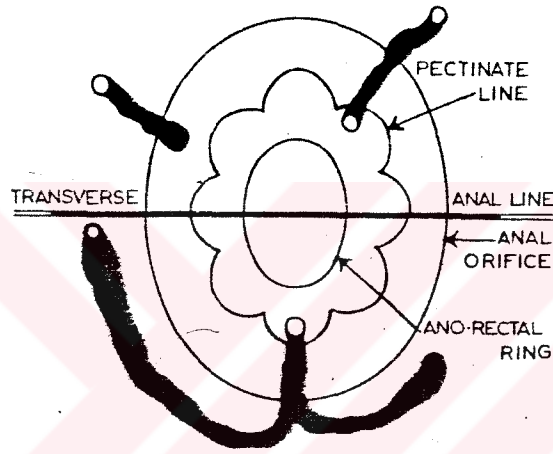
Atnalı fistüller gerek seviyeleri ve gerekse tedavilerinin güçlüğü yönünden ano-rektal fistüller içerisinde önemli bir grup teşkil ederler. Bu fistüller anüsün iki yanında birer dış delik ile kendilerini gösterirler. Bu delikler anüsü çepeçevre dolaşan atnalı şeklinde bir traje ile birbirine bağlıdır ve çok kez arkada saat 12 hizasında tek bir delikle anal kanala açılırlar.

PARKS ve arkadaşları fistüllerin anal kanal içerisinde üç yerde çepeçevre ilerlediklerini tespit etmişlerdir. Bunlar ; a) İntersfinkterik planda, b) İskio-rektal çukurda ve c) Levatorların üzerinde supralevator alandadır. Klasik atnalı fistüller arkada, iki tarafa doğru horizontal olarak uzanan iskio-rektal fistüllerdir.

GOODSALL-SALMON KANUNU :

Fistüllerin gidiş yolu hakkında bilgi veren bu kanundan sıklıkla Anglo-Amerikan literatüründe bahsedilmektedir. Bunun için anüs deliği, ortasından geçen transvers bir çizgi ile ön ve arka yarıya ayrılır. Dış deliği bu çizginin önünde bulunan fistüller düzgün bir şekilde ilerler ve iç delikleri direkt olarak anal kanalda, dış deliğin radyer yöndeki karşılığı hizasındadır. Buna mukabil dış deliği transvers anal çizginin arkasında olan fistüllerin gidiş yolu kavisli ve yay şeklindedir. Böyle fistüller kanalın arka duvarında orta çizgi üzerindeki iç deliğe açılırlar (Şekil 8).

STELZNER, bu kanuna uygunluk göstermeyen fistüllerin mevcut olduğunu, bu nedenle kanunu geçerli saymadığını bildirmiştir. STELZNER'e göre kendiliğinden açılan veya yeterli olarak drene edilen ve akut bir abseden kaynağını alan her fistülün gidiş yolu düzgündür. Buna mukabil ameliyat edilmeyen kronik penetran veya yeterli drenaj sağlanamayan abselerden gelişen her nüks fistülün gidiş yolu kıvrıntılı ve eğridir.



Şekil 8 : Goodsall Kanunu

K L İ N İ K Ö Z E L L İ K L E R

KRATZER, PARKS ve EISENHAMMER'in yaptıkları çalışmalar, anal bölgede lokalize olan abse ve, fistüllerin klinik-patolojik yönden bir ünit oluşturdıklarını göstermiştir. Buna göre, derin planda lokalize olan bir infeksiyonun "abse" akut, "fistül" ise kronik devresi olarak kabul edilebilir.

Perianal fistülü olan hastaların öz geçmi - şinde genellikle uzun süreden beri nüks eden, kendiliğinden boşalmış veya cerrahi yollu drene edilmiş bir anal abse mevcut olup, hastalar bu tarihten beri intermitten veya devamlı akıntıdan şikayet ederler. Uzun süreli vakalarda hastalar çok kez bu eski akut başlangıç dönemini hatırlayamazlar. Bir çok vakanın hikayesinde abse veya bunun sonucu oluşan fistül nedeni ile geçirilmiş bir veya daha fazla sayıda ameliyet mevcuttur. GOLIGHER, bizzat muayene ettiği anal fistüllü hastaların en az yarısının fistülden dolayı evvelce bir kez ameliyat geçirmiş olduklarını tespit etmiştir.

MARKS ile RITCHIE- perianal fistül ile absenin 3 şekilde birlikte olabileceğini belirtmişlerdir. a) Ya evvelce abse cerrahi olarak drene edilmiştir, veya b) kendiliğinden boşalmıştır, veyahutta c) fistül ameliyatı esnasında abse de mevcuttur. Bu yazarlar, takip ettikleri perianal fistül vakalarının % 11.7'sinin hikayesinde kendiliğinden boşalan, % 26.7'sinde bir veya bir kaç kez cerrahi olarak drene edilmiş ve % 27.5'inde de ameliyat esnasında anal abse tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

Anal fistüller klinik olarak ağrısız seyretmekle beraber mevcut akıntının geçici bir süre için kesilmesi ve cerahakın tekrar bir abse teşkil etmek üzere toplanması ile ağrı ortaya çıkar. Hastanın ateşi yükselebilir. Absenin boşaltılması ile hasta rahatlar.

Muayenede perinede, üzerinde granülasyon dokusu bulunan bir veya daha fazla sayıda sekonder fistül ağzı görülür.

Dış fistül ağzının kapanması ile ortaya çıkan yalancı iyileşme dönemleri veya latent devreler uzun veya kısa aralıklarla sürüp gidebilir. Hastalarda anal bölge çevresinde ciltte kaşıntı, ekzematoid değişiklikler ve kontakt piyodermi mutad-
dır. Bu durum akıntının yaptığı tahriş kadar, perianal cildin nemli ve yumuşak oluşuna bağlıdır. Vakaların bazılarında hemoroid, fissür gibi ano-rektal bölgenin diğer hastalıkları da birlikte bulunur.

Crohn hastalığı, aktinomikoz veya ano- rektal karsinoma bağlı sekonder olarak husule gelen fistüllerde klinik tabloya çok kez çeşitli barsak semptomları eklenir. Bu belirtiler bazen o kadar hafiftir ki, hasta bunları gerçekten farketmez veya sorulmadan üzerinde durmaz. Bu nedenle defekasyon alışkanlığında değişiklik, karın ağrısı ile kilo kaybı bu gibi vakalarda daima araştırılmalıdır. Yine buna benzer şekilde tüberkülotik fistüller, akciğer tüberkülozuna ait belirtiler ile birlikte görülebilmekle beraber, hiçbir pulmoner belirti göstermeyen ve genel durum çok iyi olan hastalarda da ortaya çıkabilmektedir.

Özet olarak, anal fistülü olan hastanın çok kez tek bir şikayeti vardır, o da fena kokulu, renksiz, bazen cerahatli, bazen de kanlı olabilen ve iç çamaşırını kirleten intermittan veya devamlı perianal bölgedeki akıntıdır. Nadiren fistülden fekal materyel ve sıklıkla gaz deşarjı mevcuttur. Vakaların büyük bir kısmında fistül yıllarca hastanın genel durumunu etkilemeyen lokal bir hadise olarak kalır. Mutad olan nüksler perianal, hatta parasaklar yeni fistül yollarının ortaya çıkışına neden olurken, sfinkter zamanla tekrarlayan iltihap nedeniyle sklerotik bir yapı alır ve yavaş yavaş sfinkter zayıflığı, gaz inkontinansı ve anal stenoz ortaya çıkar.

A N A L F İ S T Ü L ve K A N S E R

Perianal fistül ile birlikte kanser çeşitli-
şekillerde görülebilmektedir.

1- Fistül,kolonun herhangibir bölgesinde ,
yerleşmiş kanserle birlikte olabilir.

2- Primer veya nüks eden kanser bir fistül
şeklinde ortaya çıkabilir,

veya

3- Kanser primer olarak anal fistül zeminin-
de gelişebilir.

Burada söz konusu edilecek olan bu üçüncü şe-
kildir.Anal fistül zemininde primer olarak kanser
gelişmesi çok nadir görülen bir komplikasyonrur .
KLİNE ve arkadaşları buna ait insidansı % 0.1 ola-
rak bildirmektedir.Literatürde 1966 yılına kadar
yayınlanmış bulunan 131 vaka mevcuttur.

ROSSER,bir anal fistülde habis dejenerasyonun
vuku bulunduğunu,yani kanserin primer olarak fistül
zemininde geliştiğini kabul edebilmek için bazı kri-
terler ileri sürmüştür.Bunlardan birincisi, fistü-
lün uzun bir süreden beri mevcut olması, ikincisi,
kanserin sekonder olmadıkça kesinlikle rektum veya
anal kanal lumeni içerisinde bulunmaması ve üçüncü-
sü de, fistül ağzının anal kanal veya kriptta içeri-
sinde yer almasıdır.

Bu komplikasyonun nadir görülmesi,fistül ile
kansere arasındaki ilişkinin etyolojisinin karanlık
kalmasına neden olmuşsa da,hadisede fistülün dış ve
iç deliği etrafındaki epitelin yıllarca süregelen
kronik irritasyonu tutulmuştur.Histolojik olarak
tümör vakaların % 44'ünde kolloidal karsinom % 22'
sinde adenokarsinom ve % 34' ünde de yassı epitel
hücreli kanser şeklindedir.

Bildirilen vakalarda kanser genellikle uzun
süren fistüllerde gelişmektedir.Fistül başlangıcı
ile kanser gelişmesi arasındaki süre genellikle
10 yıldan az değildir.Hastaların büyük bir kısımın-
da kansere ait belirti mevcut olmayabilir.

Böylece çok kez semptomatik bir fistül sinsi gelişen kanseri maskeler.Genellikle uzun süreden beri akıntı yapan,evvelce bir kaç kez ameliyat edilmiş fistülü olan hastalarda aniden kanama, pürülan akıntının miktarında artma ve fistül etrafında sert bir şişlik görülür.MCINTYRE, anal fistülde kanser ihtimalini düşündüren hususları uzun yıllardan beri fistül şikayeti olan hastalarda akıntının devam etmesine rağmen fistül etrafının daha ağrılı veya sert bir hal alması ve akıntının daha müsinöz bir vasıfta olması şeklinde belirtmiştir.Bu gibi vakalarda kesin tanı,biopsi ile konur,tedavisi abdominoperineal rezeksiyondur.

T A N I

Perianal fistüllerde tanı fizik muayene ve yardımcı muayene metodlarına dayanır.

1- FİZİK MUAYENE :

a) İnspeksiyon :

Perinede ve genellikle perianal bölgede lokalize olan, hemen üzerinde granülasyon dokusundan zengin bir nodül bulunan bir veya daha fazla sayıda fistül dış ağzı görülür. Çok kez bu bölgedeki ciltte eski bir ameliyat nedbesi göze çarpar, ayrıca fistülün dış ağzı etrafındaki cilt, akıntıya bağlı sekonder olarak husule gelen pruritus ani nedeni ile kızarmış, nemli ve kalınlaşmıştır.

b) Palpasyon :

Fistül tanısında daha sonraki muayene perianal bölgenin ve anal kanalın palpasyonudur. Perianal bölgedeki fistülün dış ağzı çevresine yapılan bası sonucu, bazen dış delikten bir kaç damla pürülan bir akıntı tespit edilebilir. Bu da fistül yolunun, dış ağızla alakalı olarak muhtemel pozisyonu hakkında fikir verir. Fistül yolunun gidişi hakkında daha güvenilir bir rehber, fistülün yoluna ait sertliğin (indurasyonun) hissedilmesidir. Oldukça yüzeysel olan basit fistüllerde, fistül yolu genellikle dış delikten anal sınıra doğru düz bir hat şeklinde ilerleyen âdeta sert bir sicim şeklinde palpe edilir. (Şekil 9)

Anal kanalın palpasyonu ile, anal kanal içinde bulunması muhtemel fistülün iç deliği aranır . Arka atnalı şeklindeki bir fistül yolu ano-rektal halka seviyesinde veya bunun hemen üzerinde bir veya her iki tarafta, arkada kalın, horizontal yönde ilerleyen bir indurasyon alanı şeklinde hissedilebilir. Bu tip arka fistüllerde iç delik sıklıkla kanalın arka duvarında orta hatta, çok kez anal kriptaların seviyesinde tespit edilebilir. Submüköz veya yüksek intermusküler bir fistül yoluna ait sertlik normal olarak aşağıya, linea pectinea'ya doğru kolayca hissedilebilir.

Daha sonra, palpe edilen fistüle ait iç deliğin ano-rektal halka ile olan ilgisi belirtilerek bunun kesin lokalizasyonu şematik olarak işaretlenir.

Ayrıca yine palpasyonla, önceden yapılmış bir ameliyattan sonra sfinkter adalelerinin fonksiyonel yetenekleri değerlendirilir.



Şekil : 9- Cilt altındaki fistül yoluna ait sertliğin palpasyonu

2- YARDIMCI MUAYENE METODLARI :

a) Stile ile muayene :

Bunun için ince veya orta kalınlıkta, künt ve bükülebiyen bir metal stile kullanılır. Stile dış delikten fistül yolu içerisine yerleştirilirken, stilenin fistül yolu içerisindeki yerini tespit etmek amacı ile aynı anda diğer elin işaret parmağı anal kanal içerisine sokulur (Şekil 10-A). Komplet fistüllerde, stilenin ucunun iç delikten lumen içerisine çıktığı hissedilir. (Şekil 10-B)



Şekil 10 : Perianal fistülün stile ile muayenesi

Buna mukabil inkomplet, daha doğrusu iç deliğin bulunamadığı fistüllerde stile ucu ile muayene eden parmağı, aradaki anal veya rektal duvarın tüm katları veya sadece mukozası ayırır. Stile ile muayene esnasında iç deliğin ve fistül yolunun pozisyonunun sfinkter adaleleriyle ve özellikle ano-rektal halka ile olan ilgisi tespit edilir.

Muayenede, stilenin yönünün anal kanalın uzunlamasına eksenine göre tayini de mevcut fistülün tipini ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır. Cildin hemen altında bulunan bir subkutan veya alçak anal fistülde, stile kanalın uzun eksenini ile hemen hemen bir dik açı oluşturacak şekilde ilerler. Fistülün yüksekliği arttıkça stile anal kanala göre daha oblik olarak uzanır. Bu durum iskio-rektal fistüllerde stilenin anal kanala hemen hemen paralel ilerleyerek ucunun ano-rektal halkanın üzerinde, rektal duvar aracılığı ile palpe edilmesine kadar değişiklik gösterebilmektedir.

b) Proktoskopi :

Proktoskopi, perianal fistül vakalarında da değerini muhafaza eden bir yardımcı muayene metodudur. Palpasyonla veya stile yardımı ile aşıkarak, gösterilemeyen anal kanaldaki fistüle ait iç delik anoskop ile ortaya konabilir. Bunun yanında, bu muayene usulü bir rektal ile yüksek anal iç deliği birbirinden ayırt etmede yardımcı olabilir. Sokulan proktoskopun ucu aşağı rektumdan anal kanalın yukarı parçasına doğru geri çekilirken, bir yerde lumenin ano-rektal halka tarafından kapatıldığı görülebilir. Bu durumda proktoskop artık hareket ettirilmez. Eğer fistülün iç deliği hala lumenin kapanma noktasının altında görülüyorsa, delik anal kanaldadır; aksi halde ano-rektal halkanın üzerinde, rektumdadır. Ayrıca yine proktoskopik muayene ile rektal mukozanın durumunda görmek mümkündür. Mevcut bir nedbe veya hipertrofik anal papilla çok kez bir fistülün başlangıcına delalet eder. Bu arada hemoroid, fissür gibi eşlik eden lezyonlar da tespit edilir.

c) Metilen mavisi injeksiyonu :

Bir enjektör ile metilen mavisi solüsyonu dış fistül deliğinden verilir. Eğer önceden anal kanal ve rektuma yerleştirilen beyaz bir gaz tampon maviye boyanırsa bu, fistülün rektum veya anal kanal içine ağızlaştığını gösterir.

d) Fistülografi :

Fistül yolunun ve mevcutsa yan dallarının gidişini ortaya koymak gayesi ile fistülün dış deliğinden lipiodol gibi opak bir madde verilerek radyolojik tetkik yapılır.

e) Toraks grafisi :

Tüberküloz menşeli fistüllerin klinik seyirleri atipik olabildiği dikkate alınacak olursa, her anal, fistül vakasında toraks grafisi çekilmek sureti ile evvelce veya halen mevcut akciğer tüberküloz odağı e-karte edilebilir.

f) Kültür :

Fistül deliğinden gelen cerahatli materyelden kültür yapılır. Şüpheli vakalarda Koch basili ve aktinomyces'ler araştırılır.

A Y I R I C I T A N I

Fizik muayene ve yardımcı muayene metodları ile mevcut bir anal fistülün kolayca ortaya konmasının yanı sıra, bu fistülün sfinkter adaleleriyle ilgisine göre tam ve doğru olarak sınıflandırılması da genellikle mümkündür. Bununla beraber anal fistüllerin ayırıcı tanısı üretra fistülü, kadında Bartholin guddesinin kronik infeksiyonu pilonidal sinüs, kronik süpüratif hidradenitis, ciddi idiyopatik pruritus ani, çeşitli hastalıklara bağlı sekonder fistüller ile yapılmalıdır.

Bir erkek hastada ön tarafa doğru uzanan bir fistülün mevcudiyeti anal fistülden ziyade, ön, planda bir üretra fistülünü düşündürür. Bu durumda hastada üriner semptomlar, üretrite ait hikaye araştırılır. Kadında ise, mevcut bir anterior fistülün anal kanaldan ziyade, bir kronik infekte Bartholin guddesinden menşee aldığı tespit edilebilir. Buna karşılık arkada yerleşmiş fistüller daha çok pilonidal sinüsler ile karıştırılabilirse de, bu sinüslerin kaide olarak perianal bölgeden çok daha uzak ve geride bulunması, kıl ihtiva etmesi uzun süren bir akıntının mevcut oluşu ve fizik muayenede anal kanalın oldukça düzgün tespit edilmesi tanıyı kolaylaştırır.

Anal fistüllere benzerlik gösterebilen bir diğer hastalık kronik süpüratif hidradenitis olup burada cilde ait apokrin guddelerin infeksiyonu söz konusudur. Bu guddeler yalnız kıl folikülleri ile birlikte aksilla, kasık, skrotum ve perine bölgesinde bulunurlar ve derinde subkutan dokuların içerisinde yerleşmişlerdir. Anal bölgedeki bu guddelerin infeksiyonuna bağlı olarak, sert nodüller bir manzara görülür. Birbirleri ile iştiraki olabilen sinüslerden seropürülen bir akıntı gelir. Perianal bölgede bulunan bir fistülde iç delik tespit edilemiyorsa apokrin menşeli bir kronik infeksiyon da hatırlanmalıdır. Kaide olarak, fistülün gi-diş yolu granülasyon dokusunun yaptığı sert bir sicim şeklinde palpe edilirken, hidradenitisde yüzeysel bir boşluk içerisine doğru ilerleyen sinüs mevcuttur. Bir iskio-rektal anal fistülde anal kanalın ve iskio-rektal çukurların muayenesinde

kronik süpüratif hidradenitiste tespit edilmeyen bir indürasyon palpe edilir.

Fistüllerin ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken bir diğer hastalık ciddi idiopatik pruritus ani'dir. Hastalar akıntıdan şikayetçi olmakla beraber, muayenede fistüle ait hiçbir bulgu tespit edilemez. Perianal bölge cildi nemlidir, mevcut sızıntı hastanın iç çamaşırını kirlettiğinden hasta bunu bir fistül akıntısı şeklinde yorumlar. Yine, anal akıntıdan şikayet eden bazı kadın hastalarda, bu akıntının menşei hakikatte vaginal olabilir.

Ayırıcı tanıda üzerinde önemle durulması gereken diğer bir husus da, mevcut bazı hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sekonder fistüllerdir. Proktokolit, rektal lenfograduloma, aktinomikoz veya ano-rektal bölgenin kolloid karsinomu gibi hastalıklar bu tür fistüllere neden olabilirlerse de prokta-sigmoidoskopi dahil, rektal muayene ile bunlar ekarte edilirler, kesin tanı biopsi ile konur. Regional ileit'e bağlı sekonder fistüller yaygındır ve tedaviye cevap vermezler. Bu tip fistüllerin veya abdominal semptomların, ishalin, mukus deşarjının veya kilo kaybının mevcudiyetinde ince barsakların distal kısmı ve sağ kolon opak lavmanla tetkik edilerek ayırıcı tanıya gidilir.

Tüberküloz menşeli anal fistülleri de basit piyogenik fistüllerden ayırt etmek gerekir. Tipik, tüberküloz anal fistüllerin deliğinin kenarındaki çift ince, mavimsi renktedir. Fistül yolu sert değildir, indürasyon yoktur, geniş olan dış delikten bol miktarda ince bir akıntı gelir. Toraks grafisi, biopsi, fistül materyalinin bakteriyolojik tetkiki durumu aydınlığa kavuşturur.

T E D A V İ

Anal fistül tedavisi cerrahinin önemli konularından birini teşkil etmektedir. Nüks ve anal inkontinans günümüzde de tedavinin ana problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Perianal fistüllerin tedavisi cerrahidir. Eski yıllarda kullanılan, fistül yolu içerisine % 3 gümüş nitrat veya kinin-üretan solüsyonu zerkinin değeri kalmamıştır.

Anal fistül tedavisinde uygulanan ameliyatları 4 grupta toplamak mümkündür.

1- Fistülün açılması(fistülotomi) ve yarının granülasyon dokusu tarafından iyileşmeye bırakılması,

2- Fistül yolunun açılıp, aynı seansta cilt grefi uygulanması,

3- Fistülotomi, fistül yolunun eksizyonu ve primer sütür,

4- Konservatif cerrahi tedavi.

Bu girişimlerin hepsinde esas prensip, anal kontinansı muhafaza ederek "yeterli drenaj" sağlanmaktadır.

Ameliyat esnasında fistül tedavisinin en önemli problemini teşkil eden anal kontinansın muhafazası ile birlikte, nükse mani olmak için aşağıdaki kaidelere uyulması gerekmektedir.

1- Puborektal adale seviyesinin altında dış sfinkter adalesini delip geçen tüm fistüllerde sfinkter tam olarak kesilebilir.

2- Sfinkter organının en önemli parçasını, teşkil eden puborektal adaleyi aşan ekstrasfink-

terik ve suprasfinkterik fistüller hiçbir zaman tam olarak insize edilmemelidirler. Zira bu adalenin devamlılığının bozulması, daima anal inkontinansa neden olur. Bunun dışında dış sfinkter adalenin proksimal parçası da dikkatle korunmalıdır.

3- Fistül yolunun insizyonu, sfinkter adale liflerine mümkün olduğu kadar dikey istikamette yapılmalıdır.

4- Yara kenarları ameliyattan sonra granülasyon dokusu tarafından iyileşmenin tamamlanmasına kadar açık kalmalıdır.

5- Fistülün primer deliği eksize edilmelidir. Bu yapılmadığı takdirde infeksiyon nüks eder ve yeni bir fistül husule gelebilir.

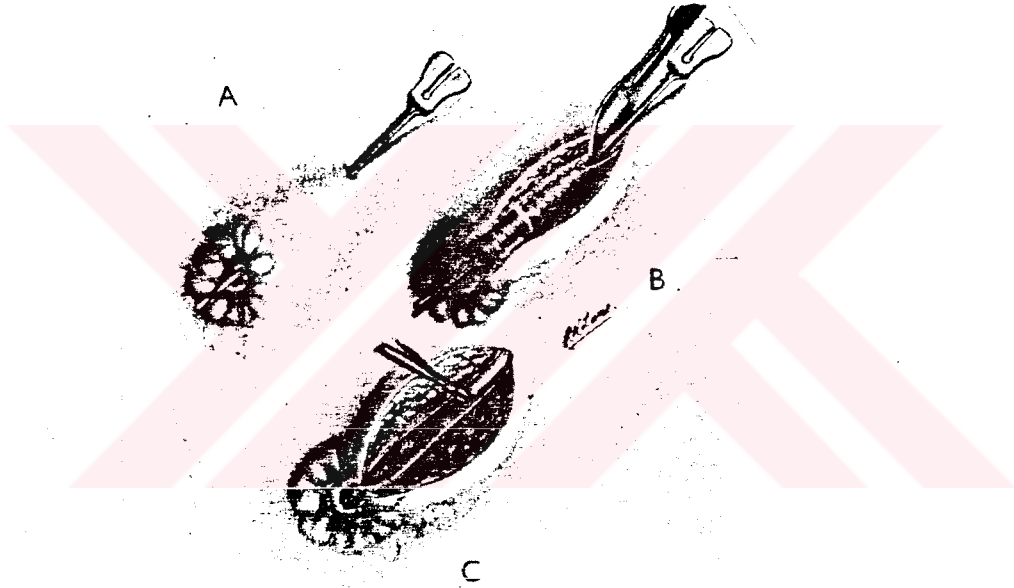
6- Anal kanaldaki fistülün iç deliği mutlaka ortaya konmalıdır.

7- Yan dalları olan fistüllerde, ana fistül yolu ile beraber bunlarda açılmalıdır.

1- FİSTÜLOTOMİ ve YARANIN GRANÜLASYON DOKUSU TARAFINDAN İYİLEŞMEYE BIRAKILMASI :

Anal fistüllerin tedavisinde kullanılan en eski ve klasik tedavi metodudur. Bunun en iyi örneğini, genellikle doğru istikamette ilerleyen kısa fistüller olan subkutan veya aşağı anal fistüllerde yapılan ameliyet teşkil eder. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonundaki hastada ameliyata başlamadan önce, fistülün anal kanaldaki iç deliği, fistül yolunun pozisyonu ve ano-rektal halka ile olan ilişkisi ortaya konur. Fistülün iç deliğinin bulunması bazen güçlük arzidersede bu noktada tanı bahsinde değinilen "Goodsall-Salmon Kanunu" ve fistül yoluna metilen mavisi injeksiyonu yardımcı olur. Fistül yolunun pozisyonu, iç ve dış delikten geçirilen bir stile ile ortaya çıkarılır.

Ameliyatın esası dış delikten iç deliğe kadar fistül yolu üzerindeki tüm dokuları keserek yolun açılması ve açık bırakılmasıdır. Bunun için önce bir stila veya ucu künt oluklu bir sonda dış delik ağzından fistül yolu boyunca anal kanaldaki iç deliğe kadar sokulur. Oluklu sonda üzerindeki fistül yolunun tamamını teşkil eden doku uzunlamasına, sfinkter adale lifleri mümkün olduğu kadar dikey istikamette bistürü ile kesilir. Daha sonra açılmış olan fistül yolunun iç yüzeyindeki granülasyon dokusu kürete edelir. (Şekil 11)



Şekil 11: Aşağı anal fistül tedavisinde fistülotomi

Bu arada yara kenarları yarayı kapatmayacak şekilde makasla kesilerek düzeltilir. Yara sekonder iyileşmeye bırakılır. Yan dalları olan komplike fistüllerde, bunlar ortaya konduktan sonra ilave insizyonlar yapılır. Kürete edilen dokunun özellikle tüberküloz yönünden bakteriyolojik ve histolojik incelenmesi yaptırılır.

İç deliği gösterilemeyen vakalarda fistülün gidiş yolu, fistül içindeki burjone dokunun görünümünden yararlanılarak bulunur.

Ameliyat sonrası dönemde yara dikkatle takip edilerek derinden granülasyon dokusu ile iyileşmesi beklenir. Bu arada doku köprülerinin teşekkülü önlenir, yara kenarlarının birbirine yapışmamasına dikkat edilir. Bu arada hafif pansumanlar, antiseptik oturma banyoları, antibiyotikli pomadlar uygulanır. Geniş fistül yaraları iyileşirken husule gelen fibröz doku teşekkülü anal darlığa neden olabileceğinden, hergün tuş ile anal kanal kontrol edilir. Gerekirse anal dilatasyon yapılır. Fistülotomiden sonra iyileşme hadisesi oldukça yavaştır. GOLİGHER, aşağı anal fistüllerde granülasyon dokusu ile iyileşme süresini 4-5 hafta, yüksek atnalı fistüllerde 12-16 hafta olarak bildirmiştir.

Bazı yazarlar trans-sfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüllerde "ligatür (seton) usulünü" tavsiye etmektedirler. Ligatür metodu 2 safhada uygulanmaktadır.

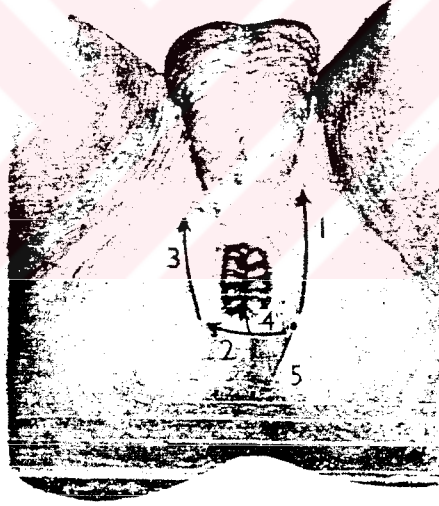
1- Devamlı drenaj

2- Sfinkterin tedrici kesilmesi.

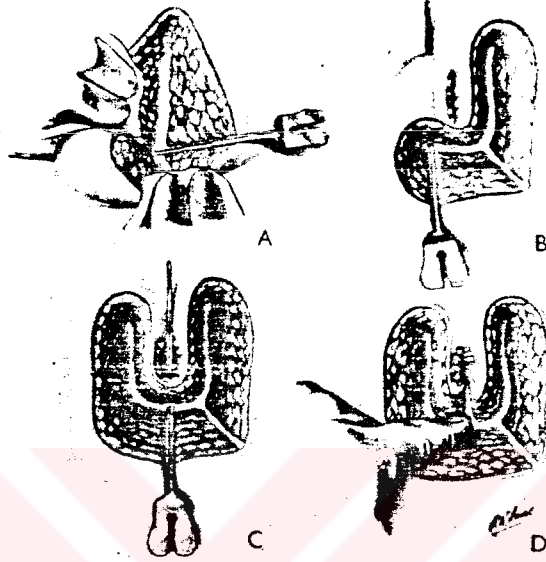
Birinci dönemde, fistül yoluna oluklu bir stile sokularak trajeye bir tel veya naylon veya yahutta ipek bir ligatür geçirilir ve bir süre devamlı drenaja (ortalama 6 hafta) terk edilir. Sonra, drenaj ilmiğinin traksiyonu ile sfinkter bir taraftan kesilirken, diğer taraftan kesilen uçlar kaynaşır. Böylece sfinkterin bütünlüğü bozulmadan kesilmesi mümkündür. Tedavi ambulator olarak yürütülebildiğinden, hastanın günlük işini ve yaşantısını aksatmaz. Hasta kontrollere a-yaktan gelir.

İ s k i o - r e k t a l fistüllerde (yüksek arka atnalı fistüller) tedavi prensibi aynı olmakla beraber, fistülotomi yapıldıktan sonra, iyileşmesi için bir kaç hafta gerektiren geniş

bir kavite kalır. Tipik atnalı fistüllerde, fistül yolunun önce bir taraftaki öne doğru uzantısı açıldıktan sonra, stile ile fistül yolunun transvers olarak retrosfinkterik alandan karşı tarafta iskio-rektal çukura doğru uzandığı tespit edilerek, stile üzerindeki doku kesilir. Daha sonra bu ikinci tarafta öne doğru uzanan fistül yolu ilk tarafta olduğu gibi açılır. Bunu takiben arkada ana fistül yolunun sfinkterleri penetre eden iç deliği bulunur ve yolun üzerindeki sfinkter adaleler kesilir. Tipik vakalarda atnalı manzarayı görülür. (Şekil 12-13)



Şekil 12: Arka atnalı iskio-rektal fistüllerde fistülotomiye ait safhalar



Şekil 13: Arka atnalı fistüllerde fistülotomi

P e l v i - r e k t a l fistüllerde fistülün dış deliği daima anal kenara 5 cm.den daha uzak mesafede bulunur. Fistül yolu sfinkterin dışından ilerleyerek levator adaleyi delip geçer. Pelvi-rektal fistüller hiçbir zaman iç tarafta, rektuma ve anal kanala doğru açılarak tedavi edilmazler. Zira levator adalenin kesilmesine bağlı olarak anal inkotinans ortaya çıkar. Bu nedenle fistül daima dışa doğru açılır. Tedavileri çok güçtür.

MARKS ve KITCHIE'ye göre, bir fistülün en güç komponentini supralelevator bölgeye olan uzantısının tedavisi teşkil etmektedir. Bu yayılma 4 durumda ortaya çıkabilmektedir:

a) Intersfinkterik bir fistülün yukarı doğru uzanması,

b) Trans-sfinkterik bir fistülün yukarı doğru ilerlemesi ve

c) gerek suprasfinkterik veya

d) gerekse ekstrasfinkterik bir fistülün lateral istikamette uzanması. Birinci şekil ile diğerleri arasında önemli bir fark mevcuttur. Intersfinkterik bir fistülün supralevator uzantısının ischio-rektal çukur ile iştiraki yoktur. Bu nedenle emin bir şekilde rektum içerisine açılabilir. Ischio-rektal çukura drenajı ise, böyle bir fistülü daha, güç suprasfinkterik tipe dönüştürür.

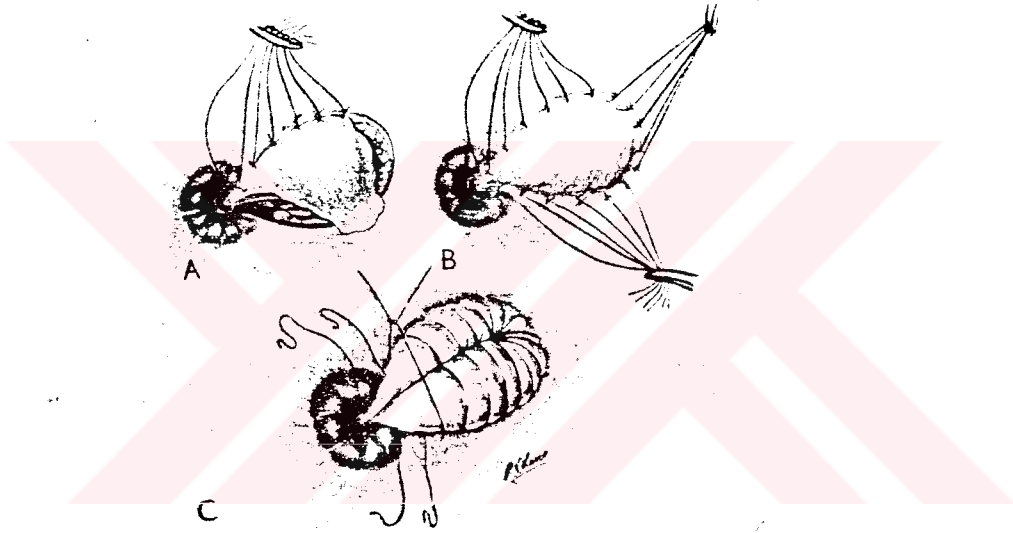
Nadir görülen ve puborektal adele ile sıkı ilişkisi olan suprasfinkterik fistüllerin tedavisinde PARKS ve STITZ eski ligatür metodunun bir modifikasyonunu tarif etmişlerdir. Çevresindeki mukozaya ile birlikte fistülün iç deliği ve iç sfinkterin bir şeridi eksize edildikten sonra, ischio-rektal çukur içerisindeki fistül yolunun üzerindeki cilt açık bırakılır ve yolun altındaki dış sfinkterin yaklaşık olarak yarısı kesilir. Daha sonra fistül yolu içerisinden geçecek şekilde puborektal adale ve kalan dış sfinkter etrafından bir naylon seton gevşek olarak bağlanır. Bu pozisyonda naylon setonun hem bir dren hemde fistül yolunu gösteren bir işaret olarak iki rolü vardır.

2- FİSTÜLOTOMİ ve AYNI SEANSTA CİLT GREFİ UYGULANMASI :

Bu ameliyat HUGHES tarafından tavsiye edilmiştir. Uygulamadan önce anal bölgenin steril hale getirilmesi şarttır. Burada, klasik ameliyatta olduğu gibi önce fistülotomi yapılır. Dikkatli bir hemostazdan sonra, aynı seansta yara ciltten alınan otogref ile kapatılır. (Şekil 14) Dikişler ameliyattan sonra 5. gün alınır.

Ameliyattan önce fekal materyeli sterilize etmek gayesi ile absorbe edilmeyen sulfonamidler ve antibiyotikler ağız yolu ile kullanılır, buna ameliyat sonrası da devam edilir. GOLIGHER, bu tür ameliyatlarda genellikle barsak antiseptiği kullanmadığını bildirmiştir.

Zira bu ilaç uygulamasının dezavantajı, ameliyattan sonra bir kaç gün defakasyonu sınırlandırmanın mümkün olmayışıdır, bu ameliyatta başarı oranını % 80 olarak belirtilmiştir. Fistül yarasının geniş ve derin olduğu yüksek anal fistüllerde aynı seansta cilt grefi uygulanması tavsiye edilmektedir. Zira, yara yüzeyinde husule gelen serö-senginö sızıntı grefi yatağından kaldırmaktadır. Böyle vakalarda aynı yazar primer grefi geciktirerek, fistülotomiden 2-3 gün sonra uyguladığını bildirmiştir.

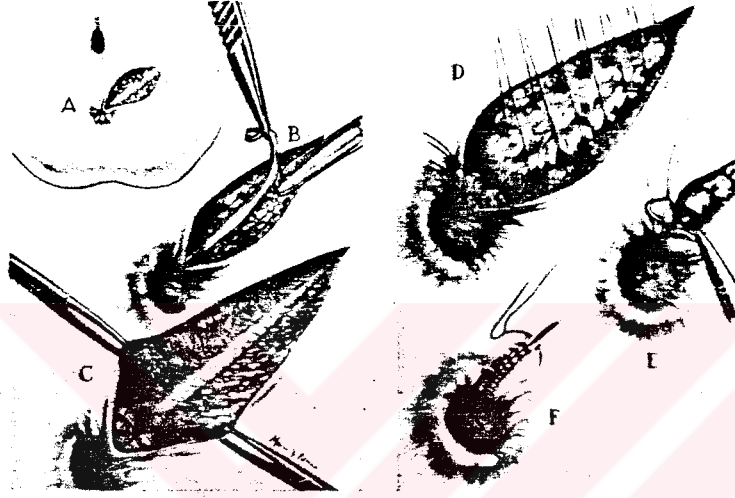


Şekil 14: Fistülotomiden sonra yaranın cilt grefti ile kapanması

3- FİSTÜLOTOMİ, FİSTÜL YOLUNUN EKSİZYONU ve PRİMER SÜTÜR :

Bu ameliyat şeklinde önce fistül yolu açılır, fakat cilt ve cilt altı yağ dokusu eksize edilmez, yaranın primer olarak kapatılması için muhafaza edilir. Fistülotomiden sonra açılan fistül yolu geniş olarak eksize edilir ve yara yüzeyleri granülasyon ve fibröz dokulardan temizlenir.

Daha sonra yara primer olarak bir kaç kat üzerinden suture edilir.(Şekil 15) ameliyat sonrası dönemde defekasyon 5-6 gün sınırlandırılır.Bu metod genellikle basit fistüllerde uygulanmaktadır.



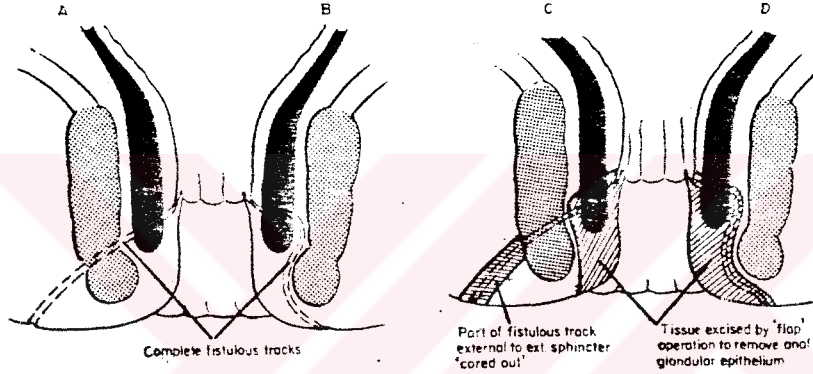
Şekil 15: Fistülün eksizyonu ve primer suture

4- KONSERVATİF AMELİYAT :

Ano-rektal abse ve fistüllerin teşekkülünde "kriptoglandüler infeksiyon" teorisine dayananan fistül ameliyatının öncüleri EISENHAMMER ve PARKS'dır. EISENHAMMER,anal fistüllerin pratik olarak yalnız anal guddelerden kaynağını alabileceğini belirtmiş ve fistülü beslemekle sorumlu tuttuğu intersfinkterik absenin cerrahi tedavisinde,bu absenin iç sfinkterotomi ile anal kanaldan açılmasını tavsiye etmiştir.

PARKS.tedavide sadece sfinkterler arası alanın iç sfinkterotomi ile açılmasının yeterli olamayacağını belirtmiştir.Bu yazar,intersfinkterik abseyi or-

taya koymak ve hadiseye neden olan anal guddeyi çıkarmak için anal kanalın alt yarısını, buna bitişik iç sfinkter parçası ile beraber eksize etmektedir. Böylece bu girişimde, dış sfinkterin iç tarafındaki tüm fistül yolları glandüler epitel ile birlikte ortadan kaldırılmış olmaktadır. (Şekil 16)



Şekil 16: Aşağı anal fistüllerde "Parks Ameliyatı"

Eğer fistül dış sfinkteri penetre etmiş ise dış delikten dış sfinktere kadar fistülün periferik parçası kürete edilmekte veya çıkarılmaktadır.

P R O G N O Z

Tedavi edilmeden bırakılan anal fistüllerin çok istisnai olarak kendiliğinden iyileştiği belirtilmiştir. Bu iyileşme 2 şekilde olabilmektedir. Birincisinde, fistül yolu içerisindeki granülasyon dokusu nedbe dokusuna organize olurken lümeni tam olarak tıkanır. Bu arada fistül deliğide epitelize olur. İkinci şekilde, yassı epitel fistülün dış ve iç deliklerinden fistül yolu boyunca ilerleyerek, onu örter. Bu durum daha kısa subkutan veya aşağı anal fistül ve sinüslerde görülebilmektedir. Yine de kaide olarak kabul edilmesi gereken husus, anal fistüllerin kendiliğinden iyileşmelerinin çok nadir oluşudur. Tedavi edilmeyen vakalar granülasyon yolları olarak kalırken tedavi edilen vakalarda iyileşme süresi fistül tipine, uygulanan ameliyat şekline göre 5 hafta (aşağı anal fistüller) ile 14 hafta (atnalı fistüller) arasında değişmektedir.

Anal fistül tedavisi evvelce işaret edildiği gibi, anal kontinansı muhafaza ederek fistülün drenajına yöneliktir. Yeterli drenaj sağlanamayan vakalarda nüksütaddır. Sfinkter adalelerin fonksiyonel bozukluğu (inkontinans) ile beraber nüks cerrahi girişimden sonra ortaya çıkan en önemli komplikasyonlardır.

Anal fistüllerde prognaz, tedavi sonrası husule gelen komplikasyonlara göre değişmektedir. Bunlar ameliyattan sonra erken veya geç dönemde ortaya çıkarlar.

1- KANAMA :

Erken dönemde sfinkter etrafındaki arterlerden veya A. pudendalis interna'dan kanama görülebilir. Kanama tehlikesi özellikle derin iskio-rektal fistüller ile submüköz fistüllerde daha fazladır.

2- ANAL DARLIK :

Anal deliğe yakın fistüllerde ameliyattan sonra iyileşme esnasında husule gelen ileri derecede nedbe dokusuna bağlı olarak ortaya çıkar. Bu duruma mani olmak için tuşe veya anal dilatörle periodik dilatasyon tavsiye edilmektedir.

3- FİSTÜL NÜKSÜ :

Anal fistül ameliyatlarından sonra nüks oranı genellikle yüksek olarak tespit edilmektedir . Yeterli drenajı sağlanamayan her fistülün nüks etmesi mutaddır.Buda özellikle anal fistül yolu ile iştiraki olan yan dalların ameliyat esnasında ortaya konamaması veya bunların tedavide ihmal edilmesi ile ilgilidir.İç deliği bulunamayan fistüllerde genellikle nüks beklenebileceği bildirilmiştir.Takip ve kontrol etmek fırsatı bulunan klasik fistülotomi uygulanan anal fistül vakalarında nüks oranını % 1.8 olarak saptanmıştır.

4- ANAL İNKONTİNANS :

Anal fistüllerde sfinkter adalelerin fonksiyon bozuklukları cerrahi girişimden hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi,sekonder yara iyileşmesi, sonucu husule gelen yaygın nedbe dokusuna bağlı olarak da gelişebilmektedir.DUNPHY ve PIKULA,fistül ameliyatlarından sonra husule gelen anal inkontinansın 2 ayrı nedeni olduğunu bildirmişlerdir.

a) Sfinkter organını innerve eden sinirlerin, harabiyeti;Pudental sinirin anal dalları iskio-rektal çukurun tepesinden geçerek levator adalenin üzerinden yer alırlar.Anal fistüllerin büyük bir kısmı bu bölgeyi penetre etmezlerse de,ameliyat esnasında yapılan geniş sirküler insizyonlar veya geniş doku eksizyonu sinir harabiyetine yol açabilmektedir.

b) Fistül ameliyatlarından sonra en sık görülen anal inkontinans nedeni ano-rektal halkanın harabiyetine bağlıdır,arka ve lateral fistüllere oranla,derin anterior fistüllerde inkontinansın daha fazla görüldüğü bildirilmiştir,anal fistül ameliyatlarından sonra kontinans 3 derece incelemek - tedir.

1-Tam anal kontinans :

Ameliyattan sonra kontinans tamdır.Hasta ishal halinde dahi feçesini ve gazını tutabilir.

2- Sfinkter zayıflığı :

Burada ameliyatlı hastada sfinktere ait aktif ve pasif tonüs kaybı mevcuttur.Bu gibi hastalar,örneğin ishal halinde derhal barsaklarını boşatmak

mecburiyetindedirler.Sfinkter zayıflığına bağlı olarak hastalar özellikle uzun süre ayakta kaldıkları veya öksürdükleri zaman iç çamaşırlarını kirletirler.

3- İnkontinans :

Sfinkter fonksiyonları bozuktur.Hasta gaz ve gaitasını hiçbir şekilde tutamaz.



M A T E R Y A L

1974 - 84 yılları arasında Sisli Etfal Hastanesi 2.Cerrahi Kliniğinde perianal fistül nedeni ile ameliyat olan 66 vaka bu çalışmanın materyalini teşkil etmektedir.

Vakalarımızda cinse göre dağılım 47'si(% 73) erkek ve 19'u (% 27) kadın olmak üzere 3,7/1 şeklinde erkekler lehinedir.

Vakalarımızın en genci 6 aylık, en yaşlısı da 68 yaşında erkek hastalardır. En yüksek insidans (31-40) yaşlar arasındadır. Materyalimizi teşkil eden 66 anal fistül vakasında yaşa göre dağılım aşağıda bir tablo halinde gösterilmiştir. (Tablo 1) Buna göre 43 vaka (% 67) 21-40 yaşlar arasında bulunmaktadır.

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam	Yüzde
0-10	4	(-)	4	6
11-20	3	1	4	6
21-30	13	5	18	27.5
31-40	19	6	25	38
41-50	4	6	10	15
51-60	3	1	4	6
61yukarısı	1	(-)	1	1.5

Tablo 1: Vakalarımızın yaşa ve cinse göre dağılımı

Kliniğimize müracaat eden tüm perianal fistül vakalarının etyolojisinde adi piyojonik infeksiyon sorumludur. Vakalarda anal bölgede evvelce yeterli drene edilmemiş veya kendiliğinden boşalmış eski, piyojen abseler fistüle neden olmuşlardır.

Kliniğimizde tedavi edilen vakaların 8'i perianal abse veya bunun sonucu ortaya çıkan fistül nedeni ile evvelce bir veya daha fazla sayıda ameliyat geçirmişlerdir. (Tablo 2) Böylece Kliniğimize müracaat eden 66 vakanın 58' i Primer, 8'i (% 12) de nüks etmiş fistüllerdir.

LEZYON	Geçirilmiş Ameliyat		
	Bir Kez	Birden Çok	Toplam
PERIANAL FİSTÜL	56	8	66

Tablo 2: Perianal fistül nedeni ile ameliyat geçiren vakalarımız

Metaryalimizin teşkil eden vakalarda en sık görülen semptonlar başta fistül ağzından akıntı olmak üzere anal bölgede ağrı ve kaşıntıdır. Hastalarda genellikle fena kokulu pürülen karakterde, intermitten veya devamlı bir akıntı tespit edilmiştir.

Kliniğimize müracaat eden vakaların 6'sı (% 9) fistül ile beraber hemoroid, kist dermoid sacral, perianal abse, prolapsus ani gibi diğer bazı yandaş hastalıklar da tespit edilmiştir. Vakalarımızda en sık rastlanan yandaş hastalıkları 2'ser vaka ile (% 3) hemoroid ve kist dermoid sacraldır. (Tablo 3).

YANDAS HASTALIK	Vaka Sayısı	Yüzde
Hemoroid	2	3
Perianal abse	1	1.5
Kist Dermoid Sakral	2	3
Prolapsus Ani	1	1.5

Tablo 3: Yandaş hastalıkların dağılımı

Klinik, vakalarımızda tam bir problem teşkil etmemiştir. Hastalarda tanıya genellikle fizik muayene ve sitile yardımı ile gidilmiştir.

Ameliyatlarda litotomi pozisyonu kullanılmış olup, stile fistül ağzından verilen metilen mavisi yardımı ile fistülü anal kanaldaki iç deliği ve trasesi araştırılmıştır. Bu arada mevcut yandaş hastalıkların bir kısmı da tedavi edilmiştir. Vakalarımızda uygulanan ameliyat şekilleri ile ilgili tablo aşağıdadır. (Tablo 4)

AMELİYAT ŞEKLİ	Vaka Sayısı	Yüzde
Fistülotomi	12	20
Fistülektomi	15	23
Dren en ceton	27	37
Fistülektomi-Dren en ceton	12	20

Tablo 4: Vakalarımızda uygulanan ameliyatlar

Görüldüğü gibi büyük bir kısmında (% 37) dren en ceton kullanılmıştır.Bu vakalarda fistül yolundan geçirilip,tedricen sıkıştırılan ipek yardımı ile bir yandan drenaj bir yandan fistül yolunun kesilmesi ve iyileşmesi sağlanmıştır.% 23 vakada fistülektomi ile fistül yolu eksize edilmiştir.12 vaka (% 20) de ise fistülotomi uygulanmıştır.

Kliniğimizde tedavi edilen vakalarda genellikle 2.günden itibaren antiseptikli oturma banyoları uygulanmış ve ağız yolundan antibiyotik tedavisine başlanmıştır.Genellikle ameliyattan 4-5 gün sonrasına kadar defekasyon sınırlandırılmıştır.

Vakalarımızda ameliyat sonrası Hospita - lizasyon süresi 2 gün ile 22 gün arası değişmekte olup,ortalama süre 7 gün kadardır.Ameliyat sonrası erken dönemde vakalarımızda herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Vakalarımızı anal kontinans yönünden değerlendirmek büyük ölçüde mümkün olmamıştır . Bunda esas hastaların kontrollere muntazam gelmemeleridir.Geç takipler hakkında genellikle bilgi mevcut olmamakla beraber,ameliyat sonrası erken dönemde hiç bir vakamızda anal inkontinans müşahade edilmemiştir.

Vakalarımız arasında mortolite mevcut değildir.

T A R T I Ş M A

Bilinen en eski hastalıklardan birini teşkil etmekle beraber patolojisinde ve tedavisinde günümüzde henüz son sözün söylenmediği perianal fistüller, bir iç delik vasıtası ile rektum veya anal kanalla istiraki olan ve derinde lokalize bir infeksiyon kaynağını dış ortama birleştiren kronik granülasyon yolları olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın kronik gidişi, tedaviden sonra nükslerin sık görülmesi hadisenin kaynağını glandüler kanal kalıntılarından almasından ve özellikle anal fistüllerin " bir sfinkter hastalığı " olmasından ileri gelmektedir. Bu iki etkenden dolayı anal bölgedeki iltihap kolleksiyonları adi yumuşak doku süpürasyonları gibi en kısa yoldan dış yüzeye açılmak sureti ile iyileşmezler. İusula gelen fistül yolu, sfinkter ve gudde kanallarının gidişine uyarak eğri ve çok defa kompleks bir yol izleyen infeksiyon ortamını yaratırlar.

Anal bölge fistülrende kadınlara oranla erkeklerde daha sık rastlandığı görülmektedir. 1974-84 yılları arasında klinik materyalimizi teşkil eden 66 vakanın % 70'i erkek hastalardır.

Her yaşta görülebilmekle beraber, perianal fistüllere çok genç ve çok yaşlılarda nadir rastlanmaktadır. Vakalarımızın % 80'i 21-50 yaşlar arasında bulunmakta olup, yaş gruplarına göre en yüksek insidans % 38 ile 3. dekatta tesbit edilmiştir. Ayrıca vakalarımızın en genci 6 aylık olup en yaşlısı da 68 yaşındaki erkek hastalar olarak saptanmıştır.

Perianal fistüllerin etyolojisinde başta bu bölgede yerleşmiş eski piyogen abseler olmak üzere tüberküloz, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, daha nadir olarak anal kanal ve rektum kanserleri (özellikle kolloid karsinomlar), lenfogranuloma venerum, ano-rektal aktinomikoz, kolon divertikülleri gibi çeşitli hastalıklar belirtilmiştir. Rektal veya jinekolojik ameliyatlardan ve anal kanal yaralanmalarından sonra da bu bölgede abse ve fistüller teşekkül edebilmektedir. Perianal fistüllerin büyük bir kısmı anal gudde infeksiyonuna bağlı piyogen abselerin spontan boşalmaları veya cerrahi olarak yetersiz drene edilmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Böylece bu bölgedeki infeksiyonun akut devresini oluşturan abseyi takip eden fistüller, hadisenin kronik devresi olarak kabul edilmektedir.

Anal kriptalara açılan intermüsküler anal glandelerin hastalığının başlama yeri ve nedeni olup, perianal abse ve dolayısı ile fistüllerin etyolojisi -sinde esas rolü bu "kriptoglandüler infeksiyonunun" oynadığını ortaya koyulmuştur. Yazarlara göre önce bir anal kriptada infeksiyon husule gelmekte, sonra bu infeksiyon 2. devrede anal kanallara veya periduktal lenfatiklere yayılmaktadır. Abse teşekkülü 3. devreyi ve absenin drenajı da son devreyi teşkil etmektedir. Infeksiyon ajanları olarak en sık rastlanan mikroorganizmalar başta koliform bakteriler olmak üzere, stafilokoklar, proteus, streptokoklar ve daha nadir olarak da anaeroblardır.

Ano-rektal abse ve fistüllerin teşekkülünde tüberküloz infeksiyonu da rol oynamaktadır. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalarda tüberküloz basillerinin tükrükle beraber yutulurken anal kanal duvarındaki küçük sıyrıkların arasından perianal dokuya girmeleri, ile veya direkt inokülasyon yolu ile anal bölgedeki infeksiyonun ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Daha nadir olarak abse ve fistüller, ülseratif kolitin veya Crohn hastalığının bir komplikasyonu olarak husule gelebilmektedir. Klinik meteryalimizi teşkil eden vakalarda anal bölgede evvelce yeterli drene edilmiş veya kendiliğinden boşalmış eski piyojen abseler fistüle neden olmuşlardır.

Bir iç delik vasıtası ile rektum veya anal kanalla iştiraki olan bir yol veya boşluk şeklinde tarif edilen anal fistülün cilde açılan bir dış deliği bir ana yolu ve bir de iç deliği bulunmakla beraber, iç deliği gösterilebilen abseleri de dahil etmek gayesi ile yukardaki tanımlama geniş tutulmuştur. Son yıllarda tüm perianal fistüllerin gerçekte komplet olduğu kabul edilmekte olup, inkomplet (kör) fistüllerin ise iç deliği meydana çıkarılamamış vakalar olduğu görüşü yaygınlık kazanmaktadır. Anal fistül terminolojisinde "yüksek" ve "alçak" deyimleri sadece anal kanaldaki fistülün iç deliğinin durumunu belirtmek için kullanılmaktadır. İç deliği anal kriptaların seviyesinde olan fistüller alçak, iç deliği ano-rektal halka civarında olanlar yüksek anal fistüllerdir.

Perianal fistüller ile ilgili günümüze kadar çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Bunlardan en çok taraftarı fistül yolunun sfinkter adalelerine göre durumunu gösteren sınıflandırma toplanmıştır.

Anal fistüller intrasfinkterik, intersfinkterik veya intermüsküler, transfinkterik veya ekstra sfinkterik olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Intrasfinkterik fistüller kaynağını infekte hemoroidlerden veya kronik bir fissürden alan yüzeyel basit subkutan veya submüköz fistüllerdir . Burada fistül yolu daima ano-rektal halka seviyesinin altında bulunur. Kriptit ve anal gудde infeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkan intersfinkterik fistüllerde hadise iç ve dış sfinkter adaleleri arasındadır. Daha komplike olanlar trans-sfinkterik, ekstrasfinkterik ve suprasfinkterik fistüllerdir. Levator adalenin altında sfinkter organını delerek geçmeleri trans-sfinkterik fistüller için karakteristiktir. Bu grupta fistül yolunun dış sfinktere bitişik seyrettiği perisfinkterik fistüllerle kaynağını arka komisürdeki kriptalardan alan ve daima levator adalenin altında kalan iskio-rektal fistüller bulunmaktadır. Arkada tipik olarak 2 tarafta doğru horizontal yönde uzanan iskio-rektal fistüller gerek seyirleri ve gerekse tedavilerinin güçlüğü yönünden önemli bir grup olan atnalı fistülleri teşkil ederler. Bu fistüllerin her iki yanda perianal cilde açılan ve anüsü çepeçevre dolayarak atnalı şeklinde bir traje ile birbirine bağlı birer dış deliği ve arkada saat 12 hizasında anal kanalla açılan bir iç deliği bulunur. Levator adale sınırının üzerine açılan tek anal fistülü teşkil eden pelvi-rektal fistüller nadir görülen ekstrasfinkterik fistüllerdir. Çok nadir suprasfinkterik fistülde ise fistül yolu, anal kanaldaki bir iç delikten intersfinkterik alana doğru yukarıya ilerler, puborektal adalenin üzerinden kıvrılarak levator ani arasından aşağıda cilde açılır.

Fistül trajesinin gidişi hakkında özellikle Anglo-Amerikan literatüründe söz konusu edilen "Goodsall-Salmon Kanunundan" yararlanılarak bilgi sahibi olmak mümkündür. Bu kanuna göre anüsün ortasından geçen transvers hattın önünde bulunan fistül yolu düz olarak seyreder ve iç deliği dış deliğin radyer yönündeki karşılığı hizasında anal kanaldadır. Buna mukabil bu hattın arkasındaki fistülün yolu yay şeklinde kavisli olup, iç deliği anal kanalın arka duvarında orta çizgi üzerindedir. Biz özellikle iç deliği güç bulunabilen veya gösterilemeyen vakalarda fistül trajesinin gidişi hakkında Goodsall-Salmon kanunundan yararlanmanın faydalı olacağını kabul ediyoruz.

Ancak kendiliğinden açılan veya yeterli olarak drene edilen,kaynağını akut bir abseden alan her fistül yolunun düz,buna mukabil ameliyat edilmeyen veya yeterli drenajı sağlanmayan kronik abselerden gelişen her nüks fistülün yolunun ise kavisli olduğunu kabul edenler de vardır.

Anal fistülü olan hastaların hikayesinde genellikle uzun süreden beri nüks eden,kendiliğinden boşalmış veya cerrahi olarak drene edilmiş perianal abse mevcuttur.Hastaların esas şikayeti fena kokulu,bazen cerahatli bazen de kanlı olabilen kronik intermittan veya devamlı akıntıdır.Nadiren fistülden fekal materyel ve sıklıkla gaz deşarjı görülebilmektedir.Vakaların büyük bir kısmında fistül yıllarca hastanın genel durumunu etkilemeyen, lokal bir hadise olarak kalır.Anal fistül vakalarının büyük bir kısmında evvelce abse veya bunun sonucu oluşan fistül nedeni ile bir veya daha fazla sayıda geçirilmiş ameliyat tespit etmek mümkündür.

Bu oran bizim vakalarımızda % 12 (8 vaka)şeklinde dir.Böylece kliniğimize müracaat eden 66 vakanın 58'i (% 88) primer,8'i (%12) denüks etmiş perianal fistüllerdir.

Anal fistüller klinik olarak ağrısız seyretmekle beraber mevcut akıntının geçici bir süre için kesilmesi ve cerahatin tekrar bir abse teşkil etmek üzere toplanması ile ağrı ortaya çıkabilir.Akıntının yaptığı tahrişe ve perianal cildin nemli ve yumuşak oluşuna bağlı olarak hastalarda anal bölge çevresinde kaşıntı,ciltte ekzematoid değişiklikler ve kontekt piyodermi mutaddır.Materyalimizi teşkil eden vakalarda perianal bölgede intermittan veya devamlı akıntı, ağrı ve kaşıntı en sık görülen semptomlardır.

Perianal fistül ile birlikte bazı vakalarda hemoroid üst dermoid sacral gibi ano-rektal bölgenin diğer hastalıkları da görülebilmektedir.Kliniğimize müracaat eden vakaların 6'sında (% 9) fistül ile beraber diğer bazı yandaş hastalıklar tespit edilmiştir.Bunlar başta hemoroid (2 vaka %3) olmak üzere kist termoid sacral (2 vaka % 3) ve bir vakada prolapsus ani'dir.

Anal fistül zemininde primer olarak kanser gelişmesi çok nadir görülen bir komplikasyondur .

Buna ait insidansı % 0.1 olarak bildirilmiştir. Etiyolojisi bilinmemekle beraber, hadisede fistülün dış ve iç deliği etrafındaki epitelin kronik irritasyonu sorumlu tutulmuştur.

Perianal fistüllerde tanı fizik muayene ve yardımcı muayene metodlarına dayanır. İnpeksiyonla anal bölgede fistülün dış deliği, palpasyonla fistül yoluna ait indürasyon tespit edilir. Stile ile yapılan muayenede iç deliğin yeri, fistül yolunun sfinkter adalelerle ve özellikle ano-rektal halka ile olan ilgisi gözlenir. İç deliğin stile ile bulunamadığı vakalarda proktoskopik muayeneden ve fistülün dış deliğine zerkesilen metilen mavisi ile yapılan muayeneden istifade edilir. Fistül yolunun ve mevcutsa yan dallarının gidişini ortaya koymak için fistülografiden yararlanabilir. Fistül deliğinden gelen akıntı materyelinin kültürü yaptırılarak şüpheli vakalarda Koch basili araştırılır. Klinik vakalarımızda genellikle fizik muayene ile tanıya gidilmiştir.

Perianal fistüllerin ayırıcı tanısında üretra fistülü, kadında Bartholin guddesinin kronik infeksiyonu, pilonidal sinüs, kronik süpüratif hidradenitis, ciddi idiyopatik pruritus ani, çeşitli hastalıklara bağlı sekonder fistüller dikkate alınmalıdır.

Ana fistüllerin tedavisi cerrahidir. Fistülotomi ve yaranın granülasyon dokusu tarafından iyileşmeye bırakılması, fistülotomi ve aynı seansta cilt grefti uygulanması, fistülektomi, iç sfinkterotomi gibi tedavide uygulanan değişik metodların tümünde prensip anal kontinansı muhafaza ederek yeterli drenaj sağlanmaktadır. Dış delikten iç deliğe kadar fistül yolunun açılması (fistülotomi) ve yaranın granülasyon dokusu tarafından iyileşmeye bırakılması en eski ve klasik tedavi metodudur. Özellikle düzgün ilerleyen basit subkutan ve aşağı anal fistüllerde tercih edilmektedir. Fistülotomiden sonra iyileşme süresi bu gibi fistüllerde 4-5 haftadır, bazı yazarlar trans-sfinkterik ve ekstrasfinkterik gibi daha komplike fistüllerde "ligatür (seton) usulünü" tavsiye etmektedirler. Burada fistül trajesine naylon veya ipek ligatür geçirilerek ortalama 6 hafta kadar devamlı drenaja terkedilir. Daha sonra drenaj ilmiğinin sıkıştırılması ile sfinkterin tedricen kesilmesi sağlanır. Tedavi ambulatuvar olarak yürütülebildiğinden hastanın işini ve yaşantısını aksatmaz, hem nüks bakımından ve hem de sfinkter bütünlüğünü bozmayan bir tedavi şekli olması bakımından ligatür usulünü tavsiye edilmektedir.

Atnalı fistüllerde de bu metod ile iyi sonuç alındığı belirtilmiştir.

Perianal fistüllerin tedavisinde fistülotomiden sonra yaranın aynı seansta cilt grefi ile kapatılması tavsiye edilmekte ve başarı oranı % 80 olarak bildirilmektedir. Fistül yarasının geniş ve derin olduğu yüksek anal fistüllerde cilt grefinin fistülotomiden 2-3 gün sonra uygulanmasının grefin tutması bakımından yararlı olduğu da kabul edilmektedir.

Diğer bir tedavi şekli fistülektomidir. Burada fistülotomiden sonra açılan fistül yolu geniş olarak eksize edilir ve yara primer olarak kapatılır. Ameliyat sonrası dönemde defekasyon 5-6 gün sınırlandırılır. Anal fistül tedavisinde fistülektomi 2 nedenle tercih edilebilir. Birincisi fistül yolu eksize edildiği taktirde, gözden kaçabilen ana fistül kanalı ile iştiraki olan yan yollar kolayca ortaya çıkabilmektedir. İkincisi de fistülektomiden sonra yara sulkusu daha çabuk iyileşmektedir. Ameliyat sonrası sepsis ortaya çıktığından primer sütürün rutin olarak kullanılması pek tavsiye edilmez. Fistülü beslemekle sorumlu tutulan ve anal guddelerden kaynağını alan intersfinkterik abselerin cerrahi tedavisinde iç sfinkterotomi ile absenin anal kanaldan açılmasını açılmasını tavsiye edilmiştir. PARKS'ın uyguladığı ameliyat şeklinde ise, glandüler epitel buna bitişik iç sfinkter parçası ile beraber eksize edilmekte ve intersfinkterik absenin anal kanala drenajı sağlanmaktadır. Ayrıca, periferik fistül yolu açılıp kürete edilmektedir. GOLIGHER, tüm dış sfinkteri koruyan Parks ameliyatının teknik açıdan klasik fistülotomiye oranla daha güç olduğunu ve intra-anal ameliyat ile ilgili tecrübe gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca teorik açıdan fistülün önem taşıyan iç deliği bakımından biraz daha radikal olduğunu kabul etmekle beraber konservatif ameliyatın özellikle aşağı anal fistüllerde basit fistülotomiye göre avantajını göstermenin mümkün olmadığını bildiren bu yazar, fonksiyonel sonuçlar yönünden de bu ameliyat şeklinin bir üstünlüğünün bulunmadığına inanmaktadır. Konservatif tekniğin daha fazla yüksek arka atnalı fistüllerde değer taşıyabileceği kabul edilmektedir. Bazı yazarlar fistül ameliyatlarında nükse mani olmak için a-kanaldaki fistülün iç deliğinin mutlaka ortaya konmasını, fistülün primer deliğinin eksize edilmesini yan dallarını olan fistüllerde ana traje ile birlikte bunların açılmasını, fistülotomi yapılan vakalarda ameliyattan sonra yara kenarlarının iyileşmenin tamamlanmasına kadar açık tutulmasını ve fistülotominin

sfinkter adale liflerine mümkün olduğu kadar dikey istikamette yapılmasını tavsiye etmektedirler. Ayrıca anal kontinansın muhafazası için ameliyat sırasında ano-rektal halkayı teşkil eden pubo-rektal adale ile birlikte dış sfinkter adalenin proksimal parçasının devamlılığının bozulmaması gerekmektedir.

Klinik vakalarımızın büyük kısmı (27 vaka) % 37 dren en ceton ile tedavi edilmiştir. Fistülektomi yapılan 15 vakada (% 23) fistül yolu eksize edildikten sonra yara primer olarak kapatılmamıştır. 12 vakada ise (% 20) fistülotomi yapılmıştır. Fistülotomiden sonra hiçbir vakamızda yaraya cilt grefi tatbik edilmemiştir. Hemoroid gibi ayrıca yandaş hastalıkların bulunduğu vakaların büyük bir kısmında ameliyat sırasında bunlar da tedavi edilmişlerdir.

Kliniğimizde özellikle basit ve aşağı anal fistüllerde hem uygulanışı hemde sonuçları bakımından tercih edilen ameliyat şekli dren en cetondur. Bu vakalarda iyileşme süresi genellikle 4-5 hafta kadardır. Vakalarımızda ameliyattan sonra ikinci günden itibaren anal kanala yerleştirilen antibiyotikli ve vazelinli gaz çekilerek günde 2-3 defa antiseptik oturma banyoları ve ağız yolu ile antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır. Kliniğimizde ligatül metodu trans sfinkterik ve ekstrasfinkterik gibi komplika bazı fistüllerde tercih edilmektedir. Fistülektomi ile tedavi edilen vakalarımızda ise, ameliyat sonrası dönemde defekasyon 4-5 gün sınırlandırılmaktadır.

Perianal fistüllerde prognoz, tedaviden sonra erken veya dönemde ortaya çıkan komplikasyonlara göre değişmektedir. Kanama, anal darlık, fistül nüksü ve anal inkontinans en sık görülen komplikasyonlardır. Kanama erken dönemde sfinkter etrafındaki arterlerden A. pudendalis interna'dan husule gelebilmektedir. Özellikle derin iskio-rektal ve sübmüköz fistüllerde kanama tehlikesi daha fazladır. Anal darlık ise, anal deliğe yakın fistüllerde ameliyattan sonra iyileşme esnasında teşekkül eden ileri derecedeki nedbe dokusuna bağlıdır. Fistül nüksü ve anal inkontinans ise, tedaviden sonra görülen en önemli komplikasyonlardır. Yeterli drene edilmeyen fistüllerde nüks mutadır. Bu da özellikle ameliyat sırasında fistül yolu ile iştiraki olan yan dalların ortaya konamaması veya bunların tedavide ihmal edilmesi ile ilgilidir.

Kliniğimizde ameliyat edilen 66 vakadan 8'inde (% 12) tedaviden nüks ortaya çıkmıştır.Ayrıca üç kez nüks nedeni ile ameliyat edilen olmamıştır.

Anal inkontinans fistül ameliyatlarından hemen sonra veya geç dönemde husule gelebilmektedir. Hadiseye, (Kontinansın bekçisi) diye kabul edilen ano-rektal halkayı teşkil eden Pubo-rektal adale- nin ameliyat sırasında harabiyete uğraması neden olmaktadır.

Kliniğimizde tedavi edilen vakaları geç dö- nemde anal kontinans yönünden değerlendirmek müm- kün olmamıştır.Zira hastaların büyük kısmı kont- rollara muntazam gelmemişlerdir.Ameliyat sonrası erken devrede ise hiç bir vakamızda inkontinans ortaya çıkmamıştır.Vakalarımız arasında mortalite yoktur.

S O N U Ç V E Ö Z E T

Perianal fistüller ano-rektal bölgenin bilinen en eski hastalıklarından biri olmakla beraber, sorunları günümüzde de tam bir açıklığa kavuşmuş değildir. Hadisenin kronik ve nökslerle seyredişi, anal fistüllerin bir sfinkter hastalığı olduğu kadar, iç delik civarında fistül yolunun glandüler epitel ile örtülü oluşuna bağlıdır.

Her yaşta ve erkeklerde daha sık rastlanan perianal fistüllerin kaynağı vakaların büyük bir kısmında intersfinkterik anal guddeleri piyojen infeksiyonudur. Perianal. Abse bu kriptoglandüler infeksiyonun akut, fistül ise kronik devresini teşkil eder. Bu nedenle absenin erken ve iyi tedavisi fistül teşekkülünü önler.

Trajelerinin gidişine göre perianal fistüller intersfinkterik, intersfinkterik, trans-sfinkterik, ekstra-sfinkterik ve subrasfinkterik diye sınıflandırılırlar. Bunlar arasında iskio-rektal atnalı fistüller gerekse seyirleri ve gerekse tedavilerinin güçlülüğü yönünden önemli bir grubu oluşturlar.

Vakaların büyük bir kısmında klinik olarak fistül yıllarca hastanın genel durumunu etkilemeyen lokal bir hadise olarak kalır. Fistül anal bölgede kronik, intermittan veya devamlı, çok defa pürülan vasıfta bir akıntıya neden olur. Hemoroid, ve kist dermoid sacral fistül ile birlikte en sık görülen yandaş hastalıklar olarak dikkati çekmektedir. Uzun süre devam eden fistül zemininde primer kanser teşekkülü nadir görülen bir komplikasyondur.

Perianal fistüllerin tedavisi cerrahidir. Tedavisi için uygulanan ameliyatların tümünde prensip yeterli drenajı sağlarken anal kontinansı muhafaza etmektir. Fistülotomi ve yarının sekonder iyileşmeye bırakılması özellikle basit aşağı anal fistüllerde tercih edilmelidir. Daha komplike fistüllerde ligatür metodu hem sfinkter bütünlüğünü bozmayan ve hemde ambulator olarak yürütülebilen emin bir tedavi şeklidir. İntra-anal ameliyat ile ilgili tecrübe gerektiren PARKS'ın konservatif ameliyatı daha çok yüksek arka atnalı fistüllerde uygulanabilir.

Fistül nüksü ve anal inkontinans, perianal fistüllerin tedavisinden sonra görülen en önemli komplikasyonlardır. Nükse mani olmak için ameliyat sırasında anal kanaldaki iç deliğin mutlaka ortaya konması fistülün primer deliğini eksiz edilmesi, ana traje ile iştiraki olan yan dalların açılması ve fistülotomi yapılan vakalarda ameliyattan sonra iyileşmenin tamamlanmasına kadar yara kenarlarının açık tutulması gerekir. Anal kontinansın muhafazası için ano-rektal halkayı teşkil eden Pubo-rektal adalenin devamlılığının bozulmaması esastır.

Bu çalışmada, Sıslı Etfal Hastanesi 2. Cerrahi Kliniğinde 1974-1984 yılları arasında teşhis ve tedavi edilmiş 66 Perianal fistül vakası bütün yönleri ile incelenmiş ve ayrıca konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

K A Y N A K Ç A

- 1-Bumin,O.:Sindirim Sistemi Cerrahisi
- 2-Cerrahi,Perianal Fistüller ve Tedavisi,Ankara Üniversitesi
- 3-Christopher,S.:Textbook of surgery
- 4-Eisenhammer,S.:The anorektal fistulous abscess and fistulae,Dis colon rect.
- 5-Goligher,J.C.:Surgery of the anus,rectum and colon
- 6-Hamilton,C.R.:Anorektal problems,Dis colon rectum.
- 7-Hardy,P.H.:Textbook of surgery,
- 8-Hawley,P.R.:Anorektal fistula,Clin.Gastroenterology.
- 9-Jackman,R.J.:Anorectal fistulas , Current concepts
Dis.Colon Rektum
- 10-Lawrence,W.Way.:Current surgical diagnosis and treatment
- 11-Marks,C.G.;Ritchie,J.K.:Anal fistulas ofSt Mark`s Hospital,Brit. J.Surg.
- 12-Maingot,R.: The anorectal fistulous
- 13-Milligan,E.T.C.,Morgan,C.N.:surgical Anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistulae,Lancet.
- 14-Parks,A.G.:Aetiology and surgical treatment of fistula in-ano,Dis. Colon Rectum.
- 15-Schwartz,A.J.:Anorektal fistula and cancer.
- 16-Turell,R.:Disease of the colon and anorectum.
- 17-Zeren,Z.:Anatomi