

Bölüm 3

ANAL FİSSÜR

Çetin ALTUNAL¹

ANAL FİSSÜR

Anal fissür dentat çizgiden başlayıp anal vergeye kadar uzanan yırtıklar olarak tanımlanabilir (Hananel & Gorden, 1997). Anal fissür benign anorektal hastalıkların en sık görülenlerinden biridir. Genç erişkinlerde, her iki cinsiyette benzer insidanda görülmektedir. Hastaların çoğunda anal kanalda oluşan lokal bir travmayı, mukozada oluşan lineer yırtık takip eder. Daha sonra iç sfinkterde spazm ve mukozal iskemi ile klinik tabloya ait döngü başlar (Schouten, Briel & Auwerda, 1994).

Anal fissürler akut ya da kronik olabilir. Akut anal fissürler 6-8 haftayı geçmeyen süredir makatta ağrı, spazm ve kanama gibi şikayetlere neden olan yüzeysel yırtıklardır. Kronik anal fissürlerde yırtıklar genellikle daha derindir ve zaman zaman anal sfinkterin kas lifleri izlenebilir, yine cilt pilisi ve anal papilla görülebilir. Hastaların defekasyon sırasında makat bölgesinde bıçakla kesilirmiş gibi bir ağrı ve zaman zaman kırmızı-pembe renkte kanama en sık şikayetleridir.

Etyoloji

Anal fissürün kesin nedeni bilinmemekle birlikte, anodermde bir travmaya neden olabilecek sert dışkılama, ishale bağlı lokal tahriş, anal ilişki olası nedenler arasındadır. Ayrıca çeşitli çalışmalar normal kişilere göre anal fissürü olan kişilerde anal sfinkter dinlenme basıncının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Abcarian, et al, 1982). Kronik anal fissürü olan hastalarda, anal kanalın istirahat basıncı genellikle 90 mm-Hg' dan fazladır (Prohm & Bonner, 1995). İnternal anal sfinkterden geçen arteriollerin ortalama basıncı 85 mm-Hg olup, anal kanalın istirahat basıncı arttığında bu bölgedeki arteriollerden geçen kan akımının azalması ile sonuçlanır. Bu durum kronik anal fissürün patogenezinde önemlidir (Klosterhalfen, et al, 1989). Anal tonusun daha fazla olması dışkılama sırasında anodermin daha fazla tahriş olmasına, ayrıca ağrı ve kanamaya neden olmaktadır (Nothmann, Schuster, 1974).

Anal fissür genç yaş ve orta yaşta daha sık görülmekte olup, görülme sıklığında cinsiyetler arası belirgin farklılık yoktur. Fissürlerin büyük kısmı posterior duvarda orta hat yerleşimlidir. Daha az oranda ön orta hat yerleşimli olarak görülür-

¹ Op. Dr. Nişantaşı Üniversitesi, Özel Muayenehane, cetinaltunal@gmail.com

ler. Fissürlerin % 1' den daha azı orta hat dışında yer alır ve bu yerleşimler atipik yerleşimlerdir. Atipik fissürlerde ülseratif kolit, crohn, tüberküloz, HIV ve sfiliz gibi farklı etyolojiler akla getirilmelidir (Hananel & Gorden, 1997). Anjiyografik çalışmalar posterior anodermin daha az kanlandığını göstermiştir. Anal fissürlerin posterior orta hatta daha sık olmasının olası nedeni bu bölgede anodermin daha az kanlanması olabilir (Schouten, Briel & Auwerda, 1994).

Belirtiler ve Tanı

Anal fissürde makatta bıçakla kesilirmiş tarzında bir ağrı, parlak kırmızı renkte tuvalet kağıdına bulaşan kanama en sık belirtilerdir (Hananel & Gorden, 1997). Anal fissür tanısının konulması için hastanın anamnezi ve fizik muayenesi genellikle yeterlidir. Hastanın fizik muayenesi ağrı nedeniyle yapılamadığında anal bölge abseleri de akıldan çıkarılmamalıdır. Mümkünse muayene ve rektal tuşe ile tanı kolaylıkla netleştirilebilir. Fizik muayenede anal fissürler gözlenir. Fissür kronikleşmişse; genellikle skin tag (nöbetçi pili), fissür tabanında sfinkter lifleri ve hipertrofik papilla görülebilir. Hastalığın akut ve kronik ayrımının yapılması elirlenecek tedavi modalitesinde yol gösterici olabilir. Özellikle atipik yerleşimli fissürlerde crohn, ülseratif kolit, tüberküloz, lösemi, sfiliz, AIDS akla gelmesi gereken diğer nedenlerdir. Bu gibi durumlarda klasik fissür tedavilerinin etkili olamayabileceği unutulmamalı ve etyolojik ayırım yapılarak, etyolojiye uygun tedavi düzenlenmelidir.

Ameliyatsız Tedavi

Anal fissürler akut ise genellikle medikal tedavi ve basit önlemlerle ameliyatsız olarak tedavi edilebilirler. Bu önlemlerin etkili olmasında hastaların uyumu oldukça önemlidir. Özellikle yaşam ve beslenme tarzı değişiklikleri gerektiğinden, hastalarla sürecin olası gidişatı ve süreçte yapılması planlanan beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi ayrıntılı olarak konuşulmalıdır. Basit konservatif önlemlerle akut anal fissürlerin büyük çoğunluğu iyileşmektedir. Kronikleşen fissürlerde ise müdahalesiz iyileşmenin sağlanması daha zordur. Kronikleşen olgularda iskemi ve yara iyileşmesi bozukluğuda sürecin bir parçasıdır. Tedavi planlanırken fissüre neden olabilecek kabızlık ve anal travma nedenlerinin ortadan kaldırılması gerekir. Ayrıca anal tonusun ve bölgedeki ağrının azaltılması tedavinin bileşenlerini oluşturur. Kronik vakalarda konservatif tedaviler genellikle yetersiz kalır ve ek müdahale yöntemleri gerekir. Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği anal fissürün başlangıç tedavisi olarak sv1 ve lif alımının arttırılmasını, oturma banyosu önerilmesini ve dışkı yumuşatıcıları kullanmayı önermektedir (Perry, et al, 2010). Bu başlangıç tedavi ile sonuç alınmadığında diğer tedavi modaliteleri gündeme alınmalıdır. Anal fissürün oluşturacağı ağrının hastaların günlük hayat kalitesini bozabileceği unutulmamalıdır.

Lifli Beslenme

Yapılan bir çalışmada günde 7.5 g kepek lifi alan hastalara göre 15 g işlenmiş kepek lifi alan hastalarda nüks oranlarının % 60' dan % 16' ya düştüğü görülmüştür (Jensen, 1987). Bu nedenle lifli beslenme oldukça etkili ve basit bir öneri olarak anal fissür tedavisinde yerini almaktadır. Yine yüksek lifli gıdalarla beslenmenin akut anal fissürlerin % 87' sinin iyileşmesini sağladığı ve bu şekilde beslenmeye devam edilmesinin nüksleri büyük oranda önlediği gösterilmiştir (Jensen, 1987). Özellikle erken dönem anal fissürlerin büyük oranda iyileşmesi bu basit öneri ile mümkün olabilir.

Oturma Banyosu

Oturma banyosunun anal sfinkter dinlenme basıncına etkisini kıyaslamak için yapılan bir çalışmada, oturma banyosunda suyun sıcaklığı 5, 23 ve 40 °C olarak değiştirilerek anal tonus değişiklikleri ölçülmüştür. Bu çalışmada 5 ve 23 °C de anal kanal istirahat basıncı değişmezken 40 °C de anal kanal istirahat basıncının önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (Dodi, et al,1986). Bu nedenle günlük pratikte dirseği yakmayacak sıcaklıkta suyun oturma banyosu olarak kullanılması anal fissür tedavisinde anal spazmı azaltarak bölgenin kanlanması, iskeminin azalması ve ağrının azalmasına katkı sağlayabilir.

Bu konservatif önlemlere rağmen şikayetleri devam eden hastalarda cerrahi tedavi öncesi, bir diğer seçenek olarak anal sfinkteri gevşeterek anal tonusu azaltma potansiyeline sahip topikal ilaçlar tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

Topikal Nitratlar

Nitrik oksit salınımı, teorik olarak düşünüldüğünde fissüre kan akışını artırır ve anal sfinkterin gevşemesini sağlar. En sık kullanılan nitrogliserin gliseril trinitratıdır. Ülkemizde % 0,4'lük topikal krem formları mevcut olup günde 2 kez kullanılabilirler. Hastalar çok az miktarda sürmeleri (mercimek tanesinden az) konusunda uyarılmalıdır. Çünkü sfinkterde gevşeme sağladıkları gibi sistemik dolaşıma da geçerler. Nitrogliserinin etkinliğini araştıran bir meta-analiz çalışmasında 75 randomize çalışma değerlendirilmiş ve plaseboya oranla % 36' ya oranla % 49 daha iyi iyileşme sağladığı görülmüştür. Kalsiyum kanal blokörü kullanımı ile sonuçların benzer olduğu görülmüş olup, cerrahi sfinkterotomi ile karşılaştırıldığında başarı oranları anlamlı düzeyde daha düşüktür (Nelson, et al, 2012). Topikal nitrat tedavileriyle ilgili yapılan çalışmalarda genellikle plaseboya göre daha etkili sonuçlar görülmüş olsa da, gerek yüksek nüks oranları gerekse de hastaların % 20' sine varan oranlarda görülen baş ağrıları, bu tedavinin handikaplarıdır (Brisinda, et al, 1999).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Kalsiyum kanal blokerleri gerek oral gerekse topikal kullanımda nitratlar gibi etki eder fakat baş ağrısına neden olma ihtimalleri düşüktür. Bu konuda nifedipin ve diltiazem kullanılmakta olup, topikal kullanımları oral kullanımlarına göre daha etkili ve yan etki profili daha düşük olarak bulunmuştur (Jonas,et al, 2001). Bu nedenle topikal kalsiyum kanal blokerlerinin anal fissür tedavisinde kullanımı uygun bir seçim olabilir. Klasik tedavi ve doz rejimi günde üç kez % 0,3-0,5 topikal nifedipin ve % 2 topikal diltiazem içerir. En önemli yan etkileri ortalama % 15 oranında görülen kaşıntıdır ve % 10 oranında hafif baş ağrısı oluşabilir. Kalsiyum kanal blokerleri en az nitrogliserinler kadar etkili bulunmuş olup, yan etki profilleri daha düşüktür (Perry, 2010).

Botulinum Toksini

Botulinum toksini, nöromuskuler kavşakta presinaptik membrana bağlanarak buradan asetilkolin salınımını baskılar. Böylece geçici bir kas felci oluşturur. Anal fissür tedavisinde bu etkisinden faydalanarak geçici süreliğine medikal sfinkterotomi etkisi oluşturulabilir. Botulinum toksininin hangi teknik ve dozda kullanılacağı konusunda bir konsensus yoktur. Yapılan birçok çalışmada 30-50 ünite internal sfinktere, intersfinkterik sulkusa ya da fissürün her iki tarafında internal sfinktere enjekte edilmektedir. İlk kez 1993' te anal sfinktere enjekte edilerek anal fissür tedavisinde kullanılmıştır. Farklı dozlarda, farklı enjeksiyon noktalarına birçok deneme yapılmıştır. Kalıcı bir yan etki botoksun natürü gereği olası değildir. Enjekte edildiği bölgedeki etkinliği ortalama 3-6 ay arasındadır. Daha sonra bütün etkinliğini kaybeder. En sık görülen yan etkiler % 5 dışkı, % 18 gaz geçici inkontinansdır (Brisinda, et al, 2002).

Cerrahi Tedavi

Medikal tedaviler ve yaşam tarzı değişiklikleri yetersiz kaldığında ve topikal tedavilerle başarı sağlanamadığında ya da nüks durumlarında tedavi seçeneği cerrahi olmaktadır. Cerrahi tedavi öncesi 6-8 haftalık medikal tedaviler denenebilir. 6-8 hafta sonunda medikal tedavilerden yanıt alınamadıysa cerrahi tedavi gündeme gelmelidir. Fakat Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği' nin önerilerine göre lateral internal sfinkterotomi medikal tedavi başarısızlığı beklenmeden uygulanabilir (Perry, et al, 2010).

Lateral İnternal Sfinkterotomi

Cerrahi tedavi konusunda birçok yöntem geliştirilmiş ve denenmiş olsa da internal sfinkterin anal kanal lateralinde ufak bir kesiden kesildiği lateral internal sfinkterotomi altın standarttır. Bu yöntem internal anal sfinkterin anodermde oluşturulan radyal bir kesi sonrası doğrudan görüş altında internal sfinkter kasının yaklaşık % 80'inin bölünmesi esasına dayanır ve Eisenhammer tarafından tarif edilmiştir. Bu yöntemin bir benzerini 1969' da Notaras lateral subkutan sfinkterotomi adıyla tanımladı. Bu yöntemde sfinkter açık görüş altında değil kapalı olarak 11 bistüri ile anodermden ilerleyerek yapıldı (Notaras, 1969). Lateral internal sfinkterotomi dirençli anal fissür tedavilerinde tercih edilen cerrahi bir tedavidir. İnternal sfinkterotomi sırasında anterior ya da posterior orta hattan bir kesi ile işlemin yapılması anahtar deliği deformitesi adı verilen bir deformiteye neden olabilir. Bu deformite de inkontinans riski oluşturabilir. Bu nedenle bu işlemin lateralden yapılması uygundur. Lateral internal sfinkterotomi ile anal fissürün tedavi oranı % 95' dir ve bu oran medikal tedavi seçeneklerinin başarı oranlarının anlamlı düzeyde üzerindedir. Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği' nin önerilerine göre medikal tedavi başarısızlığı beklenmeden de uygulanabilir (Perry, et al, 2010).

İlerletme Flepleri

İlerletme fleplerinde anal sınırdan yapılan kesiyi takiben deri flebi anal fissürü örtecek şekilde anal kanala ilerletilir ve dikilir. Anal sfinkter istirahat basıncından bağımsız olarak anal fissür tedavisinde ilerletme fleplerinin yapılan çalışmada % 98 başarı oranı bildirilmiştir (Giordano, et al, 2009). Ayrıca yapılan prospektif randomize çalışmada lateral internal sfinkterotomi ile ilerletme flep karşılaştırıldığında iyileşme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Leong & Seow, 1995). Fakat Lateral internal sfinkterotomi ile karşılaştırıldığında teknik olarak daha zor ve komplikasyon riski daha fazla ve hasta açısından daha konforsuzdur.

Günümüzde konservatif öneriler ve medikal tedavilerle başarı sağlanamayan anal fissürlerin tedavisinde, gerek düşük komplikasyon riski, gerek hasta konforu, gerekse de hastalığın tedavisindeki başarı oranları nedeniyle Lateral İnternal Sfinkterotomi altın standart olarak tercih edilmeye devam edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abcarian H, Lakshmanan S, Read DR, Roccaforte P. The role of internal sphincter in chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1982; 25(6):525-528.
2. Brisinda G, Maria G, Bentivoglio AR, Cassetta E, Gui D, Albanese A. A comparison of injections of botulinum toxin and topical nitro- glycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1999;341(2):65-69.

Güncel Genel Cerrahi Çalışmaları II

3. Brisinda G, Maria G, Sganga G, Bentivoglio AR, Albanese A, Castagneto M. Effectiveness of higher doses of botulinum toxin to induce healing in patients with chronic anal fissures. *Surgery* 2002;131(2):179–184
4. Dodi G, Bogoni F, Infantino A, Pianon P, Mortellaro LM, Lise M. Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressure profiles. *Dis Colon Rectum* 1986;29(4): 248–251.
5. Giordano P, Gravante G, Grondona P, Ruggiero B, Porrett T, Lunniss
6. PJ. Simple cutaneous advancement flap anoplasty for resistant chronic anal fissure: a prospective study. *World J Surg* 2009;33(5): 1058–1063.
7. Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(2):229–233.
8. Jensen SL. Maintenance therapy with unprocessed bran in the prevention of acute anal fissure recurrence. *J R Soc Med* 1987; 80(5):296–298.
9. Jonas M, Neal KR, Abercrombie JF, Scholefield JH. A randomized trial of oral vs. topical diltiazem for chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2001;44(8):1074–1078.
10. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H et al. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 43-52.
11. Leong AF, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995;38(1):69–71.
12. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, et al. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD003431.
13. Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure —a new technique. *Proc R Soc Med* 1969;62(7):713
14. Nothmann BJ, Schuster MM. Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroenterology* 1974;67(2):216–220.
15. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum* 2010;53(8):1110–1115.
16. Prohm P, Bonner C. Is manometry essential for surgery of chronic fissure-in-ano? *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 735-8.
17. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis. Colon Rectum* 1994; 37: 664.