

Bölüm 9

ANAL FİSTÜLLER VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Yasin DURAN¹

ANAL FİSTÜL

Anal fistül, anal kanalın içindeki mukozadaki açıklık ile peri anal ciltteki açıklık arasında patolojik bir kanal oluşması ile karakterize enflamatuvar bir hastalıktır^{1,2}. Anal fistül, nerede ise olguların tümünde anorektal abselerin kronik evre lezyonu olarak karşımıza çıkar³. Apsenin geliştiği anal gland ile absenin boşaldığı cildi birbirine bağlayan bir kanaldır. Görülme sıklığı 100.000 bireyde 8,6-10 arasındadır, erkeklerde kadınlara göre 2-4 kat daha sık görülür, ortalama 40 yaş civarında daha sık görülür^{4,5,6}. Anal fistül sorununu ilk olarak, Hipokrat(M.Ö. 460-370) tanımlamıştır⁶

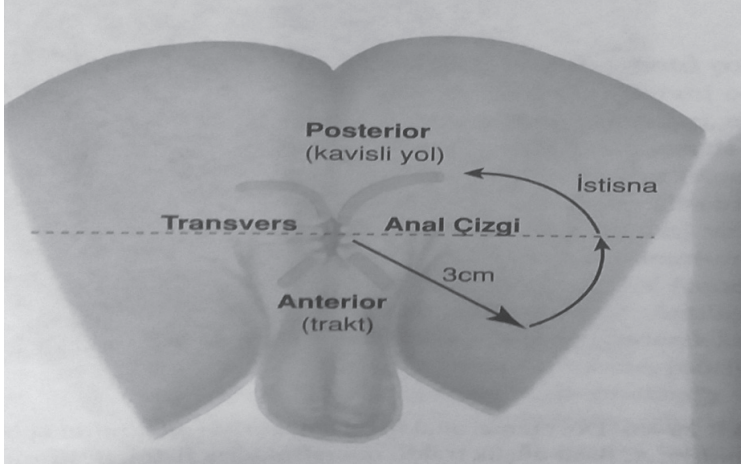
ANAL FİSTÜL NEDEN OLUŞUR ?

Anal bezlerin ve kriptaların enfeksiyonunun daha sonra fistül oluşumunun nedeni olduğu düşünülmektedir. Hastalık genellikle apse ile başlar ve kronik evrelerde vakaların %60'ında fistül gelişir^{4,6,7}.

GOODSALL KURALI(ŞEKİL 1)

Eksternal fistül açıklığı genellikle kolay bulunabilirken, fistülün internal açıklığı zor tespit edilir. Fistülün internal açıklığının lokalizasyonunun belirlenmesinde Goodsall kuralı kullanılabilir^{6,8,9}. Anal açıklıktan geçen transvers çizgi çizilir, bu çizginin anteriorunda yer alan external fistül açıklıkları en kısa ve ışınsal bir fistül traktı ile anal kanala açılırlar^{6,8,9}. Anteriyorda 3 cm'den uzakta olan eksternal fistül orifisleri kavisli bir fistül traktı ile posterior orta hattan anal kanala açılırlar^{6,8,9}. Eksternal fistül açıklığı anal kanaldan tranvers geçen çizginin posteriorunda yer alan fistüllerin internal açıklığı posterior orta hattan anal kanala açılırlar^{6,8,9}.

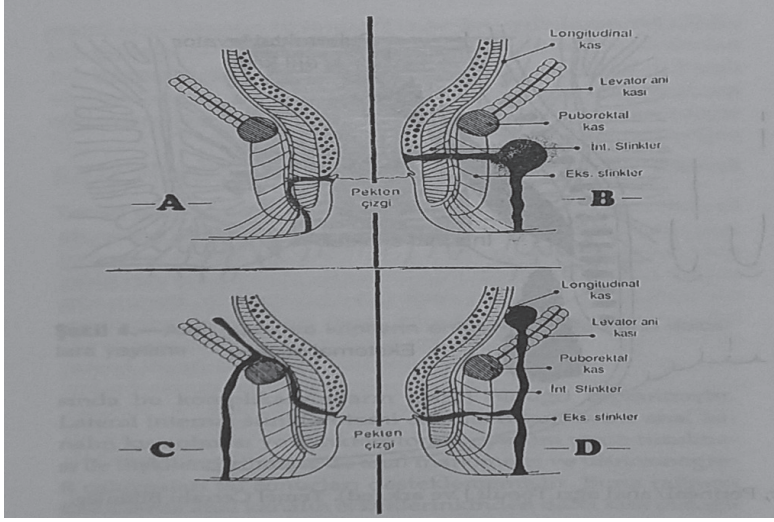
¹ Yasin Duran, Dr.Öğr.Üyesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi A.D. yduran@nku.edu.tr



Şekil 1: Goodsall Kuralı (Çetinkaya, E., Sözen,İ., Hatipoğlu, N.D.(2016). Anal Fistül. Özmen, M.M.(Ed).Cerrahinin İlkeleri(Schwartz)(10. Baskı)(s.1229-31). Ankara. Güneş Kitabevi.)

ANAL FİSTÜLLERDE PARKS SINIFLAMASI(ŞEKİL 2)

1. İntersfinkterik Fistül: Anal fistüller içerisinde en sık görülenidir. Anal kriptalardan başlayan fistül traktı internal ve eksternal sfinkterin arasından ilerleyerek perineal cilde açılır^{6,8,9,10}.
2. Transsfinkterik Fistül: Anal kriptalardan başlayan fistül traktı eksternal sfinkteri geçerek isciorectal fossaya, oradan da perineal cilde açılır^{6,8,9,10}.
3. Suprasfinkterik Fistül: Anal kriptalardan başlayan fistül traktı intersfinkterik alandan yukarı doğru ilerleyerek puborektal kas ve levator ani üzerinden katederek isciorectal fossaya, oradanda perineal cilde açılır^{6,8,9,10}.
4. Ekstrasfinkterik Fistül: Anal kriptalardan başlayan fistül traktı puborectal kası katederek isciorectal fossaya, oradan da perineal cilde ulaşır^{6,8,9,10}.
5. Submüköz Fistül: Yüzeysel olarak mukozanın altından perineal cilde açılır^{6,8,9,10}.



Şekil 2: Perianal Fistüllerin Tipleri (A.İntersfinkterik B:Transsfinkterik C:Suprasfinkterik D:Ekstrasfinkterik)(Terzi, C., Füzun, M.(2004). Anal Fistüller. Temel Cerrahi. Sayek, İ.(Ed)(3. Baskı) (s.1265-68)..Ankara. Güneş Kitabevi)

Anal Fistüllerin Klinik Belirtileri

Sık tekrarlayan perianal abseler, perianal bölgede şişlik, eksternal fistül orifisinden gaz gelmesi, kötü kokulu, pürülan bazen hemopürülan akıntının gelmesi, perianal dermatit gelişmesi, ateş, titreme ve halsizlik gibi enfeksiyon belirtileri olması⁶.

Anal Fistüllerde Tanı Yöntemleri

Öncelikle fizik muayenede perianal bölgede eksternal fistül orifisi görülmesi tanı koydurucudur. Ayrıca rektal tuşe ile internal fistül orifisi palpe edilebilir^{6,9}. Magnetik rezonans görüntüleme, Endorektal Ultrasonografi ve Fistülografi ile fistülün lokalizasyonu, uzunluğu, eksternal ve internal fistül orifislerinin lokalizasyonu, pelvik taban kasları ile ilişkisi tesbit edilebilir^{6,9}. Endoskopik inceleme ile fistülün internal orifisinin lokalizasyonu tespit edilebilir^{6,9}.

Anal Fistüllerde Tedavi

Anal Fistüllerin %6-13'ü kendiliğinden kapanabilmektedir⁶. Anal Fistül tedavisinde amaç eksternal fistül orifisi ile internal fistül orifisi arasındaki fistül traktını ortadan kaldırmaktır⁶. 2500 yıldan beri bilinmekte olan anal fistül hastalığının tedavisi, ameliyat sonrası nüks (%2-10 oranında) oranlarının yüksek olması ve ameliyat sırasında eksternal anal sfinkterin yaralanma olasılığıdır ki, bu durum yüksek fekal inkontinens (%0-20 oranında) oranları en önemli sorunları oluşturur⁶. Bu nedenle çok sayıda tedavi şekli vardır. Fekal ve gaz inkontinens komplikasyonunu azaltacak ve nüks oranını azaltacak tedavi arayışları hala sürmektedir.

I- Ameliyatsız Teknikler

Fibrin Yapıştırıcı Tekniği: Fistülün içine bir katater vasıtası ile girilip internal orifise kadar ilerletilir, katater yavaş yavaş geri çekilirken içine fibrin yapıştırıcı verilmesi prensibine dayanır. İnkontinens riski yoktur. Başarı oranı % 60-70, unun dönemde nüks riski % 70-100 oranındadır⁶.

Tıkaç Tekniği: Anal fistülün bir tıkaç ile kapatılması prensibine dayanır. Tıkaç domuzların ince barsağından elde edilir. Tıkaç fistüle verildikten sonra , fistülün iç ve dış orifisinin dikilmesi esasına dayanır, İnkontinens riski yoktur⁶. Başarı oranı %30-50'dir⁶.

II- Anal Fistül Ameliyatları

Fistülotomi -Fistülektomi Tekniği: Fistülün iç ve dış orifisleri bulunarak aradaki fistül traktının açılarak kürete edilmesi ya da eksize edilmesi esasına dayanır^{6,8,9}. Bu teknikte % 2-20 oranında gaz-gaita inkontinens komplikasyonuna neden olabilmektedir, % 2-10 oranında nüks gelişebilmektedir^{6,8,9}.

Seton Tekniği: Fistül içerisinden yabancı bir materyal (ipek, penrose dren, silastik damar askısı, lastik bandlar, polipropilen ...) geçirilerek bağlanır^{6,8,9}. Seton devamlı drenaj sağlar, fibrozis oluşturularak iyileşmeyi sağlar, kesici seton ve gevşek seton olarak uygulanabilir^{6,8,9}. Kesici seton uygulamasında seton iki haftada bir sıkılarak eksternal sfinkteri kademeli olarak keser ve sfinkter kasında fibrozis oluşturularak fistül traktını ortadan kaldırır, birkaç hafta ile 6 ay arasında sürede fistül traktını ortadan kaldırebilmektedir^{6,8,9}. Gevşek seton uygulamasında seton 6-12 ay süre tutulabilir, yabancı cisim reaksiyonu ile fibrozis ve epitelizeasyon hızlanır^{6,8,9}. Seton tekniğinde %2-30 oranında inkontinens gelişebilmektedir, başarı oranı % 80-100 oranındadır^{6,8,9}.

Anorektal ilerletme flebi tekniği: Fistül traktı kürete edildikten sonra sağlıklı rektal mukozaya, submukozaya ve sirküler kasın flep şeklinde ilerletilerek internal fistül açıklığı kapatılır, bu teknikte %20 gaz ve fekal inkontinens komplikasyonu gelişebilir, nüks oranı ise % 20'dir^{6,8,9}.

LIFT Tekniği (Ligation of intersphincteric fistula tract): İntersfinkterik alanda fistül traktının bağlanması esasına dayanır, internal ve eksternal sfinkter birbirinden ayrılır ve fistülün iç ve dış ağzı bağlanır, başarı oranı % 60-95'tir^{6,8,9}.

Lazer Tekniği: Fistula laser closure (FILAC) ya da Laser ablation of the fistula tract (LAFT) olarak adlandırılır^{6,8,9}. Fistül traktı fırça ile kürete edildikten sonra, 1470 nm dalga boyunda ve 13 watt gücünde lazer ile fistül traktının 3600 dairesel olarak radyal fiber ile yakılarak fistül traktının kapatılması esasına dayanır, fistül traktı adeta silikon dolgu yapar gibi lazer ile kapatılır, başarı oranı %70-90 oranındadır^{6,8,9}.

KAYNAKLAR

1. de Miguel Criado J, et al (2012). MR imaging evaluation of perianal fistulas: spectrum of imaging features. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc.: 32, 175–194. doi: 10.1148/rg.321115040.
2. Nguyen, D. H.(2007). Gastrointestinal surgical treatment (ed. Nguyen, D. H.) 191–217 . Medical Publishing House,
3. Akçal, T.(2004). Anorektal abse ve fistüller. Alemdaroğlu, K., Akçal, T., Buğra, D.(Ed). Kolon Rektum ve Anal bölge hastalıkları(s.171-184)
4. Torkzad MR, Karlbom U.(2010). MRI for assessment of anal fistulas. Insights Imaging: 1, 62-71.
5. Morris J, Spencer JA, Ambrose NS.(2000). MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. Radiographics: 20, 623-635.
6. Tavioloğlu, K.(2016). Kolorektal Hastalıklar ve Proktoloji: Anal Fistül 313-322. İstanbul, Cinius Yayınları
7. Robinson AM, Jr, DeNobile JW.(1988). Anorektal apse ve fistül ano. J Natl Med Doç.: 80 (11);,1209-1213.
8. Çetinkaya, E., Sözen,İ., Hatipoğlu, N.D.(2016). Anal Fistül. Özmen, M.M.(Ed).Cerrahinin İlkele-ri(Schwartz)(10. Baskı)(s.1229-31). Ankara. Güneş Kitabevi.
9. Terzi, C., Füzun, M.(2004). Anal Fistüller. Temel Cerrahi. Sayek, İ.(Ed)(3. Baskı)(s.1265-68).Ankara. Güneş Kitabevi
10. Perek, A.(2011). Perianal/Anoraktal Apse/Fistüller. Anorektal bölgenin selim hastalıkları. Men-teş,B. Bulut, M.T. Alabaz, Ö. Leventoğlu, S.(Ed). (s.73-80)