



## BÖLÜM 37

# ANAL İNKONTİNANSA CERRAHİ YAKLAŞIM

Mustafa DEMİR<sup>1</sup>

### 1. TANIM

Anal kontinans, fekal materyalin anorektum içerisinde tutulabilmesini ve defekasyon veya gaz çıkarma işleminin istenilen bir zamana kadar ertelenebilmesini ifade eder. Anorektumun katı, sıvı ya da gaz halinde hangi formda içerik ile dolu olduğunu ayırt edebilmesi özelliğiyle sağlanır. Kontinansın sağlanabilmesi için çeşitli faktörlere ihtiyaç vardır. Bunlar; kolondaki fekal içeriğin geçişinin uygun sürede olması, normal kıvamda gayta içeriği, sağlam rezervuar fonksiyona sahip bir rektum, duysal ve motor aktivitenin bütünlüğü ve normal bir anal sfinkter ve pelvik taban kaslarına sahip olmak şeklinde sıralanır. Bu faktörlerden bir veya birkaçında sorun oluştuğunda inkontinans gelişir.

Uygunsuz yer ve zamanda, istemsiz olarak fekal materyal çıkışının olması, anal inkontinans tanımını oluşturur<sup>1</sup>. Sıvı veya gaz içerik şeklinde kaçırma minör inkontinans olarak, katı içerik dahil her türlü formda fekal materyal kaçırma ise majör inkontinans olarak adlandırılır. Minor inkontinans genellikle internal anal sfinkter defektlerinde görülürken, majör inkontinansa eksternal sfinkter ve puborektal kas patolojileri mevcuttur.

### 2. EPİDEMIYOLOJİ

Anal inkontinans prevalansı, uluslararası yapılan çalışmalarda %0,4-18 arasında değişkenlik göstermektedir<sup>2</sup>. Ancak fekal inkontinans sıklığının bilinenin oldukça üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Bireylerin şikayetleri ile ilgili utanç duygusu ve bunu dile getirememeleri nedeniyle sağlık merkezine başvuruları daha az olmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar ve ileri yaşlı hastalar oluşturur. Yapılan geniş merkezli bir çalışmada %67 oranında kadın hasta ve 65 yaş üzeri %30 hasta raporlanmıştır. İleri yaşlı hastaların yaklaşık %50'si beraberinde fiziksel veya mental problemlerin mevcut olduğu evde bakım hizmeti verilen hastalardır<sup>3</sup>. Anal inkontinansın genellikle yaşlılık nedeniyle gelişmiş bir sonuç olduğu düşüncesi toplumlarda hakim olan bir durumdur. Bu yüzden hastalar veya yakınları tarafından bir şikayet olarak görülmemekte ve tedavi ihtiyacı hissedilmemektedir. Bunun neticesinde sağlık merkezlerine başvuru oranı az olmakta ve tedavi kalitesi istenen düzeye erişememektedir.

İnkontinans nedeniyle başvuran hastaların büyük çoğunluğunda gaz inkontinansı

<sup>1</sup> Op. Dr., İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü  
dr.mustafa.demir@outlook.com

- Endoanal ultrason, anal manometri, manyetik rezonans görüntüleme ve sinir iletim çalışmalarıyla patolojiye yönelik değerlendirme yapılır.
- Cerrahi dışı tedavide dışkı kıvamının artırılması, diyet değişiklikleri, medikal preparatlar, pelvik taban kas egzersizleri ve biofeedback uygulamaları yer alır.
- Belirgin yapısal deformitelerde veya konservatif tedavilere dirençli hastalarda cerrahi prosedürler uygulanmalıdır.
- Sfinkteroplasti ve postanal onarım gibi tamir prosedürlerinde, uzun dönem başarı oranları zayıftır.
- Sakral sinir stimülasyonu ile uzun dönem takipte düşük morbidite ile yüksek başarı oranları mevcuttur.
- Radyofrekans ve dolgu maddesi enjeksiyonlarının uzun dönem sonuçları ve etkinliği ile ilgili veriler kısıtlıdır.
- Grasiloplasti, gluteoplasti, yapay sfinkter uygulaması gibi tekniklerde, uygulama alanlarının kısıtlı olmasıyla birlikte yüksek komplikasyon oranları görülür.
- Cerrahi seçeneklerin başarısız kaldığı durumlarda fekal diversiyon amacıyla kolostomi uygulamasından fayda sağlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. Ruiz NS, Kaiser AM. Fecal incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*. 2017;23(1):11–24.
2. Nelson RL. Epidemiology of Fecal Incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1):3–7.
3. Nelson R, Furner S, Norton N, Cautley E. Community-Based Prevalence of Anal Incontinence. *JAMA J Am Med Assoc*. 1995;274(7):559–61.
4. Brown HW, Wexner SD, Segall MM, Brezoczky KL, Lukacz ES. Accidental bowel leakage in the mature women's health study: Prevalence and predictors. *Int J Clin Pract*. 2012;66(11):1101–8.
5. Bleier JIS, Kann BR. Surgical management of fecal incontinence. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42(4):815–36.
6. Wexner SD, Bleier J. Current surgical strategies to treat fecal incontinence. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;9(12):1577–89.
7. van Tets WF, Kuijpers HC. Continence disorders after anal fistulotomy. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(12):1194–7.
8. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77–97.
9. Brown HW, Dyer KY, Rogers RG. Management of Fecal Incontinence. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):811–22.
10. Lockhart ME, Fielding JR, Richter HE, Brubaker L, Salomon CG, Ye W, et al. Reproducibility of Dynamic MR Imaging Pelvic Measurements: A Multi-institutional Study. *Radiology*. 2008 Nov;249(2):534–40.
11. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JF. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(7):623–36.
12. Scott SM, Gladman MA. Manometric, Sensorimotor, and Neurophysiologic Evaluation of Anorectal Function. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008;37(3):511–38.
13. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ. Bowel disturbances are the most important risk factors for late onset fecal incontinence: A population-based case-control study in women. *Gastroenterology*. 2010;139(5):1559–66.
14. Sun WM, Read NW, Verlinden M. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and faecal incontinence. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(1):34–8.
15. Lacima G, Pera M, Amador A, Escaramís G, Piqué JM. Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: A comparative study with untreated controls. *Color Dis*. 2010;12(8):742–9.
16. Johnson E, Carlsen E, Steen TB, Backer Hjorthaug JO, Eriksen MT, Johannessen HO. Short- and long-term results of secondary anterior sphincteroplasty in 33 patients with obstetric injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(11):1466–72.
17. Glasgow SC, Lowry AC. Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: A systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(4):482–90.
18. Österberg A, Graf W, Holmberg A, Pählman L, Ljung A, Hakelius L. Long-term results of anterior levatorplasty for fecal incontinence: A retrospective study. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(6):671–5.
19. Bartolo DCC, Paterson HM. Anal incontinence. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):505–15.
20. Mackey P, Mackey L, Kennedy ML, King DW, Newstead GL, Douglas PR, et al. Postanal repair - do the long-term results justify the procedure? *Color Dis*. 2010;12(4):367–72.
21. Wexner SD, Gonzalez-Padron A, Rius J, Teoh T-A, Cheong DM, Noguera JJ, et al. Stimulated gracilis neosphincter operation. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(9):957–64.
22. Matzel KE, Madoff RD, LaFontaine LJ, Baeten CGMI, Buie DW, Christiansen J, et al. Complicati-

- ons of dynamic graciloplasty. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(10):1427–35.
23. Thornton MJ, Kennedy ML, Lubowski DZ, King DW. Long-term follow-up of dynamic graciloplasty for faecal incontinence. 2004;470–6.
  24. Devesa JM, Fernandez Madrid JM, Gallego BR, Vicente E, Nuño J, Enríquez JM. Bilateral gluteoplasty for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1997;40(8):883–8.
  25. Hultman CS, Zenn MR, Agarwal T, Baker CC, Friedman HI, Merritt WH, et al. Restoration of fecal continence after functional gluteoplasty: Long-term results, technical refinements, and donor-site morbidity. *Ann Plast Surg*. 2006;56(1):65–71.
  26. Christiansen J. Modern surgical treatment of anal incontinence. *Ann Med*. 1998 Jan 28;30(3):273–7.
  27. Mundy L, Merlin TL, Maddern GJ, Hiller JE. Systematic review of safety and effectiveness of an artificial bowel sphincter for faecal incontinence. *Br J Surg*. 2004;91(6):665–72.
  28. Lehur PA, McNevin S, Buntzen S, Mellgren AF, Laurberg S, Madoff RD. Magnetic anal sphincter augmentation for the treatment of fecal incontinence: A preliminary report from a feasibility study. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(12):1604–10.
  29. Gourcerol G, Vitton V, Leroi AM, Michot F, Alysique A, Bouvier M. How sacral nerve stimulation works in patients with faecal incontinence. *Color Dis*. 2011;13(8):203–11.
  30. Whitehead WE, Rao SSC, Lowry A, Nagle D, Varma M, Bitar KN, et al. Treatment of fecal incontinence: State of the science summary for the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases workshop. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(1):138–46.
  31. Hull T, Giese C, Wexner SD, Mellgren A, Devroede G, Madoff RD, et al. Long-term durability of sacral nerve stimulation therapy for chronic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2013;56(2):234–45.
  32. Duelund-Jakobsen J, Lehur PA, Lundby L, Wyart V, Laurberg S, Buntzen S. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence—efficacy confirmed from a two-centre prospectively maintained database. *Int J Colorectal Dis*. 2016;31(2):421–8.
  33. Knowles CH, Horrocks EJ, Bremner SA, Stevens N, Norton C, O’Connell PR, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDeNT): A double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(10004):1640–8.
  34. Efron JE, Corman ML, Fleshman J, Barnett J, Nagle D, Birnbaum E, et al. Safety and effectiveness of temperature-controlled radio-frequency energy delivery to the anal canal (Secca® Procedure) for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2003 Dec;46(12):1606–16.
  35. Frascio M, Mandolino F, Imperatore M, Stabilini C, Fornaro R, Gianetta E, et al. The SECCA procedure for faecal incontinence: A review. *Color Dis*. 2014;16(3):167–72.
  36. Luo C, Samaranayake CB, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on the efficacy and safety of injectable bulking agents for passive faecal incontinence. *Color Dis*. 2010;12(4):296–303.
  37. Norton C, Burch J, Kamm MA. Patients’ views of a colostomy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(5):1062–9.