

ANOREKTAL APSE VE FİSTÜL AMELİYATI

İsmail SEZİKLİ¹

GİRİŞ

Anorektal apseler ve fistül, ortak bir patojenik spektrumun sürekliliği boyunca farklı aşamaları temsil etmektedir. Apse akut enflamatuvar olayı temsil ederken fistül kronik süreci temsil eder.

ANOREKTAL APSE

Anatomi

Anorektal süpüratif hastalıkların büyük kısmı, intersfinkterik alanda bulunan anal bezlerin enfeksiyonu sonucu gelişir. Bu enfeksiyonlar, anal bezlerin kanallarının internal sfinkteri geçerek dentat çizgi seviyesindeki anal kriptlere açılmasıyla başlar. Anal bezlerin enfeksiyonu, apse oluşumuna yol açar. Apse, zaman içinde perianal ve perirektal bölgelerde farklı planlara yayılabilir.

Perirektal bölge, anüs çevresini saran bir anatomik alandır ve lateralde gluteal yağ dokuları ile devam eder. Intersfinkterik aralık, internal ve eksternal sfinkterleri birbirinden ayırır. Bu aralık distalde peri-anal boşluğa ve proksimalde rektal duvar içine uzanır.

İskiorektal aralık (isiorektal fossa), anüsün lateral ve posterior kısmındadır. Medialde eks-

ternal sfinkter, lateralde iskiyum, üstte levator ani (pelvik taban kasları), altta ise transvers septum ile sınırlanır. İskiorektal aralıkta inferior rektal damarlar ile lenfatikler bulunur. Bu damarlar ve lenfatikler, anorektal hastalıkların yayılmasında önemli bir rol oynar.

Supra-levator aralıklar, rektumun bilateral levator ani kasının üzerinde yer alır ve posterior bölgede birleşirler., kriptoglanduler enfeksiyonun yerleşimini ve yayılmasını belirleyen bu aralıkların anatomisidir. Apse büyüdükçe farklı yönlere doğru yayılabilir. Bunlardan en sık karşılaşılan Perianal apsedir ve anal girişte ağrılı bir şişlik olarak ortaya çıkar. Eğer puborektalis kasının altında, eksternal sfinkter boyunca yayılıyorsa, iskiorektal apse gelişir. Bu apseler çok büyük olabilir ve bazen perianal bölgeden dışarı belli olmaz. Rektumun parmakla muayenesi sırasında, iskiorektal fossa lateralinde ağrılı bir şişlik hissedilebilir. Intersfinkterik apse, intersfinkterik aralıkta meydana gelir ve tanısı genellikle zordur, bu nedenle anestezi altında muayene gerekebilir. Pelvik ve supralelevator apseler nadir görülür ve genellikle intersfinkterik veya iskiorektal bir apsenin yukarı doğru yayılması veya intraperitoneal bir apsenin aşağı doğru yayılması sonucu oluşur.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp fakültesi Erol Olçok Eğitim araştırma hastanesi Genel Cerrahi AD, ismailsezikli@hitit.edu.tr ORCID iD: 0000-0002-6801-1465

yolunun bağırsakla iletişimini kesmeyi ve iç açıklığı sağlam anorektal duvarla kapatmayı amaçlar. İlerletme flep cerrahisi, deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında güvenilir sonuçlar sağlayabilen köklü bir tekniktir. İlerletme flepleri, rektumdan alınan transanal ilerletme flepleri veya perianal deriden alınan deri ilerletme flepleri olarak uygulanabilir. (18) Başarının temel ilkeleri, flebin yeterli kan akışını sağlayacak şekilde tasarlanması ve flebin iç açıklığın çok distal bir bölgesine anastomoz yapılması gerektiğini içerir. Flep başarısızlığı veya iskemisi, mevcut sorunun daha da büyümesine yol açabileceği için önemli bir husustur. Flep yöntemlerinin başarı oranları, en iyi çalışmalarda bile %60'a kadar olan sonuçlarla rapor edilmiştir. Sonuç olarak, transanal ilerletme flebi, anal fistül tedavisinde basit bir fistülotominin kabul edilemez kontinans sorunlarına yol açabileceği düşünülen durumlarda kullanılabilir. Deri ilerletme flebi prosedürü, yüksek yerleşimli bir fistülün rektal ilerletme flebi onarımı için alternatif bir seçenektir.

Yeni Teknikler

Perianal fistüller için son dönemlerde birçok yeni cerrahi teknik geliştirilmiştir. lazerler, klipler, video yardımcı anal fistül tedavisi (VAAFT) ve otolog yağ kaynaklı kök hücreler gibi teknikler bunlardan bazılarıdır. Bu yöntemlerin etkinlikleri konusunda kanıtlar belirli seviyenin altındadır. Bu yönde yapılan çalışmalar daha çok bireysel anlamda deneyimlere bağlıdır.

FiLaC (fistula laser closure) olarak bilinen fistül traktüsünün lazer ile kapatılması yöntemi günümüzde başarı oranları %30 ile %80 arasında olmasına rağmen yaygınlığı giderek artan bir uygulamadır.(18, 21, 22) bu aşamada belirtilen başarısızlığın nedeni daha çok uygulanacak hastanın belirlenmesi aşaması ve cerrahi tekniğin belirli bir protokol içerisinde uygulanmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.(23) öte yandan lazer ablasyon uygulaması esnasında fistül traktüsünün internal açıklığının kapatılıp; uygulamanın

bu şekilde yapılması konusundaki telkinler hakkında halen büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J 1961;1:463-469.
2. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Essentials of Anorectal Surgery. Philadelphia: JB Lippincott; 1980:100-127.
3. Gordon PH. Anorectal abscess and fistula-in-ano. In: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. St. Louis: Quality Medical Publishing; 1999:241-286.
4. Abcarian H. Surgical management of recurrent anorectal abscess. Contemp Surg 1982;21:85-91.
5. Schouten WR, van Vroonhoven TMJV. Treatment of anorectal abscesses with or without primary fistulectomy: results of a prospective randomized trial. Dis Colon Rectum 1991;34: 60-63.
6. Buchan R, Grace RH. Anorectal suppuration: the results of treatment and factors influencing the recurrence rate. Br J Surg 1973;60:537-540.
7. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. Dis Colon Rectum 1979;22:566-569.
8. Yoon HM, McKechnie T, Eskicioglu C, Bartnik W. Anorectal Abscess and Fistula in Ano. McMaster Textbook of Internal Medicine. Kraków: Medycyna Praktyczna. <https://empendium.com/mcmtxtbook/chapter/B31.II.4.23.1>. Accessed September 18, 2023.
9. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976;63:1-12.
10. Weisman RI, Orsay CP, Pearl RK, Abcarian H. The role of fistulography in fistula-in-ano. Report of five cases. Dis Colon Rectum 1991;34:181-184.
11. Cataldo P, Senagore J, Luchtefeld MA, et al. Intrarectal ultrasound in the evaluation of perirectal abscesses. Dis Colon Rectum 1993;36:554-558.
12. Taviloğlu, K.(2016). Kolorektal Hastalıklar ve Proktoloji: Anal Fistül 313-322. İstanbul, Cinius Yayınları
13. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. Dis Colon Rectum.2022; 65(8):964-85.
14. Ratto C, Grossi U, Litta F et al. Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: results from an international survey. Tech Coloproctol. 2019 Aug; 23(8):729-41.
15. Hammond TM, Knowles CH, Porrett T, Lunniss PJ. The snug seton: short and medium term results of slowfistulotomy for idiopathic anal fistulae. Colorectal Dis. 2006; 8(4):328-37.
16. WilliamsG,WilliamsA,TozerPetal.The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement -2018.Colorectal Dis. 2018; 20 Suppl 3:5-31.

17. Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP, et al. Role of the seton in the management of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1993;36:573-579.
18. Simpson JA, Banerjee A, Scholefield JH. Management of anal fistula. *BMJ*. 2012; 345:e6705.
19. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs fibrin glue in closure of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006;49:371-376.
20. Limura E, Giordano P. Modern management of anal fistula. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(1):12-20.
21. Elfeki H, Shalaby M, Emile SH, Sakr A, Mikael M, Lundby L. A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of fistula laser closure. *Tech Coloproctol*. 2020; 24(4):265-74. [CrossRef]
22. Tarım İA, Derebey M, Akgun C, Mutlu V, Atalay F, Kamalı Polat A. The success of laser ablation of fistula tract (laft) technique in anal fistula treatment: early results of a tertiary center. *J Exp Clin Med*. 2021; 38(2):192-6.
23. Tarım İA. Perianal Fistüllerde Tanı, Cerrahi Sınıflama ve Tedavi. *Trd Sem* 2022;10:364-372.