

## ANAL STENOZ İÇİN ANOPLASTİ

Emre GÜLÇEK<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Anal stenoz, çoğunlukla hemoroidektomi veya diğer anorektal cerrahi prosedürlerden sonra bir komplikasyon olarak ortaya çıkan nadir ancak ağrılı, hastada ağır rahatsızlığa neden olan bir sorundur (1-2). Normalde esnek olan anoderm, kısıtlayıcı sikatrize doku ile yer değiştirerek anormal derecede sıkı ve elastik olmayan bir anal kanala yol açar (3,17). Travma, radyoterapi, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (crohn), tüberküloz ve kronik laksatif kullanımı gibi anal stenozun birçok nadir nedeni olmasına rağmen, klinik uygulamada en çok karşılaşılan neden hemoroidektomidir (4-6). Yetişkinlerde anal stenoz vakalarının %80-90'ı hemoroidektomiden sonra gelişir. Genellikle nadir bir durum olarak belirtilse de, hemoroidektomiye eşlik eden %1,4-3,5 arasında değişen bir insidans olduğu öne sürülmüştür (7-8).

Anal stenozu olan hastalar sıklıkla kabızlık, ince dışkı kalibresi, tenesmus, diyare, anal kirlenme (soiling) veya kanamadan şikâyet ederler (4). Dışkılama sırasında ağrı en sık görülen şikâyetdir, bunu kabızlık ve kanama takip eder, ancak sıklıkla semptomlar örtüşür. Kabızlık o kadar şiddetli olabilir ki, birçok hasta dışkılamaya yardımcı olmak için laksatiflere, lavmanlara, fitillere ve dijital

manipülasyona güvenmeye başlar, bu da sonuçta daha fazla travmaya yol açarak durumlarını daha da kötüleştirebilir (4,9,12).

## ENDİKASYON

Hastalığın boyutunu tanımlamak ve sınıflandırmak için seçilebilecek en iyi yöntemlerden biri Tablo 1'de yer alan Milsom ve Mazier'in sınıflandırmasıdır (4). Orta ve şiddetli darlığı olan hastalar için cerrahi rekonstrüksiyon gereklidir. Anoderm elastikiyetini yeniden sağlamak ve hastalıklı esnek olmayan anodermi elastik hale getirebilmek için rektal mukoza veya perianal deriyi anal kanala transfer etmek gerekmektedir.

Tablo 1 Milsom ve Mazier'in sınıflandırması.

Hafif	Stenoik anal kanal iyi yağlanmış bir işaret parmağı ile incelenebilir.
Orta	Dijital rektal muayene yapmak için güçlü bir dilatasyon gereklidir.
Sert	Dijital rektal muayene mümkün değildir.

Anoplasti transvers kapatma, basit flepler ve tam kalınlıkta ilerletme flepleri olmak üzere 3 grupta incelenebilir. Literatürde karşılaştırmalı

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, emregulcek89@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6832-498X



Resim 3. Diamond flep rekonstrüksiyonu (Arşiv-E. Gülçek)



Resim 4. Diamond flep rekonstrüksiyonu (21).

İşlem tamamlandıktan sonra anal kanal kalibrasyonu kontrol edilmelidir. Yeterli genişleme sağlanmadıysa (25-26mm) karşı tarafa da aynı işlem uygulanır (17).

## DİKKAT VE TUZAK NOKTALARI

Flep ve flep pedikülünün uygun perfüzyon ve mobilitiyeyi sağlayacak kalınlıkta olmasına dikkat edilmelidir. İnsizyon dentat çizgi proksimaline geçmemelidir. İnsizyon derinliği post operatif inkontinansın kaçınmak için yaklaşık 3-4 mm'yi geçmemelidir. Anal girimde 25-26 mm'lik açıklık yeterli olacaktır (17). Flep suture edilmeden önce tüm ölü dokular cerrahi sahadan uzaklaştırılmalıdır.

## Ameliyat Sonrası Bakım

Hastaların post operatif 1. Gün taburcu edilmesi genellikle uygundur. İlk 3 gün berrak diyet son-

rası bol posalı diyet önerilir. Post operatif 2 hafta boyunca laksatif ve defekasyon sonrası perianal bölgeye sıcak duş önerilir (16,17,18).

## Komplikasyonlar

Erken dönemde flep iskemisi, gecikmiş yara iyileşmesi, sepsis görülebilir. Uzun dönemde inkontinans gelişebilir.

## KAYNAKLAR

1. Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F, Marniga G, Mazzeo P, Brandara F, Maria G. Surgical treatment of anal stenosis. *World J Gastroenterol* 2009;15:1921-28.
2. Katdare MV, Riciardi R. Anal stenosis. *Surg Clin N Am* 2010;90:137-45.
3. Casadesus D, Villasana LE, Diaz H, Chavez M, Sanchez IN, Martinez PP, Diaz A. Treatment of anal stenosis. *Aust NZ J Surg* 2007;557-9.
4. Milsom JW, Mazier WP. Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surg Gynecol Obstet.* 1986;163:60-4.
5. Eisenstat TE, Penzer J. Anal stenosis. In: Fazio VW, Church JM, Delaney CP (eds). *Current therapy in colon and rectal surgery* (2nd ed). Elsevier Mosby. Philadelphia. 2005;pp.55-60.
6. Sayfan J. Ergotamine-induced anorectal strictures: report of 5 cases. *Dis Colon Rectum* 2002;45:271-2.
7. Eu KWV, Teoh TA, Seow-Choen F, Goh HS. Anal stricture following hemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. *Aust NZ J Surg* 1995;65:101-3.
8. Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 2000;179:325-9.
9. Angelchik PD, harms BA, Starling JR. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. *Am J Surg* 1993;166:55-9.
10. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA, Thorson AG, Blatchford GJ, Pitsch RM. Operative results of House advancement anoplasty. *Br J Surg* 1996;83:1242-4.
11. Alver O, Ersoy YE, Aydemir I, Erguney S, Teksoz S, Apaydın B. Use of "House" advancement flap in anorectal diseases. *World J Surg* 2008;32:2281-6.
12. Lagares-Garcia JA, Noguera JJ. Anal stenosis and mucosal ectropion. *Surg Clin North Am* 2002;82:1225-31.
13. Gonzalez AR, de Oliveira O Jr, Verزارo R, Noguera J, Wexner SD. Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. *Am Surg* 1995;61:526-9.
14. Maria G, Brisinda G, Civello IM. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. *Am J Surg* 1998;175:158-60.
15. Oh C, Zinberg J. Anoplasty for anal stricture. *Dis Colon Rectum* 1982;25:809-10.
16. Balci B, Yildiz A, Leventoglu S, Bülent Mentes B. Diamond-shaped flap anoplasty for severe anal stenosis - a video vignette. *Colorectal Dis.* 2021 Jul;23(7):1941. doi: 10.1111/codi.15671. Epub 2021 May 2. PMID: 33848397.

17. Gülen M, Leventoğlu S, Ege B, Menteş BB. Surgical Treatment of Anal Stenosis with Diamond Flap Anoplasty Performed in a Calibrated Fashion. *Dis Colon Rectum*. 2016 Mar;59(3):230-5. doi: 10.1097/DCR.0000000000000530. PMID: 26855398.
18. Duieb Z, Appu S, Hung K, Nguyen H. Anal stenosis: use of an algorithm to provide a tension-free anoplasty. *ANZ J Surg*. 2010 May;80(5):337-40. doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.05044.x. PMID: 20557507.
19. Farid M, Youssef M, El Nakeeb A, Fikry A, El Awady S, Morshed M. Comparative study of the house advancement flap, rhomboid flap, and y-v anoplasty in treatment of anal stenosis: a prospective randomized study. *Dis Colon Rectum*. 2010 May;53(5):790-7. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181d3205a. PMID: 20389213.
20. Govind Nandakumar, Evidence-Based Practices in Gastrointestinal, Colorectal and Hepatobiliary Surgery, 2017, New York
21. B. Bülent MENTEŞ, Alper CİHAN, Ertan TATLICIOĞLU, Zafer FERAHKOŞE. Diamond Flap Anoplasty For Cicatricial Anal Stenosis Following Fournier's Gangrene, *Gazi Medical Journal* 1998;9 : 183-186