

Edinilmiş kloaka'da anal sfinkteroplasti ve lokal rotasyon flebiyle perineoplasti yöntemi

İlker Günyeli*, Evrim Erdemoğlu*, Turgut Ortak**, Tamer Mungan*.

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Isparta

**Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D, Isparta

Özet

Herhangi bir zamanda anal kanal içeriğinin anüsten istemsiz olarak kaçırılmasına fekal inkontinans adı verilmektedir. Bu durum, sosyal ve psikolojik unsurları olan önemli bir tıbbi problemdir. Bu olgu sunumunda hastaya anal sfinkteroplasti ve lokal rotasyon flebi ile perineoplasti operasyonu uygulandı. Fekal inkontinans tedavisini yapacak ve planlayacak cerrahların preoperatif değerlendirme ve testleri iyi uygulayabilmesi, farklı tip cerrahi prosedürler de kendini iyi geliştirmiş olması ve bu konuda uzun süre takipli geniş prospektif çalışmalar yapılması konuya daha fazla ışık tutacaktır. Biz bu vaka sunumunda anal inkontinansın cerrahi tedavisinde lokal flep uygulaması ve sfinkteroplasti ile birlikte perineoplasti işlemi ve literatür derlemesini sunduk.

Anahtar Kelimeler: Anal inkontinans, sfinkteroplasti, perineoplasti

Abstract

Perineoplasty method with the help of anal sphincteroplasty and local rotation flap in acquired cloaca

The involuntary oozing of anal contents at any time is called fecal incontinence. This is a serious medical problem with both social and psychological components. In this case, anal sphincteroplasty and perineoplasty operation with a local rotation flap was performed. A skilled accomplishment of preoperative evaluation and diagnostic tests by the surgeons, who will perform and plan the incontinence treatment, improving oneself in diverse surgical procedures and performing prospective studies including long-term follow-ups will clear this issue. In this case report, we present a local flap application and sphincteroplasty together with a perineoplasty procedure in anal incontinence surgery and reviewed the relevant literature.

Keywords: Anal incontinence, sphincteroplasty, perineoplasty

Giriş

Herhangi bir zamanda anal kanal içeriğinin anüsten istemsiz olarak kaçırılması fekal inkontinans olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyon kişiyi ilgilendiren, sosyal ve psikolojik unsurları olan önemli bir tıbbi problemdir (1). Bir çalışmada (2) fekal inkontinans oranı 1/10 iken orta-ciddi fekal inkontinans 1/15 oranında tespit edilmiştir. Amerikan aileleri üzerinde yapılan bir ankette genel popülasyonda değişik derecelerde olmak üzere toplumun %7.1'inde fekal inkontinans rapor edilmiştir. Bir başka çalışmada ise üriner inkontinansı ve pelvik organ prolapsusu olanlarda bu oranın %30 olduğu saptanmıştır (3,4).

Fekal kontinans; puborektal kas, internal ve eksternal anal sfinkter kasların koordinasyonu ve tonusu, intakt sinir sistemi, bilişsel durum, rektumun esnekliği, dışkıının hacmi ve katılık derecesi gibi birçok koordineli fonksiyon ile sağlanmaktadır. Puborektal kas anorektal açığı 90 derecede tutarak sabit bir tonus oluşturmaktadır. Sıvı gaitanın kontinansında ise en önemli görevi eksternal anal sfinkter sağlamaktadır. Anal sfinkter yetmezliğinin konjenital ve kazanılmış olmak üzere birçok nedeni mevcuttur. İmperfore anüs, rektal agenez, kloakal defektler, miyelomeningosel özellikle çocuklarda fekal inkontinansa yol açan konjenital sebeplerdendir. Kazanılmış inkontinans ise travmatik (cinsel saldırı, pelvik kırığa bağlı sinir hasarı gibi), iyatrojenik (lateral sfinkterotomi, fistülotomi, hemoroidektomi, anal kanalın Lord-Millar yöntemi veya bazı hastalıklara (diyabet, multipl

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. İlker Günyeli
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, 32260, Çünür-İSPARTA
Tel: +90 (246) 211 92 33
E mail: drilkergunyeli@yahoo.com
Müracaat tarihi: 22.03.2011
Kabul tarihi: 31.10.2011

skleroz, beyin tümörü, demans, myastenia gravis, muskuler distrofi, amiloidoz, rektal prolapsus, radyasyon proktiti gibi) sekonder olarak gelişebilir (10).

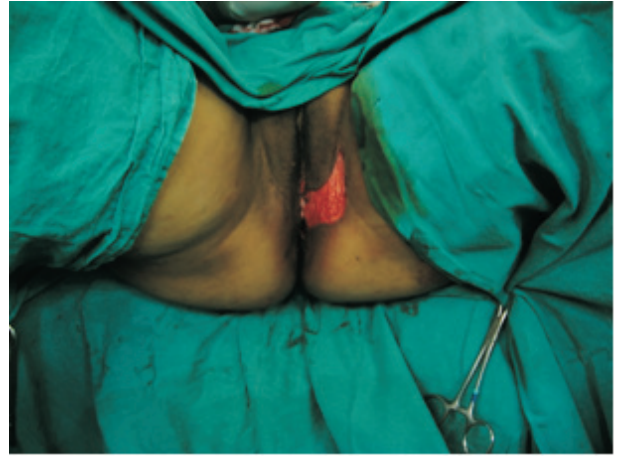
Erişkin kadınlarda fetal inkontinansın en önemli nedeni obstetrik travmadır. Anal sfinkterde anatomik bir defekt saptanırsa cerrahi tedavi genellikle en uygun seçenek olabilir. Başarı oranı her ne kadar sınırlı olsa da anal sfinkteroplasti fekal inkontinanslı hastaların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır (5). Ancak, hastaların uzun dönem takiplerinde, yarından fazlasında yüz güldürücü sonuçlar alınmamaktadır (6,7). Biz bu vaka sunumunda anal inkontinansın cerrahi tedavisinde lokal flep uygulaması ve sfinkteroplasti ile birlikte perineoplasti işlemi ve ilgili literatür derlemesini sunduk.

Olgu

Kırk bir yaşında, en son doğumunu 5 yıl önce yapmış olan (tümü vajinal yol ile) multipar hasta(G5P5Y5A0) kliniğimize doğum sonrasında başlayan anal inkontinans (gaz, gaita inkontinansı) şikâyeti ile başvurdu. Hastanın sfinkter onarımı amacı ile önceden geçirilmiş bir ameliyatı yoktu. Muayenede anal sfinkter defekti tespit edildi. Vajinal arka duvarda bütünlük izlenmedi ve vajinal tuşede rektum arka duvar mukozası ele gelmekte idi (Şekil 1, Şekil 2). Preoperatif hazırlığı yapılan hastanın tüm rutinleri normaldi.



Şekil 1. Perine deşürüne bağlı gelişen edinilmiş kloaka. Vajina arka duvarı ile rektumun sürekliliği izlenmektedir.



Şekil 2a. Hastaya sol perineal bölgeden hazırlanan lokal rotasyon flebi diseke edilerek dezepitelize edildi.



Şekil 2b. Hazırlanan flep, vajen ve rektum arasına çevrilerek yeni perineal cisimcik oluşturuldu.



Şekil 3. Sfinkteroplasti ve yeni perineal cisimcik oluşturulduktan sonraki postoperatif görünüm.

Hastaya anal sfinkteroplasti, ve lokal rotasyon flebi ile perineoplasti operasyonu uygulandı. Perine ve arka vajinal duvar diseke edilerek rektumun ön duvarı ve perine kasları açığa çıkarıldı. Keskin diseksiyon ile rüptüre anal sfinkter gözlemlenerek kesik uçlar tespit edildi ve birbirine yaklaştırıldı; ucuca 3/0 poliglikolik asit (Vicryl, Ethicon Inc, Somerville, NJ) ile birleştirildi. Sol perineal bölgeden lateral bazlı “dermofat turn-over” flebi hazırlandı (Şekil 3, Şekil 4). Flep üzeri dezepitelize edilip vajen ile rektum arasına gelecek şekilde yerleştirildi. Flep uç kısmı vajina mukozasına tespit edilerek yeni perine oluşturuldu. Yüzeysel transvers perineal kaslar, perineal membran, bulbokavernöz kaslar resütüre edildi. Hastanın postoperatif 2. Ay kontrolünde gaz-gaita inkontinansının tamamen düzeldiği bilgisi alındı.

Tartışma

Anal sfinkter yetmezliği, multifaktöriyel nedenlerle oluşabilen, gaz-gaita inkontinansına yol açarak, hastaların sosyal ve psikolojik iyilik hallerini etkileyen önemli bir tıbbi problemidir. Olguların en az %50'sinin rapor edilmemesinden dolayı toplumdaki prevalansı bilinmemektedir (8,9). Bununla birlikte öngörülen prevalans %2.2-20.7 arasındadır. Yaşlı popülasyonda ve gelişmiş toplumlarda azalmış mobilite, fonksiyonel durum ve bilişsel nedenlerle bu oran %50'lere çıkabilmektedir. Kadınlarda başlıca sebebi, obstetrik travmalardır (10). Primigravid vajinal doğumların %35'inde değişik derecelerde semptomatik veya asemptomatik olarak ortaya çıkabilen ve endoanal ultrasonografi ile gösterilebilen anal sfinkter hasarı bildirilmiştir. Bu yüksek oranlar hastanın yaşı, paritesi, enstrümantal doğumlar ve sfinkter hasarını 4-13 kat arttırdığı bildirilen orta hat epizyotomi ile ilişkili gözükmektedir. (11,12). Bu patolojinin tedavisinde davranışsal tedaviden sfinkteroplasti, artifisyel anal sfinkter ve kolostomiye kadar birçok tedavi modalitesi mevcuttur. Tedavi her hastaya göre bireyselleştirilerek planlanmalıdır. Bu hastalarda yaklaşım ilk olarak detaylı bir anamnez ve dikkatli bir fizik muayene ile başlamalıdır. Anamnezde inkontinansın katı mı, sıvı gaita inkontinansı mı, yoksa gaz inkontinansı şeklinde mi olduğu sorgulanmalı, semptom sıklığı, dışkı içeriği, zamanlaması ve hastanın yaşam kalitesine etkisi araştırılmalıdır.

Bu hastaların preoperatif tanısında endoanal ultrasonografi, anorektal manometri, pudendal sinir elektromiyografisi, anal sfinkterin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Fizik muayenede öncelikle inspeksiyon önemli olup skar,

fistül, hemoroit ve kitle varlığı değerlendirilmelidir. Hastamızda anal sfinkterde bütünlük olmayıp vajen arka duvarı ile rektum arka mukozası birleşik halde izlenmekteydi (Şekil 1). Ayrıca, hastanın digital muayene ile istirahat halindeki internal sfinkter tonusu ve istemli eksternal sfinkter tonusu da değerlendirilmelidir. Hastamızda her iki durumda da tonus alınmadı. Ayrıca, hastamızdaki hasar doğum sonrasında gelişmişti.

Muayene sırasında hemoroid, rektosel ya da herhangi bir kitle varlığı da ekarte edilmelidir. Başparmak vajene işaret parmağı ise rektuma konularak yapılan bidijital muayene ile rektovajinal septum ve sfinkter hasarının daha net değerlendirilmesi sağlanabilir. Gerekirse hastanın tanısında proktosigmoidoskopi yapılarak inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kitleler, hemoroit, rektal prolapsus ve mukozal değişiklikler de izlenebilir.

Bir çalışmada fekal inkontinanslı hastaların haftalık inkontinans epizodu 1-8 arasında değişmekle birlikte ortalama 3 olarak tespit edilmiştir (5). Bizim olgumuzda ise bu sayının haftada 1-2 olduğu özellikle diyare durumunda bu oranın arttığı, hastanın ev dışında iken daha çok sorun yaşadığı; evde ise defekasyon hissi geldiğinde tualete yetişebildiği not edildi. Hastamız ilginç olarak obstetrik travmaya bağlı anal sfinkter yetmezliği nedeniyle son doğumundan 5 yıl sonra ve ilk defa bize başvurduğunu belirtmiştir.

Bu hasta grubunun uzun süreli takibi, daha başarılı tedaviler ve yapılan tedavinin etkinliğini takip etmek için önemlidir. Bu hastalarda iyi bir ön değerlendirme yapılarak nedene yönelik tedaviler ve özellikle cerrahi öncesinde özellikle hafif ve orta vakalarda cerrahi olmayan yöntemlerin (davranışsal tedavi, diyetin düzenlenmesi, diyareye yol açan etkenlerin uzaklaştırılması, kafein alımının azaltılması, seyahatlerden önce suppozituar ya da enemalar ile erken dışkılamanın sağlanması, Kegel egzersizleri, “biofeedback”, antidiyareik ilaçlar gibi) uygulanması önerilse de (13,14) bizim hastamızda ileri derecede anatomik hasar mevcudiyeti nedeni ile ilk olarak cerrahi seçenek düşünülmüştür.

Sfinkteroplasti, fekal inkontinans tedavisinde en sık uygulanan yöntemdir; eksternal anal sfinkterin çeşitli nedenlerle hasarlanmasında uygulanabilmesine rağmen eksternal en sık obstetrik hasarlardan sonra kullanılmaktadır. Sfinkteroplasti, ekonomik olması ve nispeten kısa hastanede kısa kalma süresi nedeniyle de tercih edilebilir (10). Yayınlanan birçok seride anal sfinkteroplasti başarısı %50-80 olarak

bildirilmiştir (8,15,16). Kısa dönem takiplerde başarı oranı %71-86 iken 3-4 yıllık uzun dönem takiplerde bu oranın %26-57'lere gerilediği bildirilmiştir. Bir çalışmada 77. ayda kontinans oranının %28 olduğu, bir başka çalışmada da 80. ayda istemli kontinansın hastaların %50'sinde mevcut olduğu gösterilmiştir (7,17). Bizim hastamız gibi ileri derecede hasarı olan ve perineal cismin tamamen etkilendiği grupta lokal rotasyon flebi kullanılması gerekli olabilmektedir. Anal sfinkter onarımında bizim önerdiğimiz tedavinin daha başarılı olduğu inancındayız. Daha ileri vakalarda -yani anal sfinkterin ileri derece hasarında- artifisyonel bağırsak sfinkteri ya da pompa ile şişirilebilen artifisyonel kelepçe tarzında anal sfinkterler oluşturulabilmektedir. Bunların başarı oranı %49-82 olarak bildirilmektedir (10,18). Radyoterapi alan ya da sfinkter koruyucu etki gereken durumlarda kolostomi, ileostomi gibi kalıcı stoma açılması mantıklı olabilir. Bu son ikisi fekal inkontinans semptomlarında ve hayat kalitesinde anlamlı bir rahatlama sağlayabilmektedir.

Sonuç olarak, fekal inkontinans günümüzde birçok farklı sebeplere bağlı oluşabilen halen tartışmalı bir konudur. Davranışsal tedavilerden, sfinkteroplastiye, artifisyonel sfinkterden kolostomiye dek değişen farklı tedavi modaliteleri mevcuttur. Tedavi her hastanın ihtiyacına ve nedene göre bireyselleştirilerek yapılmalıdır. Tedavi sonuçları hâlen preoperatif testlerle öngörülemez ve başarı her hastada mümkün olamamaktadır. Fekal inkontinans tedavisini planlayacak cerrahların preoperatif değerlendirme ve testleri iyi uygulayabilmesi, farklı tip cerrahi tekniklerde kendini iyi geliştirmiş olması ve uzun süre takipli geniş prospektif çalışmalar yapılması bu konuya daha fazla ışık tutacaktır.

Kaynaklar

1. Fecal incontinence. National Digestive Diseases Information Clearinghouse Web site. July 2007. Available at: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/fecalincontinence/index.htm>. Accessed February 11, 2009.
2. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKeon K, Schleck CD, et al. Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women. *Gastroenterology* 2005;129:42-9.
3. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-80.
4. Eva UF, Gun W, Preben K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:280-6.
- 5- Novi JM, Mulvihill BHK, Morgan MA. Combined Anal Sphincteroplasty and Perineal Reconstruction for Fecal Incontinence in Women. *JAOA* 2009;109:4:234-6.
6. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, Parker SC, Buie WD, Baxter NN. Long-term results of anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:727-31.
7. Halverson AL, Hull TL. Long-term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 2002;45:345-8.
8. Jackson SL, Hull TL. Fecal incontinence in women. *Obstet Gynecol Surg* 1998;53:741-7.
9. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996;91:33-6.
10. Tan JJ, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:1950-67.
11. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
12. Jackson SL, Hull TL. Fecal incontinence in women. *Obstet Gynecol Surg* 1998;53:741-7.
13. Susan Galandiuk, Leslie A. Roth, Quincy J. Grene. Anal incontinence sphincter ani repair: indications, techniques, outcome. *Langenbecks Arch Surg* 2009;394:425-33.
14. Rudolph W, Galandiuk S. A practical guide to the diagnosis and management of fecal incontinence. *Mayo Clin Proc* 2002;77:271-5.
15. Ctercteko GC, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, Weakley FL, Melia M. Anal sphincter repair: a report of 60 cases and review of the literature. *Aust NZJ Surg* 1998;58:703-10.
16. Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JP. Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five year follow-up functional results. *Int J Colorectal Dis* 1994; 9:110-3.
17. Barisic GI, Krivokapic ZV, Markovic VA, Popovic MA. Outcome of overlapping anal sphincter repair after 3 months and after a mean of 80 months. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:52-6.
18. Tjandra JJ, Dykes SL, Kumar RR, Ellis CN, Gregorcyc SG, Hyman NH et al. Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon. Practice parameters for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1497-507.