



Original study

**The cutting seton technique with the tractus medialisation in
the long tractus anal fistula (New technical description).**

**UZUN TRAKTLI ANAL FİSTÜLLERDE FİSTÜL TRAKTI
MEDİALİZASYONU İLE BİRLİKTE KESİCİ SETON TEKNİĞİ
(YENİ TEKNİK TANIMLAMA).**

Arif Hakan Demirel

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yenimahalle EA Hastanesi, Ankara/Turkey

Corresponding address: Dr. Ahmet Hakan Demirel, ahakandemirel@hotmail.com

J Surg Arts (Cer San D), 2016(2):57-60.

ABSTRACT

The technical description and results of the new cutting seton therapy which is converting the long anal fistula tract into low transsfinkteric tract is presented.

In this study, a new treatment method and long-term results are described. We applied this treatment on the long tract transsfinkteric fistula whose external openings were above 5 cm from the anal canal. The opening points of long tract transsfinkteric fistulas in the anal canal were localized in 6 male patients with ages of 37- 60 years old. Then the dissection was progressed upto intersphincteric distance around of the external opening and the dissected lateral part of the fistula was excised. A seton was put into remaining medial tract and the lateral end of the seton was passed through the tunnel which was opened subcutaneously and then pulled into the anal canal. This technique is named as 'Fistula Tract Medialisation' that is the remaining fistula tract was converted to the low transsfinkteric tract with the seton. The skin incision was partly sutured from the medial portion and left open for drainage and seconder improving. The remaining tract and surrounding tissue were cut within 6-18 weeks by narrowing cutting seton in two weeks apart under local anesthesia.

A complication was not observed except a wound infection in a case and temporary minimal anal incontinence in 3 patients. The complete recovery was observed in all cases which had at least 28 months of follow-up period.

We express that the defined technique is an effective and safely applicable method in the long tract fistulas despite the limited number of included cases.

Key words: Anal fistula, cutting seton, medialisation, tract.

ÖZET

Uzun traktlı anal fistüllerde fistül traktının aşağı transsfinkterik trakta dönüştürülüp kesici setonla tedavisinin teknik anlatımı ve sonuçları bildirilmiştir.

Bu çalışmada anal kanaldan 5 cm.den daha uzakta fistül dış açılımı olan uzun traktüslü transsfinkterik fistüllerde uygulanan yeni bir tedavi metodunun tanıtımı ve uzun dönem sonuçları bildirilmektedir. Yaşları 37-60 arasında 6 erkek hastada saptanan uzun traktlı fistüllerin anal kanal içindeki açılma noktaları belirlendikten sonra dış açılma deliği çevresinden yapılan diseksiyonla intersfinkterik mesafeye kadar ilerlenmiş, fistülün diseke edilen lateral bölümü eksize edilmiştir. Mediyalde kalan rezidü traktüse seton yerleştirilip setonun lateral ucu subkutan olarak açılan bir tünelden geçirilip anal kanal içine çekilmiştir. 'Fistül Traktı Mediyalizasyonu' olarak isimlendirilen teknikte rezidü fistül traktı setonla birlikte aşağı transsfinkterik trakt haline dönüştürülmüştür. Cilt kesisi mediyalden kısmen sütüre edilip drenaj ve sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. Yerleştirilen seton kesici olup iki hafta aralıklı olarak lokal anestezi altında daraltılmak suretiyle rezidü trakt ve çevre dokular 6-18 hafta içinde kesilmiştir.

Bir olguda gelişen yara yeri enfeksiyonu ve 3 hastada gelişen geçici minimal anal inkontinans dışında bir komplikasyon gözlenmemiştir. En kısa takip süresi 28 ay olan vakaların tümünde tam iyileşme gözlenmiştir.

Uygulanan vaka sayısının azlığına rağmen tanımlanan tekniğin uzun traktlı fistüllerde güvenle uygulanabilir ve etkili bir metod olduğu görüşünü ifade ediyoruz.

Anahtar kelimeler: Anal fistül, kesici seton, medializasyon, trakt.

GİRİŞ

İnsanlık tarihinde bilinen en eski hastalıklardan biri olmakla beraber tedavisinde günümüzde henüz tam olarak etkin ve başarılı bir metodun tanımlanmadığı anal fistüller rektum veya anal kanalla iştiraki olan kronik iltihabi granülasyon yolları olarak tanımlanmaktadır. Anal kanaldan uzak açılımları olan, uzun traktüslü fistüllerin tedavisi güçlük arz etmektedir. Anal kanaldan 5 cm. ve daha uzak mesafeli açılımı olan transsfinkterik veya suprasifinkterik özellikli anal fistüllerde yeni bir tedavi metodu tanımlanmıştır. Burada uzun fistül traktının anal sfinkter dışında kalan lateral bölümünün eksize edilmesi, rezidü medial bölümün kesici seton yerleştirildikten sonra anal verge istikametine çekilip aşağı transsfinkterik fistüle dönüştürülmesi tekniği ve sonuçları bildirilmiştir.

MATERYAL ve METOD

Anal kanaldan 5 cm ve daha uzak mesafede fistül dış açılımı olan (uzun traktüslü) transsfinkterik fistüllerde uyguladığımız bir tedavi metodunun tanıtımı ve uzun dönem sonuçları bildirilmektedir. Ameliyat sabahı yapılan lavmanla rektum içeriği boşaltılır. Spinal veya epidural anestezi altında litotomi pozisyonunda hazırlanan hastaların ameliyat bölgesinin antiseptik Octenidin solusyonu ile yıkanıp steril örtünmesi sağlanır. Rektal tuşeden sonra anal spekulüm ile anal kanal ve rektum distali muayene edilir. Fistül dış açılım yerinden verilen 2-3 ml metilen mavisi ile fistül traktı boyanır ve iç açılma deliği görülmeye çalışılır. Ancak genelde spekulümün yaptığı basınç nedeni ile iç delik tam boyanmayabilir. Bu durumda anal kanal içine ince bir gazlı bez konulup dış delikten verilen metilen mavisinin iç delikten hangi kadrandan geldiği gözlenir. Good-Sall kuralı her zaman geçerli olmayabilir. Boyanmanın ardından yağlı bir krem sürülmüş stile ile fistül traktüsünün seyri ve anal kanal içindeki açılma noktası belirlenmeye çalışılır. Bu safha çok önemli olup aşırı kuvvet uygulanması halinde psödotrakt açılmış olur, bu durum ameliyatın başarısız olması ile sonuçlanabilir. Fibrozis dolayısıyla traktın medial kısmı kapanmışsa stileye kuvvet uygulanmayıp bu aşama atlanabilir.

Fistül dış açılma noktası çevresinden elektrokoter yardımıyla yapılan çevresel diseksiyonla trakt boyunca metilen mavisi boyalı doku rehberliğinde ilerlenerek eksternal sfinkter kası seviyesine ulaşılır (Resim 1,2). Bu aşamada diseksiyona son verilerek fistülün lateral bölümü eksize edilir. Fistülün kalan medial bölümüne elastik yapıda bir seton yerleştirilir. Yerleştirilen setonun lateral ucu subkutan olarak mosquito klemp yardımı ile açılan bir tünelden geçirilip anal verge'ye çekilir (Resim 3). Bu teknik uygula-

ma ile medialdeki rezidü fistül traktı setonla birlikte aşağı transsfinkterik trakt haline dönüştürülmüş olur (Resim 4). Bu safhada unutulmaması gereken bir konu fistül nükslerinin önemli bir sebebi olan asenden kör traktların gözden kaçabileceği gerçeğidir. Diseksiyonun sonlanma noktası olan anal sfinkter seviyesi genelde bu asenden uzanımların başlangıç noktası olup dikkatli bir muayene ile ortaya konabilir. Klinikimizde bu traktlar diseke edilip çıkarılmakta veya derin olanlarda AgNo3 kristalinin topikal uygulanması ve küretajı metodu uygulanmaktadır. Ameliyatın son safhasında diseksiyon yapılan cilt-ciltaltı kesisi medialine konan 3-4 sütür ile kısmen daraltılıp kalan kısmı sekonder iyileşmeye bırakılır (Resim 5). Yerleştirilen elastik seton kesici olup 2 hafta aralıklı olarak uygulanan seanslarda lokal anestezi altında 1 cm kadar çekilip ipek düğüm ile daraltılmak suretiyle rezidü medial trakt ve çevre dokular iskemi oluşturularak kesilmiş ve setonun vücuttan ayrılması sağlanmış olur.



Resim 1: Stile ile traktın belirlenip diseksiyonun başlatılması.



Resim 2: Fistül traktının lateral bölümünün diseksiyonu ve eksizeyonu.



Resim 3: Fistül traktının kalıntı medial bölüme seton yerleştirilmesi.



Resim 4: Seton dış ucunun açılan ciltaltı tünelden geçirilip mediyale çekilmesi.



Resim 5: Trakt medializasyonu sonrası yaranın kısmen kapatılması.

SONUÇLAR

Çalışma kapsamındaki uzun traktüslü 6 transsifinkterik fistül olgusunda yaş aralığı 37-64 idi. Hastalardaki semptomların süresi 6-12 ay aralığında idi. Hastaların tümünde başlangıçta gelişen perianal apse ve drenaj hikayeleri söz konusu idi. Fistüllerin açılma noktaları bir hastada saat 5, bir hastada saat 9, bir hastada saat 10 ve üç hastada saat 3 hizasında idi. Saptanan fistül dış açılım delikleri anal kanala 6-15 cm. mesafede idi. Bu teknikte uzun fistül traktının lateral bölümü eksize edilmekte, mediyaldeki rezidü fistül traktı setonla birlikte aşağı transsifinkterik trakt haline dönüştürülmektedir. İki hastada 4 ve 9 cm

boylarında asenden kör traktların varlığı saptanarak bu traktlar AgNO₃ kristalinin topikal uygulanmasıyla kimyadal debridman ve küretaj ile tedavi edildiler. Cilt kesisi anal kanala yakın kenardan kısmen daraltılıp sekonder iyileşmeye bırakılmaktadır.

Hastalara postoperatif dönemde 3 hafta süre ile antibiyotik olarak 2x500 mg. cefuroksim & 2x500 mg. metronidazol oral olarak uygulanmaktadır. Hastalar postoperatif birinci gün taburcu edildiler. Analjezikler postoperatif dönemde bir haftadan sonra kesilip seton daraltma işlemleri sonrasında 48 saat süre ile kullanmaları tavsiye edildi. Hastalara Betadinli ılık oturma banyosu ilk üç hafta süre ile günde 2 defa daha sonra yara kapanana kadar haftada 1 defa tavsiye edildi. Hastalarımızda setonların düşme süresi 6-18 hafta, yaraların tamamen kapanma süreleri 5-8 hafta aralığında idi. Hastaların birinde oluşan ve kontrol altına alınan yara yeri enfeksiyonu ve 3 hastada postoperatif 6. ayda tamamen iyileşen minimal gaz inkontinansı dışında bir komplikasyon gözlenmemiştir. En kısa takip süresi 28 ay olan vakaların tümünde fistülde tam iyileşme gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Burada uyguladığımız teknik cilt açılımı anal kanaldan 5 cm ve daha uzakta olan uzun traktlı transsifinkterik fistüllerde fistül traktının lateral bölümünün eksizeyonu ve anal kanal tarafında kalan mediyal rezidü traktın yönünün değiştirilmesi işlemidir. Bu yeni teknik tanımlama yüzyıllardır bilinen ve uygulanan anal fistül cerrahisinin klasik tedavi şekillerinden biri olan seton tekniğinde yapılan bir modifikasyondur. Bu teknik burada sonuçları verilen transsifinkterik fistüller yanısıra suprasifinkterik fistüllerdede uygulanabilir niteliktedir.

Anal fistülün dış açılma deliğinin etrafından mümkün olan en küçük füziform kesi ile yapılan çevresel diseksiyonla direkt görüş altında anal sifinktere kadar ilerletilmekte ve bu aşamada saptanabilecek asenden kör traktlar da gözlenmektedir. Gözden kaçabilecek olan asenden kör traktlar anal fistül cerrahisinde önemli bir nüks sebebi olarak tanımlanmıştır (1). Anal sifinktere kadar diseke edilen fistül lateral bölümü çıkartılmakta, kalıntı mediyal trakt, içine yerleştirilen seton yardımıyla anal verge istikametine çekilmektedir.

Fistül Traktı Mediyalizasyonu tekniğinin yararları: 1-Uzun traktlı fistül aşağı transsifinkterik fistüle dönüştürülmektedir, 2-Seton daraltma işlemleri çok derin olan yara içinden değil göz önünde olan anal verge hattından yapılmaktadır, 3-Kısmen açık olarak bırakılan yara ile etkin bir drenaj sağlanmaktadır, 4-Kesici seton tedavisi devam ederken yara lateralde sekonder iyileşme ile kapanmaktadır, 5-Sifinkterin uzun sürede ve tedrici kesilmesi ile inkontinans minimize edilmektedir.

İskemiye uğrayan sifinkter adalesinin zamanla kesilmesi ile birlikte fistül traktının fibrozisi ve doku rejenerasyonu tekniği veya 'kesici seton' tekniği yaygın olarak kullanılmaktadır. Kliniğimizde supras-

finkterik ve yüksek transsifinkterik fistül tiplerinde kesici seton tekniğini tercih etmekteyiz. Bu teknikte nüks oranları %0-18 arasında bildirilmektedir (2). Pearl' in çalışmasında yüksek seviyeli fistüllerde uygulanan setonlu kesici fistülotominin emin ve efektif bir metod olduğu bildirilmektedir (3).

Anorektal fistüllerde setonla aşamalı fistülotomi olarak tanımlanan bir başka teknikte sifinkterin iki seansta kesilmesi söz konusu olup yüksek oranda anal inkontinans komplikasyonu gelişmesi sebebiyle tavsiye edilmemektedir (4). Uyguladığımız 'Fistül Traktı Mediyalizasyonu' tekniğinde ise mediyalize edilip aşağı transsifinkterik hale dönüştürülen kalıntı fistül traktına seton yerleştirilmekte, seton daraltma işlemleri arasında en az 2 hafta süre bırakılmakta ve setonun 1 cm. den daha fazla çekilmemesi gibi teknik ayrıntılara dikkat edildiği takdirde sifinkter rejenerasyonuna zaman tanınmaktadır. Bu yöntemle kalıcı anal inkontinans gelişimi minimal olmakta veya bu çalışmada olduğu gibi geçici minimal düzeyde inkontinans olup postoperatif 6. ay muayenesinde tam iyileşme ile sonuçlanmaktadır.

Fistül trakt anatomisinin tam olarak belirlenip tedavi edilememesi durumunda anal fistüllerde nüks kaçınılmazdır. Bu durum özellikle ameliyat sırasında fistül yolu ile iştiraki olan asenden komponentlerin ortaya konamaması veya bunların tedavide ihmal edilmesi ile ilgilidir. Asenden komponentlerin fistül diseksiyonu sırasında anal sifinkter hizasında direkt görsel olarak veya bir prob yardımı ile saptanıp eksize edilmeleri gerekmektedir. Yüksek konumları ya da yoğun fibrozis sebebi ile çıkarılamıyorlarsa daha önce tanımlanmış noninvaziv bir metotla kimyasal olarak debride edilip küretaj uygulanması nüksleri en aza

indirecektir (1). Geliştirilen bu teknik transsifinkterik fistüllerde olduğu gibi suprasifinkterik fistüllerde de uygulanabilir nitelikte olup ancak bu tip fistüllerde tedavi sürecinin bir miktar uzaması söz konusu olabilir.

Uzun traktlı transsifinkterik fistüllerin cerrahi tedavisinde 'Fistül Traktı Mediyalizasyonu' olarak isimlendirilen modifiye kesici seton ameliyatının teknik tanımlaması ve uzun dönem sonuçları verilmektedir. Lateral kısmın eksizyonu & mediyal kısmın aşağı transsifinkterik fistül haline dönüştürülmesi olarak ifade edilen bu yeni tekniğin uzun traktlı anal fistüllerde nispeten uzun tedavi süresine rağmen güvenle uygulanabilir ve etkili bir metod olduğu görüşünü ifade ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Demirel AH, Köklü S. Silver nitrate cauterization for anal fistulas with high blind tract. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol* 2013;3:49-53.
2. Goldberg SM, Garcia-Aguilar J. The cutting seton. In: Phillips RKS, Lunniss PJ, (Eds.), *Anal Fistula: Surgical evaluation and management*. 2nd Ed., Chapman&Hall, London 1996, p:95-102.
3. Pearl RK, Andrews JR, Orsoy CP, Weisman RI, Prasad ML, Nelson RL, Cintron JR, Abcarian H. Role of the seton in the management of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1993;36:573-9.
4. Van Tets WF, Kuijpers JH. Seton treatment of perianal fistula with high anal or rectal opening. *Br J Surg* 1995;82:895-97.