

FİSTÜL ANAL VE CERRAHİ TEDAVİ DEĞERİ

Dr. Yalçın Aker *

Dr. Ferruh Uzer **

GİRİŞ

Fistül anal, anal bölge cerrahi hastalıklarından önemli bir tanesidir. Anüs fonksiyonlarının en ufak bir aksamasında ve burada normal dışı hissedilen bir olayda hasta üzerinde diğer bazı bölge hastalıklarına nazaran dikkat daha fazla uyanmaktadır. Doktora başvurmada daha erken olmaktadır. İleri yaşama seviyesine sahip ülkelerde kadın erkek oranı birbirine yaklaştığı, hiç olmazsa arada bir uçurumun olmadığı görüldüğü halde kendi klinik istatistiklerimizden de görüleceği gibi kadın erkek oranında büyük bir fark göze çarpmaktadır. Bu önemli bölgenin bu önemli hastalığının tam bilinmesi cerrahlar tarafından ve tabiiki hastalar tarafından da yüz güldürücü olacaktır.

MATERYEL — METOD VE BULGULAR

1961-1970 yılları arası A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Kliniğinde Fistül anal nedeni ile ameliyat edilmiş hastaların dosyalarının tetkiki sonucu olarak şu bulguları elde ettik.

Yıllara göre başvuran hastalara bakılacak olursa Çizelge 1. deki durum görülür.

Başvuran hastalarda yaş durumuna bakılacak olursa Çizelge 2. deki durum görülür.

Fistül anal etiolojisinde literatürde geçen birçok faktör mevcuttur. Hastalarımızın hikayesinde çoğunda apse geçirdiği ifadesi alındı. Bu arada Ülseratif Kolit'e rastlanmadı, 1 vakada Tüberküloz bulundu.

10 yıllık 208 vakanın tamamına kliniğimizde fistülün total eksizyonu şeklinde ameliyat tipi uygulanmıştır. Bunun yanısıra yandaş hastalıklarında gider-

* A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Kliniği Asistanı

** A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Cerrahi Kliniği Profesörü

ÇİZELGE: 1

Yıl	Erkek	Kadın	Toplam
1961	27	2	29
1962	18	0	18
1963	18	4	22
1964	21	4	25
1965	18	2	20
1966	23	3	26
1967	15	3	18
1968	17	0	17
1969	16	1	17
1970	13	3	16
Genel Toplam	186	22	208

ÇİZELGE: 2

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
0 — 15	1	1	2
16 — 25	18	4	22
26 — 35	79	6	85
36 — 45	51	5	56
46 — 65	37	6	43

mek amacıyla Hemorroidektomi, Fissürektomi, Papil eksizyonu, gibi cerrahi girişimlerde uygulanmıştır. Yandaş hastalık olarak ençok Hemorroid göze çarpmaktadır. Sonra çok azda olsa Sinüs Plonidal, Fissür Anal, Anal Papillom, gibi hastalıklar görülmektedir. Yandaş hastalık ve yapılan ameliyatları Çizelge 3 ve 4 de görmekteyiz.

ÇİZELGE: 3

Yandaş Hst.	Sayı	%
Hemorroid	29	% 13.9
Sinüs Plonid	2	0.96
Fissür Anal	2	0.96
Anal Papillom	1	0.48
Apse	1	0.48
Akut App.	1	0.48
Fıtık	1	0.48

Bu 10 yılda kliniğimize gelen 208 hastanın 173 tanesi primer fistül, 35 tanesi nüks etmiş fistüldü. Yani % 83,28 vaka ilk kez, % 16,72 vaka nüks nedeni ile başvurmuştu. Kliniğimizde yapılan fistül anal ameliyatları sonu nüks görmedik. Hastalarımızda kayda değer bir komplikasyon bulunmamaktadır. Kalış süresi olarak ençok kalan hasta 92 gün ve enaz kalan hasta 3 gün hastanede kalmışlardır. Ortalama hastanede kalış süresi 14,5 gündür. Vakaların hastanede kalış süreleri Çizelge 5. te gösterildiği gibidir.

Ameliyat sırası yapılan boyalı tetkikte (Blue de methylen) 144 hastada iç ve dış delikler bir tane idi. 42 hastada ise birden fazla iç ve dış delik bulunmaktadı. İç ve dış delik bulunuş durumu Çizelge 6 da gösterilmektedir.

ÇİZELGE : 4

Yıl	Yandaş Hst.	Yapılan Ameliyat
1961	2 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Fissür.	Fissürektomi
	1 Apse	Drenaj
1962	5 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Fıtık	Fıtık onarımı
1963	2 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Akut App.	Apendektomi
1964	2 Hem.	Hemorroidektomi
1965	3 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Fissür.	Fissürektomi
1966	6 Hem.	Hemorroidektomi
1967	2 Hem.	Hemorroidektomi
1968	2 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Papillom	Papil Eksizyonu
1969	1 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Sinüs Pilon.	Sinüs Eksizyonu
1970	4 Hem.	Hemorroidektomi
	1 Sinüs Pilon.	Sinüs Eksizyonu

ÇİZELGE: 5

Kalış süresi	Hasta sayısı
3 — 10 gün	75
11 — 20 gün	76
21 — 30 gün	42
31 — 40 gün	7
41 — 50 gün	3
51 — 60 gün	3
61 — 75 gün	2

ÇİZELGE: 6

Cins	Hasta sayısı	Dış delik	İç delik
Erkek	186	204	174
Kadın	22	39	24

TARTIŞMA VE SONUÇ

Konunun tartışmasını yapmadan önce fistül anal için uygulanan tedavi tiplerine bir göz atmak gerekmektedir.

1) Enjeksiyon Tedavisi:

Anal fistüllü hastaların bir kısmında spontan olarak iyileşmelerin görülmesi bu tür tedaviyi ortaya atmış, hem doktor olmayanlar tarafından ve hemde isim yapmış birçok cerrahlar tarafından

bu tedavi şekli çeşitli yaşta hastalara uygulanmıştır. Bu tedavinin esası fistül yoluna tabii iyileşmeyi stimüle edecek bir ilaç vermekten ibarettir. Lockhart ve Mummery 1934 de bu metodu uygulamışlar ve % 3-4 lük Gümüş Nitrat solüsyonunu, stile ve sond kanülle muayene edilip yolu bulunan fistüle dış ağızdan enjeksiyonla vermişler ve böyle birçok vakayı geçen yüzyılın sonunda tedavi etmişlerdir. (1).

Diğer bir solüsyon 1910 da Pennington tarafından kullanılmıştır. (1). Bu solüsyon 1 kısım Bizmut subnitrat, 2 kısım steril yumuşak parafin karışımıdır. Buna Bizmut macunu adı verilmektedir. Daha sonra bu tedavi şekli 1940 da Bland tarafından uygulanmış ve Quinine ile Urethan solüsyonları kullanılmıştır. Bazı vakalarda Gümüş Nitrat solüsyonu dokuyu zedelemekte ve iyileşmeyi engellemektedir. Golliger hiçbir vakada böyle solüsyonları kullanmadığını ve bunların kullanılması ile inoperabl vakaların ortaya çıktığını söylemektedir. (1). Ayrıca yazar bu metodla İngilterede yüzü gül-müş bir cerrah bulunmadığına da işaret etmektedir.

2) Cerrahi Tedavi:

Fistül anal tedavisinde tek tedavi yolunun cerrahi tedavi olduğunu kabul etmek gerekir. Fistül anal için yapılan ameliyatlar hayli geçerli ve isim yapmış ameliyatlardır. Fistül nüksü ve anal enkontinans sık görülmeyip bu şanssızlıklara seyrek rastlanmaktadır. Bu faktöre çok önem vermek ve cerrahi olarak yapılacak tedavide dikkatli olup cüretkar olmamak, anal bölge anatomisini iyi bilmek gerekmektedir. Cerrahi tedavide birkaç teknik kullanılmaktadır. Bunlardan alınan sonuçlar cerrahın hüneri ilede değişmektedir. Bilhassa bu etken kendini yüksek anal ve anorektal fistüllerde göstermektedir.

Teknikler:

A) Fistülü açmak ve granülasyon dokusu tarafından iyileşmesini temin etmek:

Klasik bir metoddur. Fistül, yolu boyunca açılıp granülasyon dokusu tarafından istila edilip iyileşmesi esasına dayanmaktadır. Bu cerrahi teknik bilinenlerin en eskisidir. 14. yüzyılda bunu yapan bir cerrahın resmine kitaplarda rastlamak mümkündür. İşaretlenen

fistül yolunun kesilmesinden başka, ipek bir siğim fistül yolundan geçirilip, sıkıştırılmış ve nekroz meydana gelip bunun tamiri yoluyla tedavi gerçekleştirilmiştir. Bu 1779 da Pelvical Pett tarafından uygulanmıştır. 1835 de St. Marck Hosbital de -T- şeklinde bir kesi denenmiş, fistül diseksiyonla açığa çıkarılmıştır. Fazla deri flebi kesilip atılmıştır. (1).

Bu arada sfinkterin ameliyattaki durumu ve gaz gaita tutmanın korunması durumuna bir nebze değinmek isteriz. (2-4). Fistül anal vakalarının çoğunda fistül, anal sfinkter adelelerine transvers yönde açılmaktadır. Genellikle kasları bölmektedir. Bugünkü müna-kaşaların büyük bir kısmı anal sfinkter adelelerinin ne kadar bir kısmı kesilirse enkontinans meydana gelir sorusu etrafındadır. Goodsall-Miles ve Allingham (1) internal sfinkterin bu konuda önemli olduğuna inanmış ve eksternal sfinkterin gereğinde tamamı-da kesilse kontinansın devam edeceğini söylemişlerdir. Tuttle, Lockhart ve Mummery de buna inanmaktadırlar. (1) Daha sonları modern denemelerin gösterdiğine göre fissürlerde yapılan internal sfinkterotomi doğruve esaslı bir davranış olarak kabul edilmiştir. (6). Bu ters gibi gözüken uygulama daha sonra fissürlerde de uygulanmış ve şaşılaacak derecede iyi sonuçlar alınmıştır. (6). Bu sonuçlara göre her iki sfinkterdede adelelerin bir kısmının kesilmesinde anal kontinans yönünden hiçbir sakınca bulunmamaktadır. Fakat bu hal 50 yıl önce takdir edilmeyip anüs ve rektum cerrahisinde standart bazı teknikler uygulanmıştır. Bu bölgede 3 adele birbiri ile yakın ilgi göstermektedir. Eksternal sfinkter dış, aşağıda olup bunun üzerinde internal sfinkter bulunur. İkisi arasındada Levator ani adelesi uzanmaktadır. (2) Transvers yönde seyreden bir fistül eksternal sfinkter üstünde internal sfinkter altında ise sanki operasyonla eksternal sfinkter kesilmiş gibi farzedilebilir. Bunu sadece fistülün kendisi yapmıştır. Internal sfinkter bu durumda korunmuştur. Fistül yerine ve içinden geçtiği anatomik oluşumlara göre çeşitli sfinkter adelesi kesimleri bulunmaktadır. Sfinkteri transvers yönde bölen bir fistülde fistül yolundan bir ipe kgeçirilip, sıkma yoluyla 5-6 günde granülasyon dokusunu stimüle etmek sureti ile yapılan tedavi tipinide burada belirtmek gerekmektedir. Bunun taraftarları ve karşısında olanları çoktur. Karşısında olanlara göre: Bir zaman sonra adelelerin fibrozis sonu fikse olacakları ve kesilip ayrılacakları kabul edilmekte ve inkontinansın olacağı söylenmektedir. (1).

Yukarıda anlatılan ameliyat tekniğinin tatbik edildiği vakalarda, aşağı anal fistül ise 4-5 haftada, yukarı anal fistül ise 12-16 haftada iyileşme meydana gelmektedir. Buna hastanın hastane ve evdeki bakımında etki etmektedir. Yukarı anal fistülde, hastanın hastanede uzun süre kalmasında fayda çoktur. Literatürde bu teknikle yapılan vaka sonuçları şöyledir: (Bennet'in 119 vakalık çalışmasından alınmıştır (1).

a) Bu yolun denendiği seride % 62 si aşağı, % 25 i yukarı anal fistül geri kalanları ise diğer tipleri içine almaktadır. % 63 vakada iç açılma deliği bulunmuş, % 28 inde bulunmamış, % 9 unda böyle bir tesbit yapılmamıştır.

b) Ameliyat edilen vakalarda fistül şekli ve postoperatif hastanın işinin nekahat süresi üzerine etkisi olmaktadır. Ortalama bir sonuç vermek gerekirse aşağı anal fistülde 5 hafta, yukarı anal atnalı fistülde 14 haftada iyileşme olmaktadır.

c) Eksik şifa ve nüks gelince: Bu vaka serisinde 8 hastada eksik şifa ve nüks görülmüştür. 6 tanesinde hastanede kaldıkları süre içerisinde ve çıkarıldıktan sonra süpürasyon görülmüştür. 2 tanesinde ise nüks olmuş ve ikinci bir ameliyat gerekmiştir.

d) Fonksiyonel sonuç olarak, akla gelen gaz ve gaita tutma durumudur. % 12 hastada arasıra feçes tutma bozukluğu bulunmuş, % 16 hastada yine arasıra gaz kontrol bozukluğu görülmüş, % 24 hastada sık olarak kilotların kirlendiği görülmüştür. % 36 hastada bunlardan bir veya ikisi bir arada (arasıra) görülmüştür. Bu görülen bozukluklar aşağı anal fistülden yukarı anal ve atnalı fistüle gittikçe artmaktadır. Atnalı fistüllerde bu defektlerin sıklığı % 55 i bulmaktadır.

B) Fistül yolunun açılıp deri grefti uygulanması:

Bu metodda klasik olarak açılan fistül üzerine bir yerden alınan otogreft tatbik edilir. Uygulamadan önce bölgenin steril hale getirilmesi şarttır. Önemli bir hususta postoperatif rejimdir. Birkaç gün hastanın ağızdan beslenmemesi gerekir. Genellikle 5 gün sonra greftin tuttuğu görülür. (5). Hughes 1963 te fistül vakalarından % 80 ini böyle tedavi etmiş ve yayınlamıştır.

C) Fistül üstü ve yolunun açılması ve primer sütür tatbiki:

1856 ve 1879 da ve daha sonra 1903 te Tuttle ve Start tarafından tekrar uygulanmıştır. Aynı bir önceki gibi kolon sterilizasyonu gerekir. (3). İlk girişimde fistül yolu açılıp, daha sonra primer sütür uygulanır. Anal kanala açılan kısımda mukoza Kromik katğıt ve deride ipek Mattress dikişı kullanılmaktadır. Postoperatif 5-6 günde 1-2 dozda Cascara veya Parafin Liquide verilip, sistemik olarak Penicilline ve Streptomycine kullanılır. İpek deri dikişleri 7. gün alınır. Start'ın serisi yüz güldürücü olduğu halde, Golliger in serisinde sonuçlar pek okadar iyi değildir. Bu otörün aşağı anal ve subkutaneal 20 vakasında 12 vakada iyi sonuç alınmış, 8 tanesi ise süpüre olup tekrar onarılma zorunluluğunda kalınmıştır (1).

D) Anal glandüler enfeksiyon sonucu olan fistül anal vakalarında konservatif cerrahi tedavi tipi:

Çalışmalara göre, anorektal apse ve fistüller çoklukla anal kript ve glandlardan başlayıp, yine buralarda devam etmektedir. Eishenhammer ve Parks yaptıkları fistül ameliyatlarında bunlar üzerinde çalışmış, ve bu teorilerini ortaya atmışlardır. Buna göre intersfinkterik apseler anal gland enfeksiyonlarının sonucu olarak meydana gelmektedir. Bu apseler fistüllere sebep olmaktadır. Buna göre cerrahi tedavileri anal kanaldan apsenin açılması ve internal sfinkterotomiye dayanmaktadır. Bundan sonrada periferdeki fistul yolu açılacaktır. Ameliyatı yapanlar en son olarak yarayı sütüre etmekte ve anal kanal içinden drenajı temin etmektedirler. Daha sonra bu teknik otörlere göre değişmiş ve fistül vakasına göre uygulama daraltılmıştır. (4). Burada teknik esas glanduler epitelin eksizyonu ve intersfinkterik apsenin anal kanala drenajıdır. Bunu takiben periferik fistül yolunun açılıp küratajı gerekmektedir.

Biz araştırmamız sonucu olarak 10 yıl içinde 208 anal fistüllü hastanın kliniğimize yatırıldığını tesbit ettik. Bunlardan 186 tanesi erkek, 22 tanesi kadındır. Yani vakaların % 89,42 si erkek, % 10,57 si kadındır. İleri yaşama seviyesine sahip ülkelerde kadın ve erkek oranında pek fark görülmediği halde memleketimizdeki bu farka dikkat etmek gerekir. Bu fark memleketimiz kadınlarında fistülün az görülmesinden değil, kadınlarımızın yanlış bir terbiye anlayışı ile doktordan kaçışlarındandır.

Bütün vakalarımızın tamamında yandaş hastalık olarak 29 adet Hemorroid, bulunmuştur. Oran % 13,90 dır. Anal bölge hastalıklarından Hemorroidin diğerlerine nazaran fazla oluşu bir bakıma fistül anal ile bir ilişkisinin oluşuna bağlı değil, Hemorroid vakalarının fazla oluşuna bağlıdır. Yandaş hastalık olarak Fissür anal ve Sinüs Plonidal (% 0,96), Anal Papillom (% 0,48) vakaları çok az bulunmaktadır. Literatürde yaş olarak bir özelliğe rastlanmamıştır. Fistül anal her yaşta görülme şansına sahiptir. (7). Biz de yaş yönünden bir özellik görmedik. Ençok 26-35 yaş arası vakaları tesbit ettik. Ençok 26-35 yaş arası vakaları tesbit ettik. Diğer yaş grupları arasında başvuran hastalarla bu grup arasında pek büyük bir fark görmedik.

Literatürde hastalık sebebi olarak en çok perianal apseler dikkati çekmektedir. Bundan başka Tüberküloz, Ülseratif Kolit, Crohn Hastalığı, özellikle Kolloid Karsinoma olmak üzere rektum ve anal kanal karsinomaları, Lenfogranüloma Venerum, Anorektal bölge Aktinomikozisi, önceden geçirilmiş rektal, obstetrik, jinekolojik operasyonlar bulunmaktadır. İyi anamnez verebilen hastalarda biz geçirilmiş perianal apse hikayesine rastladık. İyi drene edilmeyen veya kendi haline bırakılan perianal apseler mutlaka bir fistüle sebep olmaktadırlar. (7) Bölge apseleri çoklukla E. Coli ve Staphylococcus ajan patojenleri ile olmaktadır. Fistül anal için en büyük sebep perianal apserler olduğuna göre, bu apselerin mutlaka drene edilerek tedavisi yoluna gitmek gerektir. Yapılan drenajında yeterli olmasına, hemen ağzının kapanmamasına dikkat etmek gerekir. Bu nedenle perianal apseler üzerlerinden bir kapak kalkacak şekilde açılmalı ve içine dren konarak drenajı sağlanmalıdır. Böylece devamlı ve yeterli drenajı sağlanan apseler derinden yüzeye doğru granülasyon dokusu ile dolarak bir fistül meydana gelmesine sebep olmazlar.

Kliniğimizde perianal apse dışında etiyolojik bir faktöre rastlamadık. Sadece 1 vakada tüberküloz bulunmakta idi.

Dikkat edilmesi gereken bir diğer husus fistül ameliyatı sırasında iç ve dış deliklerin mutlaka tesbit edilmesi durumudur (6). Biz bunu Methylen mavisi ile yapmaktayız. Hem iç ve dış delikleri tesbit etmekte hem de fistülektomi sırası bu boyalı bölgeyi kılavuz

olarak kullanmaktayız. 208 vakamızda 243 dış delik 198 iç delik tesbit ettik. Vakalarımızın 42 tanesinde birden fazla iç ve dış delik bulunmakta idi. 144 vakamızda ise iç ve dış delikler bir tane idi. Fistülektomi ameliyatlarında iç deliğin bulunup çıkarılması ve anal bölümünde oluşan defektin tamiri şarttır. İç deliği bırakılan veya atnalı şekilde olup da ikinci kol ve iç deliği unutulmuş vakalar mutlaka nüks olarak karşımıza çıkacaklardır. Biz böyle bir karışma ile karşılaşmadık. Bu kullandığımız boyalı madde, stile ve sond kanülle dikkatli muayene ile olmaktadır.

Kendi 10 yıllık vaka istatistikimizde görüleceği üzere kliniğimizde fistülün total eksizyonu tipi cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Fistül anal cerrahi tedavisinde fistülotomi ve fistülektomi arasında tercih yönünden birçok otörlerin değişik yazıları vardır. Biz kliniğimizde fistülektomiyi tercih etmekteyiz. Bundan da aldığımız iyi sonuçlar tercihimizde haklı olduğumuzu göstermektedir.

Yaptığımız ameliyatlardan 24 - 48 saat sonra anüse konan vazelinli gaz veya gaz iodoforme çekilmektedir. Hastalar ikinci günden sonra % 0,2 lik Rivanol sıcak banyolarına başlarlar. Ameliyattan 1 hafta sonra defekt bölgesinin granülasyon dokusu ile dolmaya başladığı görülmektedir. Hastalarımızda postoperatif önemli bir şikâyetle rastlanılmamıştır. Kayda değer bir komplikasyon görülmemiştir. Çoklukla 11 - 20 gün arasında hastalarımız şifa ile taburcu olmaktadırlar. Ortalama hastanede kalış süresi 14,5 gündür. Ameliyet sonu barsak sterilizasyonu, özel diyet gibi özel uygulamalar yapılmamaktadır. Sadece ilk birkaç gün sulu gıda alması söylenmekte sonra diyet toleransı oranında açılmaktadır. Kronik konstipe hastalarda hastanede yatış süresince oral laksatif kullanılmaktadır (3).

Bu duruma göre fistülektominin ameliyat sonrası rahat ve yüzgüldürücü olduğu ve nükslerinde çok az oluşu bir gerçektir. Klinik istatistiklerimizde de bu durum doğrulanmış bulunmaktadır.

ÖZET

Fistül anal anal bölge cerrahi hastalıklarından önemli bir tanesidir. Bu nedenle 10 yıllık A. Ü. Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kliniği istatistiklerini taradık. Ayrıca literatürü de tarayıp sonuçları belirttik.

Sonuç olarak cerrahın bilmesi gereken temel sorunları da izaha çalışıp, ideal cerrahi girişim tipini sunmuş bulunuyoruz.

SUMMARY

Fistula in ano and value of the Surgical treatment

Fistul in ano is an important one of anal surgical disease. For this reason we investigated statistics of first surgical clinic of Faculty of Medicine University of Ankara in 10 years. Seperetely, we investigated literature and we reported results.

We explained base problem that the surgeon must know. Atlast we presented ideal surgical menagement.

LİTERATÜR

- 1 — GOLLIGER, J. C.: Surgery of anus, rectum and colon. e. ed. Great Britain by Robert Mac Lehosé and Co. Ltd. The University press, Glasgow. 1967, 201.
- 2 — ODAR, İ. V.: Anatomi ders kitabı, Cilt 2, Üçüncü baskı. Güzel İstanbul Matbaası 1961, 143.
- 3 — AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: Manuel of preoperative and postoperative yare W. B. Saunders Company, 1968, 346.
- 4 — EISHENHAMMER, S. A. A.: New approach to the anorectal fistulius abscesses based on the high intermuscular lesions. Surg. Gyn. Obs. 106: 595, 1968.
- 5 — GABRIEL, W. B.: Skin grafts for fistulae Proc. Roy. Med., 14 section of proctology 156.
- 6 — HOWARD, P. M.: Application of the Whitehead anoproctoplasty principle in the surgical treatment of chronic anal ulser. Amer. J. Surg. 114: 736-8, Nov. 67.
- 7 — WILSON, E.: The Unusual anal Fistulae. Dis. Colon, Rectum. 11: 348-55. Sep. - Oct. 1968.