



Araştırma

2022; 31(3): 362-368

**ANAL FİSSÜRÜN AMELİYATSIZ TEDAVİSİNDE ÜÇLÜ YAKLAŞIM: POSALI BESLENME-SICAK SU OTURMA
BANYOSU-ANAL MASAJ
TRIPLE APPROACH IN THE NON-OPERATIVE TREATMENT OF ANAL FISSURE: FIBER-RICH NUTRITION-HOT
WATER SITZ BATH-ANAL MASSAGE**

Serap PAMAK BULUT¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye SHMYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

ÖZ

Anal fissür genel cerrahi polikliniklerine proktolojik başvuruların önemli bir kesimini oluşturmaktadır. Yaygınlığına rağmen teşhis ve tedavi birçok bakımdan sorun olmaya devam etmektedir. Günümüzde klinik rehberlerin önerisi anal fissürlerde konservatif tedavilerin ilk seçenek olarak tercih edilmesidir. Bunların içinde sıcak su oturma banyosu, parmakla anal sfinkter masajı ve kabızlığın önlenmesi temel prensipler içinde sayılabilir. Bu çalışmada, bu üçlü uygulamanın topikal ilaçlarla birlikte uygulanmasının başarıyı artırıp artırmadığı sorusuna cevap aradık. Genel cerrahi polikliniğinde tedavi ve takipleri yapılan 134 anal fissür olgusunun verileri retrospektif olarak analiz edildi. Topikal ilaç uygulaması, diyet ile bağırsak alışkanlıklarının düzenlenmesi, sıcak su oturma banyosu ve parmakla anal masaj üçlüsü ile kombine edilerek konservatif tedavi edilen olguların tedaviye uyumları ve tedaviye cevapları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.08$). Düzenli olarak anal masaj ($p=0.038$) ve oturma banyosu ($p=0.001$) uygulayan hastalarda tedaviye yanıt anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Sonuç olarak oturma banyosuna ağırlık verilmesi ve hastaların anorektal sfinkterin gevşemesi konusunda bilgilendirilmesinin tedavide başarının anahtarı olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Anal fissür, konservatif tedavi, masaj, topikal

ABSTRACT

Anal fissure constitutes an important part of proctological applications to surgery out patient clinics. Despite its prevalence, diagnosis and treatment remains a challenge in many respects. Today, there commendation of clinical guidelines is to prefer conservative treatments as the first choice in anal fissures. Hot water sitz bath, anal sphincter massage with finger and prevention of constipation can be counted among the basic principles. In this study, we sought to answer the question of whether the application of this triple application together with topical ointments increase success or not. The data of 134 anal fissure cases treated and followed up in the general surgery out patient clinic were analyzed retrospectively. The relation ship between treatment compliance and response to treatment in cases treated conservatively with topical drug application, regulation of diet and bowel habits, hot water sitz bath and finger anal massage trio was not statistically significant ($p=0.08$). Response to treatment was found to be significantly higher in patients who regularly applied anal massage ($p=0.038$) and sitz bath ($p=0.001$). In conclusion, it can be said that emphasizing the sitz bath and informing the patients about the relaxing of the anorectal sphincter are the keys to success in the treatment.

Keywords: Anal fissure, conservative treatment, anal massage, topical

Makale Geliş Tarihi : 14.08.2021
Makale Kabul Tarihi: 30.04.2022

Corresponding Author: Dr. Öğr. Üyesi Serap PAMAK BULUT, MD, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye SHMYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul serap.pamakbulut@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1501-4144

GİRİŞ

Anal fissür toplumda yaygınlık bakımından anorektal bölge hastalıkları içinde önemli yer tutmaktadır. Hemoroid kadar yoğun kanama ve anemi nedeni olmasa da ağrı nedeniyle yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir. Özellikle kadınlarda ve doğumdan sonra sık görülmektedir. Çoğu kez muayene olmaktan kaçınma ve etkili tedaviden yoksun kalma gibi nedenlerle kronikleşmekte, kimi zaman da kronik zeminde akut ataklarla uzun süre hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. ABD’de yaşam boyu anal fissür riski %7.8 olarak bildirilmektedir (1). Özellikle beslenme ve dışkılama alışkanlıklarının anal fissür gelişmesinde rolü bulunmaktadır.

Kanlı dışkılama ve ağrı gibi anorektal yakınmalara sahip hastalar “hemoroid/basur” olduğu düşüncesiyle reçetesiz ilaçlar, kulaktan dolma uygulamalara yönelmekte, hekime başvurduklarında da pek çok kez hemoroid olduğu varsayılarak vazoprotektif oral ve topikal hemoroid merhemleri verilmekte, çoğu kez anal muayene dahi yapılmamaktadır. Altta yatabilecek malign ve enflamatuvar hastalıklar başta olmak üzere hemoroid, anal fissür, polip, soliter ülser, fistül vb olası hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Özellikle gebelik son trimester ve doğum sonrası ilk ay içinde hemoroid ve fissür başta olmak üzere anorektal hastalık insidansının belirgin biçimde arttığı bilinmektedir. Bir çalışmada gebelik boyunca kadınların %43.9’unda anorektal semptom geliştiği tespit edilmiştir (2). Bunların büyük çoğunluğu (%61) üçüncü trimesterde ortaya çıkmaktadır. %34 kadarı da doğumdan hemen sonra meydana gelmektedir. Aynı çalışmada gebelikte oluşan anorektal rahatsızlıkların %92.7’sinin hemoroidal hastalığa bağlı olduğu bulunmuştur.

Anal fissür (AF) etyopatogenezinde kabızlık ve zorlu dışkılamanın neden olduğu mukozal yaralanma kadar mukozal dolaşımın bozulması ve anorektal spazmın rolü de gösterilmiştir. Özellikle anüs duvarında posterior midline anorektal tonusun en yüksek dolaşımın ise en zayıf olduğunu gösteren bulgular yayınlanmıştır (3). Akut fissürlerde ilk aşamada hastaya ameliyatsız tedavi verilmesi klinik rehberlerin önerisidir (Kanit düzeyi 1B güçlü öneri). Kronik fissürlerde ise Nitratlar ve Kalsiyum kanal blokerleri birinci basamak tedavi olarak seçilmesi gereken tedavi olarak kabul edilmiştir (Kanit düzeyi 1A güçlü öneri) (4). Anal fissürün konservatif tedavisi topikal uygulanan pomadlar, ılık su oturma banyosu ve kabızlığın giderilmesi için verilen lif takviyesi ve laksatifleri kapsamaktadır. Bu tedavi şekilleri arasında özellikle anal masaj, sıcak su oturma banyosu ve posalı beslenmenin tedavi başarısına katkısını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şubat – Aralık 2020 arasında Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran anal fissür hastalarından tarafımızdan konservatif tedavi edilen 160 hastanın 13 aylık takip sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Bunlardan 16 tanesi takipten çıktığı için çalışma dışı bırakılırken 10 kişi verilerinin kullanılmasına onam vermediği için değerlendirme dışı bırakıldı. Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’nun 12.03.2021-9/19 sayılı kararıyla etik açıdan uygun bu-

lunmuştur.

Hastalar poliklinikte muayeneleri yapıp, tedavileri düzenlendikten sonra 3-4 hafta sonra kontrole çağrıldı. Pandemi nedeniyle kontrollerine gelemeyen hastalar telefon görüşmelerinde klinik cevap açısından değerlendirildi. Kronik, daha önce mükerrer tedavilere cevapsız, anorektal tonus artışı ve ağrısı fazla, konservatif tedaviyi tercih etmeyen hastalar cerrahi tedaviye yönlendirildi. Muayeneler sol lateral dekubit pozisyonunda gerçekleştirildi. İlk muayenede ağrı ve spazm çok fazla olduğunda muayene ve anoskopi için ısrarcı olunmadı. Kontrol muayenesine ertelendi. İnflamasyon ve malignite kuşkulu hastalar kolonoskopi için yönlendirildi.

Hastalara diyetlerinde yer vermeleri gereken posalı gıdaların listesi ve oturma banyosu ile anal masaj tarifini içeren yazılı bilgilendirme verildi. Talimatlar sözel olarak da açıklandı.

Sıcak su oturma banyosu elinin dayanabileceği kadar çok sıcak olmayan, ılık-sıcak şeklinde tarif edildi. Suyun içinde günde 2-3 kez 10-15 dk kadar oturması tembihlendi. Aşırı ağrı nedeniyle dışkılamaktan korkan hastalar için ikili banyo önerildi. Bir leğene sıcak su doldurup tuvaletini bunun içinde yapması, daha sonra başka bir temiz leğende sıcak su oturma banyosunu yapması önerildi. Böylece su içinde dışkının pasajını kolaylaştırıp ağrıyı azaltmak hedeflendi.

Anal masaj, sıcak su oturma banyosundan sonra işaret parmağıyla verilen merhemleri uygularken anüse dairesel hareketlerle masaj yapması ve parmağı bir boğum anüse girene dek buna devam etmesi şeklinde tarif edildi.

Topikal tedavide Hamamelis virginiana içeren krem ile Ruscogenin (Steroidal glikozid) ve Trimebutin (antimuskarinik, spazm çözücü) içeren krem tüm hastalara verildi (HRT). Anorektal lümen içeriğinin mikrobiyolojik açıdan zengin içeriği, iyileşmekte olan bir yara için handikap oluşturabileceğinden topikal antibiyotik eklendi. Vazelin bazlı Basitrasin ve Neomisin Sülfat içerikli pomad tercih edildi. Hastaların yarısına %2 Diltiazem HCl içeren krem verildi (HRTD). Gebe ya da laktasyonda olan hastalarda KKB (Kalsiyum kanal blokeri) tedaviye dahil edilmedi. Şiddetli ağrı tarifleyen hastalara Indometasin supposituar da önerildi (HRTD-1). Gebelerde Parasetamol içeren supposituar tercih edildi.

Tedaviye ortalama 3-4 hafta devam önerildi. İkinci haftadan sonra şikayeti olsun olmasın, kontrol muayenesi önerildi. Pandemi nedeniyle kontrole gelemeyecek olurlarsa yakınması olduğunda gelmesi tembihlendi.

Tedaviye tam cevap, cevapsızlık ve kısmi cevap olarak üç kategoride değerlendirme yapıldı. Ağrının azalma yüzdesi 90-100 olanlar tam cevap, 50-80 kısmi cevap, 50’nin altı cevapsızlık olarak kabul edildi.

Fissürün akut ya da kronik oluşu, hastalık süresi, yaş, gebelik varlığı, ilk semptomların doğum sonrası ortaya çıkması, fissür yerleşimi, eşlik eden kabızlık veya ishal varlığı, kullanılan ilaç kombinasyonları, diyet, sıcak su oturma banyosu ve anal masaj gibi ilaç dışı konservatif yöntemlerin tek başına yahut birlikte uygulanmış olmasının tedavi sonucuna etkisi araştırıldı.

İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizi SPSS 25 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Nitel değişkenler için frekans ve yüzde değer-

leri, nicel değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri sunulmuştur. İki kategorik değişken arasındaki karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile sınanmıştır. İki kategori içeren nitel değişken kategorileri arasında nicel değişkenler bakımından gerçekleştirilen karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden çok kategori içeren nitel değişken kategorileri arasında nicel değişkenler bakımından gerçekleştirilen karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Araştırmada tip I hata oranı 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların 125'i (%93.3) kadındı. Bildirilen hastalık sürelerinin ortanca değeri 18 ay (1-264) idi. Akut ya da kronik olduğuna dair değerlendirme fizik muayene bulgularına ve hastalık süresine göre yapıldı. Buna göre 80'i (%59.7) kronik, 48'i (%35.8) akut ve kalanı subakut

veya ilk muayenede tanımlanmayan gruptaydı. Yirmi bir olguda fissür ilk muayenede gözlemlenemedi. Tuşede olası fissür lokalizasyonunda ağrı, hassasiyet ve tonus artışı ile tanı klinik olarak kondu. Sekiz hasta (%6.4) başvuru sırasında gebeydi. 24 hasta (%19.2) laktasyonda idi. Hastaların %24.8'i doğum sonrası yakınmalarının başladığını ifade etti (Tablo I).

Vakaların %33.6'sı belirgin kanama tariflemiyordu. En sık rastlanan patern damlar şeklinde kanamaydı (%38.8). %94 ile ağrı ön plandaki şikayet olarak ortaya çıktı (Tablo II).

Fissürlerin yerleşimi ağırlıklı olarak (%38.1) posterior, %19.4 olguda ise anterior pozisyondaydı. %5.2 hem anterior hem posterior fissür varlığı ve %2.2 atipik yerleşim ile %3 multipl fissür saptandı. Hastaların kabaca yarısında (%47.8) kabızlık önde gelen yakınmalardan biriydi. Bununla birlikte %11.9'unda ishal baskın bir dışkılama düzeni söz konusuydu. Perianal kaşıntı olguların %14.2'sine eşlik ediyordu (Tablo II).

Tablo I. Tanımlayıcı veriler

	n (%)	
Cinsiyet		
Erkek	9 (6.7)	
Kadın	125 (93.3)	
Fissürün akut ya da kronik oluşuna göre		
Akut	48 (35.8)	
Kronik	80 (59.7)	
Tanımlanamayan	6 (4.5)	
Başvuru sırasında gebelik varlığı		
Hayır	117 (93.6)	
Evet	8 (6.4)	
Başvuru sırasında laktasyon varlığı		
Hayır	101 (80.8)	
Evet	24 (19.2)	
Yakınmalarının doğum sonrası başlaması		
Hayır	94 (75.2)	
Evet	31 (24.8)	
	Ort±SS*	Med (min-maks)**
Yaş	31.39±10.73	29(16-67)
Takip süresi (ay)	7.73±2.93	8(3-13)
Hastalık süresi (ay)	43.15±58.76	18(1-264)

* Ort= Ortalama SS= Standart sapma

**Med= Medyan

Tablo II. Yakınmaların sıklığı

Yakınmaların görülme sıklığı	
Ağrı	
Hayır	8 (6)
Evet	126 (94)
Kanama paterni	
Bulaşık şekilde	32 (23.9)
Damlar şekilde	52 (38,8)
Püskürür şekilde	5 (3.7)
Kanama yok	45 (33.6)
Kabızlık	
Hayır	70 (52.2)
Evet	64 (47.8)
İshal	
Hayır	118 (88.1)
Evet	16 (11.9)
Kaşıntı	
Hayır	115 (85.8)
Evet	19 (14.2)

Anorektaltonus %43.3 vakada belirgin artmıştı. On iki (%8.9) hasta daha önce anal fissür tedavisi görmüştü. Bunlardan üçü LİS (Lateral internal sfinkterotomi) sonrası nüksü. İki olguda (%1.4) anal fissür zemininde gelişmiş anal fistül de mevcuttu. Tedavide hastaların yarısı Hamamelisvirginiana + Zinc, Vazelin bazlı Basitrasin ve Neomisin Sülfat, Ruscogenin (Steroidalglükozid)+ Trimebutin (antimuskarinik, spazm çözücü) içeren üçlü standart topikal tedaviyi aldı. %48.5'ine ilaveten Diltiazem HCl %2 içeren merhem verildi. Üçte birine (%34.3) ilk günlerde ağrı kontrolü için İndometasin supposituar önerildi. Ek semptomlar nedeniyle yedi hastaya oral metranidazol tedaviye eklendi. Üç hastaya da antiparaziter ilaç verildi. Üç olguda (%2.2) konservatif tedavi sonrası LİS uygulandı. Takip süresince vakaların %44'ü (n= 59) tedaviye tam cevap verdi. %17.2'sinde (n=23) kısmi rahatlama sağlandı. %38.8 (n=52) vaka tedaviye cevap vermedi ya da yakınmalar tekrarladı. Tekrarlayan olguların büyük çoğunluğu (%73.4'ü) ilk üç ay içinde yakınmalarının yinelenmediğini ifade etti. Tedaviye uyum hem diyet hem self-masaj ve hem de oturma banyosunun birlikte yapılması ile değerlendirildi. Hastaların dörtte biri (%26.2) her üç uygulamayı muntazam bir şekilde yapabildiklerini ifade etti. Tedaviye uyuma tek tek bakıldığında, diyet uyumu %48.5, self-

masaj %81.3, oturma banyosu ise %49.3 olduğu tespit edildi (Tablo III).

Hastaların %6'sında kaşıntı, döküntü ve anal yanma hissi şeklinde minör yan etkiler gözlemlendi.

On üç aylık takiplerinde olguların ağrılarının azalma yüzdesi ortalama %60 idi (Tablo IV). Kırk yedi hasta (%35) ağrılarının tedavi ile %100 geçtiğini ifade etti.

Hastanın yaşının tedaviye uyumla ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0.776). Hastalık süresinin tedaviye cevap ile anlamlı bir ilişkisi bulunmadı (p=0.471). Fissürün akut ya da kronik oluşunun, yerleşiminin tedaviye cevap ile anlamlı bir ilişkisi bulunmadı (Tablo V).

Tedaviye uyum ile tedaviye cevap arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p= 0.08). Self-masajın (p= 0.038) ve oturma banyosu (p= 0.001) uygulamasının tedaviye cevap için anlamlı olduğu gözlemlendi. Topikal ilaç kombinasyonlarının etkisi kıyaslandığında HRT, HRTD ve HRTD-I alanlar arasında tedaviye cevap bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p= 0.145).

TARTIŞMA

Dışkılama sırasında ağrı anal fissürün önde gelen belirtisidir. Akut fissürlerde hastalar tipik olarak önüste yırtılma, jilette kesilmiş gibi acıma, dışkıları cam parçaları çıkarıyormuş gibi hissetme şeklinde ağrılarını tarif ederler. Ağrı dışkılama sırasında fazladır, sonra dakikalar içinde geçer, akut vakalarda ağrı 30 dakikadan fazla

Tablo III. Üçlü konservatif tedavi komponentlerinin tedaviye cevap oranları

Self masaj	n (%)
Hayır	19 (14.2)
Kısmen	5 (3.7)
Evet	109 (81.3)
Tanımlanamayan	1 (0.7)
Oturma banyosu	
Hayır	40 (29.9)
Kısmen	27 (20.1)
Evet	66 (49.3)
Tanımlanamayan	1 (0.7)
Diyete uyum	
Hayır	31 (23.1)
Kısmen	37 (27.6)
Evet	65 (48.5)
Tanımlanamayan	1 (0.7)

Tablo IV: Tedavi sonrası iyileşme süresi ve ağrının azalma yüzdesinin ortalama ve medyan değerleri

Değişken	Ort±SS*	Med (min-maks)**
Tedavi sonrası iyileşme süresi	3.62±2.71	3(1-12)
Ağrının azalma yüzdesi	59.92±37.08	60(0-100)

* Ort= Ortalama SS= Standart sapma

**Med= Medyan

Tablo V: Bazı değişkenlerin tedaviye cevap ile ilişkisi

	Cevap yok	Kısmi cevap	Cevap verdi	Ki-kare	p
Fissürün akut/kronik oluşu					
Akut	21 (43.8)	9 (18.8)	18 (37.5)	1.354	0.518
Kronik	31 (36)	14 (16.3)	41 (47.7)		
Yerleşim					
Anterior	13 (50)	5 (19.2)	8 (30.8)	7.745	0.402
Posterior	16 (31.4)	10 (19.6)	25 (49)		
Hem anterior hem posterior	3 (42.9)	2 (28.6)	2 (28.6)		
Atipik	1 (33.3)	0 (0)	2 (66.7)		
Multipl	3 (75)	1 (25)	0 (0)		
Topikal ilaç kombinasyonu					
HRT	28 (41.8)	14 (20.9)	25 (37.3)	6.775	0.145
HRTD	10 (52.6)	3 (15.8)	6 (31.6)		
HRTD-I	13 (28.3)	6 (13)	27 (58.7)		
Tedaviye uyum					
Hayır	41 (41.4)	20 (20.2)	38 (38.4)	5.187	0.080
Evet	11 (31.4)	3 (8.6)	21 (60)		
Diyete uyum					
Hayır	12 (38.7)	6 (19.4)	13 (41.9)	5.380	0.251
Kısmen	10 (27)	9 (24.3)	18 (48.6)		
Evet	30 (46.2)	7 (10.8)	28 (43.1)		
Self-masaj					
Hayır	9 (47.4)	4 (21.1)	6 (31.6)	8.990	0.038
Kısmen	2 (40)	3 (60)	0 (0)		
Evet	41 (37.6)	15 (13.8)	53 (48.6)		
Oturma banyosu					
Hayır	20 (50)	7 (17.5)	13 (32.5)	20.208	0.001
Kısmen	13 (48.1)	9 (33.3)	5 (18.5)		
Evet	19 (28.8)	6 (9.1)	41 (62.1)		

sürmez iken kronik fissürlerin ağrısı daha uzun süren bıktırıcı, dışkılamayı zorlaştıran, hastayı tuvalete gitmekten kaçınmasına neden olan künt vasıfta ağrılardır. Anal fissürlerde ilk başvuruda hastanın ağrısı ve anorektal spazm nedeniyle fizik muayene suboptimal olabilmekte ve tanı çoğu kez klinik öykü ve spazm-ağrı bulgusuna dayandırılmaktadır. Anoskopi ve rektal tuşe ikinci muayeneye ertelenebilmektedir. Bu serideki olgularımızda ağrı hastaların %94'ünde, kanama ise %66.4'ünde mevcuttu (Tablo II). Fissürlerin beşte biri anterior lokalizasyonda idi. Kadın hasta sayısının görece fazla olması nedeniyle anterior fissür oranı literatüre benzer şekilde yüksek çıkmıştır. Literatürde de posterior midline fissürler daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir (3). Anal fissürlerin %10 kadarı anterior yerleşimli olup daha çok kadınlarda ve doğumla, epizyotomi komplikasyonu, rektosel ve eksternal anal sfinkter hasarı ile ilişkili bulunmuştur (5). Kadınların %25'inde, erkeklerin ise %8'inde anterior midline yerleşimle karşımıza çıkmaktadır. Ancak %1 kadarı anterior veya posterior midline değil, atipik ve multipl yerleşim-

lidir (6). Bu seride incelenen olguların küçük bir kısmı ön ve arka orta hatta değil de atipik (%2.2) yerleşimde ya da multipl (%3) olarak tespit edildi. 2017 rehberinde hem anterior hem posterior midline fissür aynı anda bulunma sıklığı %3 olarak verilmektedir (4). Atipik fissürlerin immün yetmezlik, anorektal karsinom, Crohn hastalığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tüberküloz gibi hastalıklarla ilişkili olabileceğinden gerekli sorgulama ve incelemeler yapılmalıdır (6).

Anal fissür tedavisinde cerrahi 1990'lara kadar neredeyse 100 yıl boyunca altın standart kabul edildi (7). Etyopatogenezin daha iyi anlaşılmasıyla medikal tedaviler ön plana geçmeye başladı. Buna rağmen hala sfinkterotominin farklı versiyonları en etkin tedavi seçeneği olarak uygulanmaya devam etmektedir (8-11). Sfinkterotomi ile anal fissürde iyileşme hızlı ve kalıcı olarak sağlanabilmektedir. Literatürde sfinkterotomi ile tedavi başarısı %88-100 arasında bildirilmektedir. En korkulan komplikasyonu fekal inkontinans ise %8-30 görülebilmektedir (4).

Topikal ilaç uygulaması, oturma banyosu, dışkının yu-

muşatılması gibi konservatif yaklaşımlar ilk basamak tedaviyi oluşturur. Botulinum toksin uygulaması gibi minimal invaziv girişimler, etkili fakat geçici çözüm sunabilir. Lateral internal sfinkterotomi (LİS) halen en etkin cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir. Bunların içinde nüks riski en Botulinum enjeksiyonunda (kimyasal denervasyon) yüksek, sfinkterotomide en düşük iken, komplikasyon riski ise LİS'te yüksektir (11). Doğurganlık dönemini tamamlamamış genç kadınlarda artmış anal inkontinans riski nedeniyle LİS tercih edilmemelidir (4).

Bu çalışmada konservatif tedavi, posalı ve yeterli su içeren bir diyetle kabızlığın veya ishahin önlenmesi, düzenli ve kolay dışkılama sağlanması, ılık-sıcak su oturma banyoları, pomadların self-masaj ile uygulanması şeklinde üç esas üzerine kurulmuştur.

Sert dışkı, devamlı yahut tekrarlayan kabızlık fissür oluşumunun en büyük nedeni olduğundan dışkının kıvamının düzeltilmesi tedavinin bir parçası olmalıdır (6,12,13). Kabızlığı gidermek için oral laksatif-purgatif kullanma kolaylığından kaçınmak, hastalara sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak ise son derece önemlidir. Bunun için yeterli posa ve su alımı teşvik edilmelidir. Sıcak su oturma banyoları anorektal tedavilerde hem tıbbi hem post operatif tedavilerde önerilen geleneksel bir yaklaşımdır. Anorektal sfinkter spazmını azalttığı ve yara iyileşmesine olumlu katkı verdiği düşünülmektedir (6).

Self-masaj ise hasta tarafından sıcak su oturma banyosu ardından topikal ilaçları uygularken nazik ve kararlı biçimde yapılması öğretilmesinde anal dilatasyon sağlayan hayli etkili bir metottur (13). Gaj ve ark.'nın randomize prospektif çalışmasında self-masajın anal dilatatörlerden daha etkili bir çözüm olduğu gösterilmiştir (14). Anal fissür tedavisinde topikal nitritler, kalsiyum kanal blokerleri (KKB), botulinum toksin enjeksiyonu, sfinkterotomi gibi tüm tedavi seçenekleri temelde aynı hedefe yöneliktir: Spazmın ve iskeminin giderilmesi (15).

Özellikle anal fissürlerin oluşumunda ve kronikleşmesinde iskemik etyolojinin ortaya konması burada dolaşımı arttırıcı sfinkteri gevşetici etkileriyle KKB'nin mantıklı bir seçenek olarak tercih edilmesini sağlamıştır (15-17). Triling ve ark., Doppler eşliğinde (Hemoroidal arter ligasyonu) HAL uyguladıkları 150 vakada posterior midline ve daha az da anterior midline rölatif iskemi mevcudiyetini gözlemlemişlerdir. Bu vakalarda AF bulunmamaktaydı (16). Ağrının tetiklediği anorektal spazm iskemiye arttırarak fissürün iyileşmesine engel olan mekanizma olarak tanımlanmaktadır (5). Bu nedenle gerek sıcak su oturma banyosu ve gerekse parmakla anal dilatasyon masajı fissür tedavisinde etkili bulunmaktadır.

Tüm anal fissürlerde anorektal spazm bulunmamaktadır. Hatta gebelik sırasında ortaya çıkan fissürlerde ve yaşlılarda normal ya da hipotonik sfinktere daha sık rastlanmaktadır (7). Spazm yokluğunda LİS gibi irreversibl sfinkter tonus kaybı yapacak girişimlerin yararının azaldığı aşıkardır. Bununla birlikte konservatif tedavinin üçlü sacayağı olarak tanımladığımız diyet ile dışkılamanın düzenlenmesi, sıcak su oturma banyosu ve self-masaj önemini ve etkinliğini korumaktadır. Bunun yanında iskemi ve spazmı giderecek topikal KKB ilavesi uygun vakalarda düşünülmelidir.

Plasebo kontrollü prospektif bir çalışmada GTN kullanan hastalarda anal perfüzyon artışı laser Doppler flowmetry ile gösterilmiştir (17). Topikal verilen ilaçların içinde son yıllarda (Gliseritrinitrat) GTN ve Diltiazem gibi kalsiyum kanal blokerleri ön plana geçmiştir. Kalsiyum kanal blokerleri, nitratlara göre daha düşük yan etki profili ile eşit etkinlik sunmaktadır. Gün içinde verilmiş sıklığının artırılması da etkinliği arttırıyor görünmektedir (4). Topikal Kalsiyum kanal blokerleri (Diltiazem, Nifedipin) anal fissürlerde %65-95 iyileşme sağladığı bilinmektedir (4).

Bu serideki olguların %48.5'ine temel topikal tedaviye ek olarak Diltiazem %2 içeren merhem de verildi. Tedaviye cevapta Diltiazem eklenen grupla Diltiazem almayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Esasen topikal anal ilaçlar için temel handicap hastanın ilacı anorektuma uygulayabilme etkinliğidir. Self-masajın etkili biçimde yapılabilmesi ilaçların da etkinliğini arttıran bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır.

Ayrıca hastalarımıza Vazelin bazlı Basitrasin ve Neomisin Sülfat içeren antibiyotik merhem de standart olarak verdik. Buradaki dayanağımız mikroorganizma bakımından zengin bir floraya sahip bağırsak mukozasındaki yara iyileşmesine mikrobiyal yükün engel olmasına izin vermemektir. Randomize kontrollü bir çalışmada anal fissür zemininden alınan sürüntü örneklerinde gram (+) ve (-) anaerob kolonizasyon veya gram (-) aerob üremesi olması ve üreme olan hastalarda topikal metronidazol verilen grupta kontrol grubuna göre daha fazla iyileşme görülmesi anal fissürlerde topikal antibiyotik kullanımının katkısına işaret etmektedir (18).

Oral antibiyotik sadece karın ağrısı, mukuslu dışkılama, ishal, aşırı gaz gibi yakınmaları olan hastalarda tedaviye ekledik. Antibiyoterapi ardından probiyotik takviyesi önerdik. Garg ve ark. da prospektif çalışmalarında anal fissür tedavisinde hem oral hem lokal antibiyotiklerin yararını göstermişler, dahası kronik anal fissür zemininde fistül gelişimini de tarif etmişlerdir (19). Kronik anal fissür zemininde gelişen anal fistüller hiç de nadir olmakla birlikte muhtemelen tanı eksikliği nedeniyle gözden kaçmaktadır (20). Yüz otuz dört vakalık bu seride iki adet fissür zemininde fistül tespit ettik.

SONUÇ

Teşhis için hikayede ağrının ön planda olması ve vasfı, eşlik eden kabızlık yönlendiricidir. Mutlaka muayene ile doğrulanmalıdır. Anorektal tonus artışı tipiktir ancak şart değildir. Özellikle tonus artışı olmayan olgularda kronisite durumunda bile LİS için acele edilmemelidir.

Non-operatif tedavi cerrahi öncesi ya da cerrahiye alternatif olarak anal fissürde etkili bir alternatiftir. Konservatif tedavinin olmazsa olmazı, bol posa ve su alımı ile dışkılama alışkanlıklarının düzenlenmesi, sıcak su oturma banyoları ve anal dilatasyon ve etkili topikal ilaç uygulamak için anal masajın vurgulanmasıdır. Tedavinin başarılı olmasında hasta uyumunun oynadığı önemli rol nedeniyle, hastanın yeterince bilgilendirilmesi, talimatların anlaşılır biçimde ve yazılı olarak hastalara sunulması gerekmektedir.

SINIRLILIK

Bu çalışmada erkek/kadın oranının 2/100 olması, hastaların çoğunlukla kadınlardan oluşması sonuçların

genelleştirilebilmesi için zorluk oluşturmaktadır. Süregelen pandemi nedeniyle hastaların kolonoskopik tetkikleri ve takiplerinde yaşanan zorluklar bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çakışması veya çatışma yoktur.

KAYNAKLAR

1. Şişik A, Başak F, Hasbahçeci M, et al. Recovery from hemorrhoids and anal fissure without surgery. *Turkish J Gastroenterol.* 2020;31(4):289-94.
2. Poskus T, Buzinskiene D, Drasutiene G, et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: A prospective cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(13):1666-71.
3. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, et al. Anal fissure: New concepts in pathogenesis and treatment. In: *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31:sup218, 78-81, DOI: 10.3109/00365529609094734W.
4. Stewart DB, Gaertner W, Glasgow S, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures Dis Colon Rectum. 2017 Jan;60(1):7-14. doi: 10.1097/DCR.0000000000000735. PMID: 27926552.
5. Qureshi W. How i Approach It: Anal Fissures. *Am J Gastroenterol.* 2020;115(3):315-6.
6. Zaghiyan KN, Fleshner P. Anal fissure. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011 Mar;24(1):22-30. doi: 10.1055/s-0031-1272820.
7. Collins EE, Lund JN. A review of chronic anal fissure management. *Tech Coloproctol.* 2007;11(3):209-23.
8. Alawady M, Emile SH, Abdelnaby M, et al. Posterolateral versus lateral internal anal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis.* 2018;33(10):1461-7.
9. Brillantino A, Izzo D, Iacobellis F, et al. Safety and effectiveness of minimal sphincterotomy in the treatment of female patients with chronic anal fissure. *Updates Surg.* 2021 Oct;73(5):1829-1836. doi: 10.1007/s13304-020-00874-8.
10. Lasheen AE, Morsy MM, Fiad AA. Segmental Internal Sphincterotomy-A New Technique for Treatment of Chronic Anal Fissure. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(12):2271-4.
11. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, et al. Management options for chronic anal fissure: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Colorectal Dis.* 2020;35(10):1807-15.
12. Lund JN, Nyström PO, Coremans G, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. *Tech Coloproctol.* 2006;10(3):177-80.
13. Şurlin V, Scurtu S. Conservative Treatment for Anal Fissure – for How Long? – Review of the Literature and Personal Experience. *Facta Univ Ser Med Biol.* 2019;21(1):7.
14. Gaj F, Biviano I, Candeloro L, et al. Anal self-massage in the treatment of acute anal fissure: A randomized prospective study. *Ann Gastroenterol.* 2017;30(4):438-41.
15. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, et al. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg.* 1996 Jan;83(1):63-5. doi: 10.1002/bjs.1800830120.
16. Trilling B, Pflieger H, Faucheron JL. Decreased blood flow to the posterior anal canal shown during Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation explains anodermal ischemia in anal fissure. *Tech Coloproctol.* 2017;21(5):411-2.
17. Lund JN, Scholefield JH. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 1997 Jan 4;349(9044):11-4. doi: 10.1016/S0140-6736(96)06090-4.
18. Grekova NM, Maleva EA, Lebedeva Y, et al. The effects of topical application of metronidazole for treatment of chronic anal fissure: A randomized, controlled pilot study. *Indian J Gastroenterol.* 2015;34(2):152-7.
19. Garg P, Lakhtaria P, Gupta V. Oral Plus Local Antibiotics Significantly Reduce the Need for Operative Intervention in Chronic Anal Fissure: a Novel Finding. *Indian J Surg.* 2018;80(5):415-20.
20. FitzDowse AJ, Behrenbruch CC, Hayes IP. Combined treatment approach to chronic anal fissure with associated anal fistula. *ANZ J Surg.* 2018;88(7-8):775-8.