

Çocukluk Çağında Anal Fissür Oluşumunu Etkileyen Faktörler

THE FACTORS THAT AFFECT DEVELOPING ANAL FISSURE IN CHILDHOOD

Banu COŞKUN¹, Özge YILMAZ², Muzaffer POLAT³, Pınar ERBAY DÜNDAR⁴, Erhun KASIRGA⁵

¹Bornova Atatürk Sağlık Ocağı

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

³Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı

⁴Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

⁵Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı

E-posta: oyilmaz_76@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Anodermal yırtık ya da kesik olarak tanımlanan anal fissür oluşumunda konstipasyon başta olmak üzere birçok faktör etkilidir. Bu çalışmanın amacı anne sütüyle beslenmenin, defekasyonun, anal bölge temizliği ve bakımının anal fissür gelişimine etkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve yöntem: Bu çalışmaya İzmir Bornova Atatürk Sağlık Ocağı ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Gastroenteroloji Polikliniğine Ocak-Mart 2006 arasında başvuran yaşları 1-17 ay arası (ortalama \pm standart sapma $6,6 \pm 4,0$ ay) 72 bebek (40 erkek 32 kız) alındı. Bunlar anal fissür saptanan ve saptanmayan bebekler olarak iki gruba ayrıldı. Bebeğin yaşı, beslenmesi, defekasyon ritmi, gaita kıvamı, doğumdan sonraki gaita çıkış zamanı, konstipasyon için tedavi görüp görmediği, önceki anal fissür öyküsü ve yıkanma sıklığı kaydedildi. Hazır bez kullanımı, anal bölge bakımı ve temizliğinde kullanılan ajanlar soruldu. Bebeklerin tümüne ayrıntılı anal bakı yapıldı.

Bulgular: Anal fissürü olan grupta 29, olmayan grupta 43 bebek vardı. Anne sütü ile beslenme anal fissür gelişiminden koruyucu bulundu (eksponensiyel $B = 0,11$, %95 CI = $0,02 - 0,76$). Defekasyon ritmi ve gaita kıvamı iki grup arasında anlamlı farklı olmasına karşın regresyon analizinde anlamlı farklı bulunmadı (sırası ile $p=0,09$ ve $0,29$). Anal bölge temizliğinde ıslak mendil kullanımının anal fissür riskini anlamlı arttırdığı saptandı (eksponensiyel $B= 11,0$, %95 CI= $2,13 - 57,6$). Önceki anal fissür öyküsü regresyon analizinde anlamlılığını yitirdi (eksponensiyel $B= 4,34$, %95 güven aralığı= $0,89 - 20,99$). Regresyon analizi modeline alındığında yaştaki her 1 aylık artışın fissür riskini 1,4 kat arttırdığı bulundu. Doğumdan sonra ilk defekasyon zamanı, konstipasyon tedavisi, yıkanma sıklığı ve anal bölge bakımının her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: Anne sütü alımının anal fissür gelişimi riskini azalttığı, ıslak mendil kullanımının ise arttırdığı düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Anal fissür, anne sütü, konstipasyon, anal hijyen

SUMMARY

Objective: Many factors especially constipation play a role in the development of anal fissure that is defined as anodermal tear or cut. The aim of this study was to evaluate the influence of breast feeding, defecation, anal hygiene and care on development of anal fissure.

Material and method: The study included 72 children (40 males 32 females) aged 1-17 months (mean \pm standard deviation 6.6 ± 4.0 months) who presented to İzmir Bornova Ataturk Health Center and Celal Bayar University Pediatric Gastroenterology

Özge YILMAZ

858 sokak No 2/304

Konak, 35250 İZMİR

Tel: 0505/5222950

Faks: (232) 4899623

Outpatient Department between January-March 2006. These were grouped into two as babies with and without an anal fissure. Age, nutrition, defecation rhythm, stool consistency, time of first defe-

cation after birth, history of constipation treatment, history of previous anal fissure and bathing frequency were recorded. Use of diapers, agents used in anal care and hygiene were questioned. All the children had anal examination.

Results: The anal fissure group included 29 babies whereas the one without anal fissure included 43 babies. Breast feeding was found to be protective against anal fissure development (eksponential B = 0.11, %95 confidence interval = 0.02-0.76). Defecation rhythm and stool consistency was not found to be significant in regression analysis although they were significantly different between the two groups (p=0.09 ve 0.29 respectively). Use of baby wipes for cleaning anal region was detected to increase risk of anal fissures significantly (eksponential B= 11.0, %95 CI= 2.13-57.6). Previous history of anal fissure lost its significance in regression analysis (eksponential B= 4.34, %95 confidence interval = 0.89-20.99). It was detected that increase of one month of age increased the risk of anal fissure development by 1.4 times. Time of defection after birth, bathing frequency and anal care was not significantly different between the groups.

Conclusion: It was thought that the risk of anal fissure development decreased with breast feeding while it increased with the use of wet wipes.

Key words: Anal fissure, breast feeding, constipation, anal hygiene

Anal fissürler genellikle sert dışkılama ya da defekasyon sırasında ıkınma ile ortaya çıkan anodermal yırtık ya da kesilerdir (1). Anal fissür ilk iki yaşta en sık rastlanan anal kanama nedenidir. Tipik olarak defekasyonla ortaya çıkan ve sonrasında gerileyen anal ağrı ile karakterizedir (2,3). Anal fissür patogenezi düşünüldüğünde, tedavide gaita çıkışıyla ilişkili travmanın azaltılması, anal sfinkter hipertonsitesinin giderilmesi ve anal bölgenin kanlanmasının iyileştirilmesi önemlidir (2). Tedavide ilk basamak gaita kıvamının yumuşatılması ve ılık oturma banyolarıyla anal tonusun gevşetilmesidir (2). Anal fissür etyolojisi multifaktöriyeldir. Kronik konstipasyon, diyare, aşırı ıkınma, lif ve sıvıdan fakir diyet, kötü anal hijyen, enfeksiyon ve travmaların anal fissür oluşumuna yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir (2,4). Anal fissür oluşumunda etkili olan risk faktörlerinin belirlenmesi gerek sağlam çocuk izleminde ailelerin bilgilendirilip yönlendirilmesi gerekse anal fissürü olan çocuklarda yinelemelerin engellenmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı anal fissürü olan çocuklarda anne sütüyle beslenmenin, defekasyonun, anal bölge temizliği ve bakımının anal fissür gelişimine etkisinin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya İzmir Bornova Atatürk Sağlık Ocağı ve

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Gastroenteroloji Polikliniğine Ocak - Mart 2006 arasında başvuran ve yaşları 1-17 ay arası değişen (ortalama \pm standart sapma $6,6 \pm 4,0$ ay) 40 erkek 32 kız toplam 72 bebek alındı. Her iki gruba da hastalar başvuru sırasına göre alındılar. Muayene öncesinde çalışmadan sorumlu doktor tarafından tüm bebeklerin annelerine bir anket uygulandı. Bebeğin yaşı, beslenme özellikleri, defekasyon ritmi, gaitasının kıvamı, doğumdan sonraki ilk gün gaita çıkışının olup olmadığı, konstipasyon için tedavi görüp görmediği, daha önce anal fissürü olup olmadığı ve kaç günde bir yıkandığı soruldu. Hazır bez kullanımı, anal bölge bakımı ve temizliği için neler kullanıldığı kaydedildi. Bebeğin beslenmesi sadece anne sütü, sadece mama, anne sütü ve ek gıda, mama ve ek gıda, karışık beslenme olarak sınıflandırıldı. Ancak istatistiksel analize uygun olması için, sonuçlar anne sütü alanlar ve almayanlar olarak analize alındı. Bebeğin defekasyon ritmi günde bir defadan sık, günde bir, iki günde bir, üç günde bir ve daha seyrek olarak soruldu. Bu sonuçlar günde bir ya da daha sık gaita yapanlar ve diğerleri olarak gruplandı. Gaita kıvamı sert ya da yumuşak olarak sınıflandırıldı. Bebeği yıkama sıklığı her gün, iki günde bir, haftada iki, haftada bir ve daha seyrek olmak üzere soruldu, analiz için haftada bir ya da daha sık ve daha seyrek olmak üzere iki grupta alındı.

Anket bittikten sonra aynı doktor tarafından muayene edilen bebeklerin tümüne sistemik muayene yanında anal fissürün saptanmasına yönelik olarak ayrıntılı anal baki yapıldı. Tüm bebekler anal fissürü olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Ankette kaydedilen parametreler iki grup arasında karşılaştırıldı.

İstatistiksel analiz, SPSS 10.0 programı (Chicago, IL) ile yapıldı. Yaş ortalamaları student's t testi ile karşılaştırıldı. Anal fissür ve kontrol grubu arasında ankette sorulan parametrelere verilen yanıtlar ki kare testi ile karşılaştırıldı. Anlamli olan parametreler için tahmini rölatif risk hesaplandı ve regresyon analizi yapılarak çoklu etken değerlendirildi. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Anal fissürü olan ve olmayan çocuklardaki beslenme

özelliklerinde anne sütü ile beslenmenin anlamlı farklı olduğu bulundu. Anne sütü ile beslenenlerde anal fissür sıklığı %32,7 iken, diğerlerinde %64,7 idi (p=0,03) (Tablo I). Risk analizinde anne sütü ile beslenmenin tahmini rölatif riskinin (R.R.) 0,26 olduğu ve regresyon analizinde de anlamlı olduğu görüldü (Tablo II,III). Defekasyon ritmi ve gaita kıvamı da iki grup arasında anlamlı farklı bulundu (R.R.= sırası ile 7,29 ve 10,45) (Tablo II). Regresyon analizinde ise bu iki faktörün anlamlılığını yitirdiği görüldü (sırası ile p=0,09 ve 0,29) (Tablo III). Anal bölge temizliğinde ıslak mendil kullanımının anal fissür riskini anlamlı arttırdığı bulundu (R.R.= 5,9) ve bu regresyon analizi modeline alındığında da anlamlı olmayı sürdürdü (p= 0,00) (Tablo III,III). Önceki anal fissür öyküsü olanlarda anal fissürün yineleme riski %61,3 olarak bulundu bu olma-yanlardan anlamlı yüksekti (p= 0,00) (Tablo I).

Tablo I. Anal fissürü olan ve olmayan çocukların bazı özellikleri

Özellik	Anal Fissürü Olanlar		Anal Fissürü Olmayanlar		p
	n	%	n	%	
Beslenme					
Anne sütü	18	32,7	37	67,3	0,03
Diğer gıdalar	11	64,7	6	35,3	
Defekasyon ritmi					
Her günden az	17	70,8	7	29,2	0,00
Her gün	12	25,0	36	75,0	
Anal bölge temizliği					
Islak mendil	23	57,5	17	42,5	0,00
Diğer	6	18,7	26	81,3	
Gaita kıvamı					
Sert	15	78,9	4	21,1	0,00
Yumuşak	14	26,4	39	73,6	
Daha önce fissür hikayesi					
Var	19	61,3	12	38,7	0,00
Yok	10	25,6	29	74,4	
İlk gaita çıkışı					
1. gün	27	39,7	41	60,3	0,56
1. günden sonra	2	66,7	1	33,3	
Konstipasyon tedavisi					
Daha önce almış	10	41,7	14	58,3	
Halen alıyor	6	75,0	2	25,0	0,09
Hiç almamış	13	33,3	26	66,7	
Banyo sıklığı					
>1 / hafta	14	31,1	31	68,9	0,08
≤1 / hafta	14	53,8	12	46,2	

Anal bölge bakımı					
Sürekli krem	14	42,4	19	57,6	
Diaper dermatitte krem	9	40,9	13	59,1	0,92
Diğer	3	50,0	3	50,0	

Regresyon analizinde bu faktör anlamlılığını yitirdi (eksponensiyel B= 4,34, %95 güven aralığı=0,89 – 20,99) (Tablo III). Yaş ortalaması iki grup arasında anlamlı farklı değildi ancak regresyon analizi modeline alındığında yaşın da anlamlı etkisinin olduğu ve yaştaki her 1 aylık artışın fissür riskini 1,4 kat arttırdığı bulundu (Tablo III).

Tablo II. Anal fissür oluşumunda tek değişken risk analizi

	Tahmini rölatif risk	%95 Güven aralığı
Beslenme		
Anne sütü	0,26	0,09 - 0,8
Diğer gıdalar (ref)		
Defekasyon ritmi		
Hergünden az	7,29	2,4 - 21,8
Hergün (ref)		
Anal bölge temizliği		
Islak mendil	5,9	1,9 - 17,4
Diğer (ref)		
Gaita kıvamı		
Sert	10,45	2,96 - 36,85
Yumuşak (ref)		
Önceki fissür öyküsü		
Var	4,59	1,66 - 12,7
Yok (ref)		

Tablo III. Anal fissür oluşumunu etkileyen risk faktörlerinin regresyon analizi

Özellik	Eksponensiye I B	% 95 Güven aralığı	p
Defekasyon ritmi	5,12	0,76 - 4,50	0,09
Anal bölge temizliği	11,06	2,13 - 7,60	0,00
Anne sütüyle beslenme	0,11	0,02 - 0,76	0,03
Önceki anal fissür öyküsü	4,34	0,89 - 20,99	0,07
Gaita kıvamı	3,23	0,38 - 27,85	0,29
Yaş	1,37	1,09 - 1,71	0,01

Doğumdan sonra ilk defekasyon zamanı, konstipasyon tedavisi, yıkanma sıklığı ve anal bölge

bakımının her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermediği saptandı. Çalışmaya alınan tüm hastalarda hazır bez kullanıldığından bu faktör analize alınmadı.

TARTIŞMA

Anal kanalın epitel ve yüzeyel yapılarındaki yırtık ya da ağrılı ülser olarak tanımlanan anal fissür, mukokütanöz bileşkedeki dentat çizgisine kadar uzanabilir (2,3,5). Dentat çizginin altındaki bu bölge oldukça hassas ve ağrıya duyarlıdır. Bu ağrı hissinin konstipasyon-anal fissür kısır döngüsünün oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir (6). Konstipasyon, defekasyon sıklığı, defekasyonun yarattığı rahatsızlık, gecikmiş intestinal geçiş ve gaita ağırlığına göre tanımlanır (7). Anal fissür oluşumunda anal bölge derisinin gerilmesinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. En sık anal fissür oluşumu sert büyük gaita çıkışı sonrası gözlenir (2,3). İlk anal fissür oluşumunu izleyen dönemde gaita çıkışı ile ilişkilendirilen ağrı hissi çocuklarda fekal retansiyona yol açar. Bu durum gaita sertliği ve boyutunu artırarak kısır döngüye neden olur (2). Kronik konstipasyon, anodermal iskemi ve internal anal sfinkterin hipertonisitesi ile birlikte anal fissür oluşumundan en sık sorumlu tutulan durumdur (8). Bu çalışmada da, gaita kıvamı ve dışkılama sıklığının anal fissür oluşumunu etkilediği saptanmıştır. Anal fissür oluşumu için, her gün gaita çıkışı olmayan çocuklar 5,12 kez daha yüksek risk taşıırken, sert gaita çıkışı olan çocukların 3,23 kez daha yüksek risk taşıdığı belirlenmiştir. Bu veriler, anal fissür etiolojisinde konstipasyonun rolünü desteklemektedir. Regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem dışkılama sıklığının azlığı hem de gaita kıvamının sert olmasının anal fissür oluşum riskini arttırdığı görülmüştür.

Anal fissür varlığı gaita retansiyonu davranışına yol açar. Bu nedenle önceki anal fissür öyküsünün yeniden anal fissür oluşma riskini 4,3 kat artırması beklenmeyen bir bulgu değildir. Ancak bunun diğer faktörler göz önüne alınca istatistiksel olarak önemini yitirdiği saptanmıştır.

Anne sütü ile beslenen bebeklerin %90'ında günde 4 kez veya daha sık yumuşak kıvamlı gaita çıkışı olurken, formula ile beslenen bebeklerde günlük gaita çıkışı sayısı daha az, gaita ise daha kıvamlı olur (9). Dışkılama anne sütü alan bebeklerde formula ile beslenenlere göre anlamlı derecede daha sık; gaita kıvamı ise anlamlı derecede daha yumuşak olarak rapor edilmektedir (9). Anne sütünün prebiyotik aktivitesi ile laktobasil ve bifidobakteriler gibi yararlı bakterilerin gelişimini desteklemesinin gaita kıvamı üzerine etkisi olabileceği düşünülmüştür (10). Benzer şekilde günlük inek sütü tüketimi daha çok olan ve anne sütünü kısa süreli almış olan çocuklarda konstipasyon ve anal fissür gelişiminin daha sık olduğu rapor edilmektedir (11). Anne sütü alım süresi kısa olan bebeklerde konstipasyon ve anal fissür oluşumunun beş kat daha sık olduğu bildirilmektedir (11). Bunun dışında anne sütünün immunolojik, protektif ve trofik özellikleri de anal fissürün yinelemesi ve kronikleşmesine yol açan enfeksiyonları azaltabilir (12). Çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu sonuçlar saptandı. Anal fissür gelişme sıklığı, ek gıdalla birlikte ya da tek başına anne sütü alan bebeklerde %32,7 iken, anne sütü dışında gıdalarla beslenen bebeklerde %64,7 bulundu. Anne sütü alan bebeklerde anal fissür gelişme riskinin almayanlara göre anlamlı düşük olduğu saptandı.

İlk oluştuğunda anal fissürler, anal bölge cildinde basit bir çatlak halindedir ve keskin sınırlı mukozal kenarları ve tabanında granülasyon dokusu vardır (3). Ancak ilerleyen dönemde enfeksiyon ve yara iyileşmesindeki bozukluk nedeniyle anal fissür kronik bir hal alabilir ve distal uçlardaki cilt fibrotik ve ödematöz hale gelerek sentinal pili oluşur (2,3). Anal hijyenin iyi olması da enfeksiyonu engelleyerek yara iyileşmesini hızlandırır (2). Bu nedenle anal bölge temizlik ve bakım yönteminin önem taşıyabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada, anal bölge temizliğinin ıslak mendille yapıldığı durumlarda anal fissür gelişim riskinin 11 kat arttığı saptanmıştır. Islak mendillerin içeriğindeki ana madde, diğer içeriği taşıyan ve dilüe eden sudur. Islak mendillerde suyun yanında nemlendirici, parfüm ve koruyucularla karışık hafif deterjanlar da bulunmaktadır. Bu deterjanlar sıklıkla sodium diampho-acetate and coco phosphatidyl PG-dimonium chloride'ı içeren amfoterik sürfaktanlardır.

Propilen glikol ve gliserin solüsyonun erken kurumasını önlemek ve cildi nemlen-dirmek için eklenir. Selüloz türevleri viskositeyi kontrol eder. Koruyucu olarak sıklıkla metil ve propil paraben içerirler (13). Her ne kadar bunların alkolsüz ve hipo-allergenik oldukları belirtilse de kimyasal iritasyona bağlı olarak cildi kurutabileceği ve dermatite bağlı olarak anal bölgede enfeksiyon oluşumunu tetikleyebileceği düşünülmüştür. Bu anal bölge enfeksiyonlarının da anal fissürlerin oluşumunda ve kronikleşmesinde rol oyna-yabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada konstipasyon tedavisi görmenin, yıkanma sıklığının ve anal bölge bakımı için kullanılan kremlerin anlamlı farklı olmadığı bulundu. Kronik konstipasyonun tedavisi hem uzun ve hem de tedaviye uyumun son derece önemli olduğu bir süreçtir. Hastanın tedaviye uyumu azaldığında alınan yanıt bozulur ve konstipasyon tekrarlar. Çalışmamızda konstipasyon tedavisi almış olmanın anal fissür oluşumunda anlamlı fark yaratmamış olması bu durumla ilişkili olabilir. Yıkanma sıklığı genel hijyenin değerlendirilmesi için soruldu. Ancak ailelerin birçoğu kış mevsiminde çocuğunu sık yıkamasa da anal bölge temizliğine dikkat edebilmektedir. Yıkama sorulduğunda tüm vücut yıkama değerlendirildiğinden etkisi bulunamamış olabilir. Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yıkanma sıklığı haftada bir veya daha seyrek olan grupta anal fissür sıklığı daha yüksektir. Anal bölge bakımı için kullanılan topikal ajanların anal fissürü olan ve olmayan grupta anlamlı farklı olmamasının nedeni nemlendiricilerin her ne kadar deriyi yumuşatsa da enfeksiyona yatkın bir ortam oluşturabileceğine bağlanmıştır. Bu nedenle de önleyici etkilerin ortaya çıkması diğer faktörlere bağlı olabilir.

Sonuç olarak anne sütünün anal fissür gelişimini engellediği; hazır ıslak mendille anal bölge temizliği yapmanın ise anal fissür gelişimi açısından riski arttırdığı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part II. Lesions. Am Fam Physician 2001;64:77-88.

2. Johnson S, Jaksic T. Benign perianal lesions. In: Pediatric Gastrointestinal Disease Eds: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Schneider BL, Senderson IR. B.C. Decker Inc, Hamilton Ontario, 2004; 597-599.
3. Billingham RP, Isler JT, Kimmins MH, Nelson JM, Schweitzer J, Murphy MM. The diagnosis and management of common anorectal disorders. *Curr Probl Surg* 2004;41:586-645.
4. Yılmazlar T. Benign anorektal hastalıklar. In: Memik F, editor. *Klinik Gastroenteroloji*. Bursa: Nobel ve Güneş Tıp Kitapevi, 2004; 498.
5. Garrido R, Lagos N, Lattes K et al. Gonyautoxin: new treatment for healing acute and chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2005;48:335-340.
6. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001;63:2391-2398.
7. Di Lorenzo C. Approach to the child with constipation and encopresis. In: Rudolph CD, Rudolph MR, editors: *Rudolph's Pediatrics*. United States of America: McGraw-Hill, 2002; 1368-1370.
8. Simpson J, Lund JN, Thompson RJ, Kapila L, Scholefield JH. The use of glyceryl trinitrate (GTN) in the treatment of chronic anal fissure in children. *Med Sci Monit* 2003; 9:123-126.
9. Alarcon PA, Tressler RL, Mulvaney A, Lam W, Comer GM. Gastrointestinal tolerance of a new infant milk formula in healthy babies: an international study conducted in 17 countries. *Nutrition* 2002;18:484-489.
10. Lonnerdal B. Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1537-1543.
11. Andiran F, Dayi S, Mete E. Cows milk consumption in constipation and anal fissure in infants and young children. *Paediatr Child Health* 2003;39:329-331.
12. Levy J. Immunonutrition: The pediatric experience. *Nutrition* 1998;14: 641-647.
13. <http://www.madehow.com/Volume-6/Baby-Wipes.html>