

Doğum travması sonucu anal inkontinans gelişen kadınlarda cerrahi tedavi sonuçları

Outcomes of surgical treatment in women with anal incontinence secondary to trauma of delivery

Akın Önder, Zülfü Arıkanoglu, Murat Kapan, Fatih Taşkesen, Abdullah Büyük, Celalettin Keleş

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 15.08.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 29.07.2011

ÖZET

Amaç: Anal inkontinans, gaz ve dışkının istem dışı kaçırılmasıdır ve kadınlarda sıklıkla vajinal doğum esnasında gerçekleşen travmaya bağlı ortaya çıkar. Bu çalışmada vajinal doğum travmasına bağlı anal inkontinans gelişen ve cerrahi uyguladığımız hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Ocak 2005-Aralık 2010 yılları arasında vajinal doğum travmasına bağlı anal inkontinans nedeniyle overlapping sfinkter onarımı uygulanan 15 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 34.7 ± 9.2 (18-49) yıl idi. Sfinkter hasarı hastaların tamamında evre 4 idi. Yırtığın oluşması ile ameliyata kadar geçen süre, hasar sonrası ilk gün ile 17 yıl arasında değişmekteydi. Postoperatif dönemde hastaların 2'sinde yara yeri enfeksiyonu, 1'inde gaz-gaita inkontinansı, 3'ünde gaz inkontinansı gelişti. 11 hastada kontinans sağlandı.

Sonuç: Vajinal doğum travmalarına bağlı sfinkter hasarları ayrıntılı fizik muayene ve dikkatli bir sorgulama ile kolaylıkla tanımlanabilir. Cerrahi tedavi ile memnuniyet verici sonuçlar elde edilebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anal inkontinans, vajinal doğum, overlapping sfinkter onarım

GİRİŞ

Anal inkontinans, anal sfinkter mekanizması ile katı ve/veya sıvı dışkı ve gaz eliminasyonunun kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybı şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Bu durum, haftada bir defa gaz ka-

ABSTRACT

Objectives: Anal incontinence is the involuntary loss of flatus and feces and often occurs, as a reason of trauma due to the vaginal delivery in women. In this study, we aimed to evaluate the results of the patients, who underwent surgery, with anal incontinence due to the vaginal delivery.

Materials and methods: Between January 2005 and December 2010, 15 patients, who had anal incontinence due to the vaginal delivery and underwent overlapping sphincteroplasty, were analyzed retrospectively.

Results: The mean age was 34.7 (range 18-49) years. Sphincter injuries were grade 4 in all patients. The time for the surgery after the formation of vaginal tear varies between the first day after injury and 17 years. Wound infection developed in 2 of the patients. Anal incontinence was revealed in 4 patients in the postoperative period, 3 of them had incontinence of the flatus and 1 of them had flatal and fecal incontinence. Total continence was achieved in 11 patients.

Conclusion: The sphincter injuries due to the vaginal delivery traumas can be easily defined with a detailed physical examination and careful questioning of the medical history. Satisfactory results can be achieved with the surgical treatment.

Key words: Anal incontinence, vaginal delivery, overlapping sphincteroplasty.

çırmaktan, gaz ve dışkının her gün kaçırılmasına kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Toplumda görülme sıklığı popülasyonun özelliklerine göre değişmekle birlikte %2-7 arasında bildirilmektedir.^{2,3} Yaşın ilerlemesi ile birlikte bu sayının da arttığı ve %10'dan fazla olduğu bildirilmiş-

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Akın Önder

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır, Türkiye Email: draonder@gmail.com
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

tir. ^{1,4} Sosyal izolasyona kadar gidebilen, psikolojik yetersizlik hissine neden olabilen ve kişinin cinsel hayatını etkileyen önemli bir durumdur. ⁵ Vajinal doğumlardan sonra anal sfinkter yırtığı kadınlarda anal inkontinansın en yaygın sebebidir ve sıklığı sanılandan daha fazladır. Primiparlarda %13-25 oranında anal inkontinans geliştiği bildirilmektedir. ^{6,7} Vajinal doğum sayısının artması ile bu oranın %44'e kadar yükseldiği bildirilmektedir. ⁸ Bu çalışmada doğum travmasına bağlı anal inkontinans gelişen ve cerrahi uyguladığımız hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2005-Aralık 2010 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde vajinal doğum travmasına bağlı anal inkontinans nedeniyle overlapping sfinkter onarımı uygulanan 15 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sezaryenle doğum yapanlar, ateşli silah yaralanması, trafik kazası ve kesici-delici alet yaralanmaya bağlı sfinkter yaralanmaları çalışma dışında bırakıldı. Hastalarda yaş, doğumun gerçekleştiği yer, doğum sayısı, yapılan cerrahi tedavi ve morbidite araştırıldı. Cerrahi uyguladığımız hastaların ameliyat öncesi değerlendirmelerinde Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen skalaya göre evrelendirildi. ⁹ Bu değerlendirme sistemine göre; 1.derece yırtık: vajinal epitel ile birlikte perineal cilt yırtığı 2.derece yırtık: perineal kas yırtığı (anal sfinkter salim) 3.derece yırtık: 3a- %50 nin altında eksternal sfinkter yırtığı 3b- %50 nin üzerinde eksternal anal sfinkter yırtığı 3c- eksternal sfinkter ve internal sfinkterin birlikte yırtığı 4.derece yırtık: anal sfinkter kompleks yırtığı ve bu yırtığın rektal mukozaya kadar uzanması olarak kabul edilmektedir.

Hastaların tümüne ameliyat spinal anestezi altında gerçekleştirildi. Hastalara ameliyat öncesi idrar sondası takıldı ve operasyon sonrası 3-4 güne kadar tutuldu. Tamir esnasında defekte göre uygun kesi ile vajinal mukoza ile rektum mukozası tam kat olarak diseke edilerek sfinkterlerden ayrıştırıldı. Sonrasında sfinkterlerin ucu iki taraftan serbestleştirilerek ortaya konuldu. Sfinkterler serbestleştirildikten sonra overlapping onarım tekniği için 2/0 polyglactin (vicryl) kullanıldı. Rutin olarak dren yerleştirildikten sonra cilt 3/0 vicryl ile kapatıldı. Hastalara operasyon sonrasında beş gün 3. kuşak

sefalosporin ve anti anaerobik kombinasyonu şeklinde antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastalarda drenen minimal seröz geleni olunca çekildi. Bu süre içerisinde hastaya antiseptik vajinal ovül yanı sıra rivanollü pansuman yapıldı. Hastalara iki aylık süre için cinsel birleşme yasağı önerildi. Ameliyat öncesinde ve sonrasında müdahalenin başarısını ve hasta memnuniyetini objektif kriterlere dayandırabilmek için "Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS)" skorlama sistemi kullanıldı. CCIS'a göre ise hastanın şikayetlerinin sıklığı, inkontinansın gaz, sıvı veya katı dışkı ile oluşmasına ek olarak ped kullanım ihtiyacı ve yaşam şeklinde değişikliğe yol açıp açmadığı değerlendirilerek 0-21 arasında bir puanlama sistemi oluşturulmuştur. ¹⁰ Buna göre 0 puan tam kontinans, 1-7 arası puan iyi kontinans, 8-14 arası puan orta inkontinans, 15-20 arası puan şiddetli inkontinans, 21 puan tam inkontinansı göstermektedir.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 34.7±9.2(18-49) yıl idi. Hastaların 6'sı (%40) 35 yaşın üstündeydi. Üç hasta primipar, 12 ise multipar idi. Hastaların 9'u evde doğumu yaparken, 6'sı hastanede doğum yapmıştı. Hastanede doğum yapanların 4'üne epizyotomi uygulanmıştı. Sfinkter hasarı hastaların tamamında evre 4 idi. Yırtığın oluşması ile ameliyata kadar geçen süre, hasar sonrası ilk gün ile 17 yıl arasında değişmekteydi.

Postoperatif dönemde hastaların 2'sinde yara yeri enfeksiyonu gelişti. 3 ay - 5 yıl arasında, ortalama 2.5 yıl takip edilen hastaların 1'inde gaz-gaita inkontinansı, 3'ünde gaz inkontinansı izlendi. Postoperatif dönemde hastaların 2'sinde yara yeri enfeksiyonu gelişti. Drenaj ve pansuman ile tedavi edildi. Hastaların 1'inde gaz-gaita inkontinansı, 3'ünde gaz inkontinansı devam ederken, 11 hastada kontinans sağlandı. Hastalarımızın ameliyat öncesi dönemde CCIS'a göre puanları 10-19 (ortalama 16) ameliyat sonrası dönemde puanları 1-7 (ortalama 5) olarak değerlendirildi. Genel olarak bakıldığında hastaların tamamına yakınında sonuçlar operasyon öncesine göre olumlu izlendi.

TARTIŞMA

Anal kontinansın mekanizmasında kontinansın internal anal sfinkter, eksternal anal sfinkter ve pubo-

rektal kastan oluşan üçlü bir sfinkter kompleksi tarafından kontrol edilir.⁵ İnternal anal sfinkter distal rektumdaki sirküler düz kasların yoğunlaşmasından meydana gelir. İstirahat halindeki sfinkter tonusu büyük oranda bu kas tarafından sağlanmaktadır ve istemsiz olarak otonom kontrol altındadır. Eksternal anal sfinkter kası ve puborektal kas ise birlikte çalışarak anal kanal basıncını geçici olarak artırarak kontinansın istemli kontrolünü sağlarlar, ancak bunu kısa bir süre devam ettirebilirler. Bu sfinkter kompleksinin travmaya maruz kalması ya da denervasyonu fekal kontinansın bozulmasına ya da tam kaybına neden olabilir.¹⁰ İnkontinans şiddetine etki eden diğer faktörler rektumun kompliansı (genişleyebilme kapasitesi) ve feçesin karakteristiğidir.¹⁰

Anal inkontinans etiyojisi oldukça kompleksdir. Ancak travmatik olanların çoğunluğunu 3. ve 4. derece perine yırtıklarına bağlı sfinkter yaralanmalarına neden olan travmatik vajinal doğumlardır.^{11,12} Bunların içinde en bilinenleri uygunsuz epizyotomiler, anne yaşının 35 yüksek olması, çocuğun 4000 gr'dan daha ağır olması, forseps kullanımı yanında uzamış doğum travmayı ile birlikte oluşan pelvik tabanda denervasyon hasarı ve postpartum pelvik nöropatidir.¹³⁻¹⁶ Hastalarımızın %40'ı 35 yaşın üstündeydi ve dördüne epizyotomi uygulanmıştı. Fizik muayenede hepsi evre 4 ile uyumlu olup doktora başvuruları 17 yıla kadar uzuyordu. Bu durum toplumumuzdaki sosyal önyargılara bağlı olarak kadın hastaların, diğer anorektal hastalıklarda olduğu gibi, rahatsızlık dayanılmaz boyutlara gelmeden doktora başvurmamalarına atfedilebilir.

Anal inkontinanslı hastaların başlangıçta üçte ikisi asemptomatik, üçte biri ise semptomatiktir.¹⁷ İlerleyen yaşla birlikte pelvik taban ve dış anal sfinkterde gelişen kas zayıflığı, iç anal sfinkter incilmesi, ortalama istirahat ve maksimum sıkma basınçlarında azalmalar nedeniyle ile semptomlar belirgin hale gelir.¹⁸ Hastalarımızın 12'si (%80) multipar idi. Hepsinde belirgin olarak gaz-gaita inkontinansı mevcuttu. Anamnezlerinde açıklanması zor, utanç verici ve normal toplumsal yaşamını sürdürmesine engel olabilen bir durumda olduklarını, ayrıca dışkı yapma ve tutma mekanizmalarının kontrolünü tamamen kaybettikleri için anksiyete ve/veya depresyon yaşadıklarını söylediler.

Anal inkontinansın değerlendirilmesinde Elektromyografi(EMG) invaziv bir işlem olup eksternal anal sfinkter ve puborektal kasın elektrik

aktivitesini gösterir. Sfinkteri sağlam olan hastalarda disfonksiyonu belirler.¹⁷ Anal manometre ise anal kanalın istirahat halindeki basıncını gösterir. Endoanal ultrasonografi(EAUS) internal ve eksternal sfinkterler, puborektal kas ve rektovajinal septumun anatomik yapısını inceleyen bir metoddur. Sfinkter defektini ortaya koyabilir. sfinkter yırtığı konusunda altın standart kabul edilmektedir.¹⁹ Hastanemizde EMG, Anal Manometre ve EAUS yapılmadığından hastalar preoperatif ve postoperatif dönemde CCIS'a göre değerlendirildi. Bu değerlendirme teknikleriyle yapılan çalışmada hastaların memnuniyetlerinin iyi olduğu görüldü.

Tedavi, konservatif ve cerrahi olmak üzere ikiye ayrılır. Konservatif tedavide psikolojik yaklaşım, diyet ve tıbbi tedavi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Diyet tedavide karbonhidrat intoleransı gibi altta yatan nedenler tedavi edilmelidir. Ayrıca fiber alımını ve kafeini azaltmak gibi diyet değişikliklerini kapsayabilir. İnkontinans derecesi hafifse ve defekasyon sıklığı fazla ise kodein fosfat ve loperamid gibi ilaçlar barsak motilite ve sekresyonunu azaltarak ve sfinkter basıncını artırarak önemli ölçüde yarar sağlar.²⁰ Hastalarımızda sfinkter hasarı evre 4 olduğundan diyet ve tıbbi tedavi operasyon öncesinde önerilmedi. Hastalara psikolojik ve sosyal uyum açısından psikolog uzmanlarından operasyon öncesi ve sonrasında destek alındı.

Cerrahi tedavide yan yana plikasyon, graciloplasti, perineorafı, postanal anastomoz ve total pelvik taban tamiri gibi teknikler uygulanır. Doğum travmasına bağlı anal inkontinansda ilk 24 saat içinde cerrahi önerilmektedir.^{21,22} Yapılan cerrahi girişim yetersiz veya gözden kaçmış bir yaralanmada en az 3 ay sonrasındaki cerrahinin daha efektif olduğu bildirilmektedir.²³ En basit ve en başarılı cerrahi girişimler arasında overlapping onarım tekniği öne çıkmaktadır. Cerrahların büyük kısmı overlapping tekniğini tercih etmektedirler. Overlapping tekniği ile sfinkter yırtığı olan alan daha iyi dolmakta, bu da bir avantaj olarak gösterilmektedir.²⁴ Erken başarı oranları %60-80 arasında, uzun sonuçları ise %30-50 arasında bildirilmektedir.^{5,25} Bu çalışmada ilk 24 saat içinde bir hasta dışında, diğer hastalar ortalama 3 yıl sonra başvurmuşlardı. Hastalarımızda geç başvurularına rağmen overlapping tekniği ile başarı oranımız %73.3 idi. Cerrahi tedaviye ilaveten yeterli kas egzersiz eğitimi desteği de verildi.

Sonuç olarak, sınırlı hasta sayısı ile yaptığımız bu çalışmada vajinal doğum travmalarına bağlı sfinkter hasarları beraberinde sosyal problemleri taşır. Anal sfinkter yetmezlikleri dikkatli anamnez ve ayrıntılı fizik muayene ile kolayca ortaya konabilir. Anal sfinkter yetmezliğinin cerrahi tedavisinde overlapping sfinkteroplasti etkili ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S. Prevalance of fecal incontinence and its effect on quality of life in elderly individuals living In nursing homes in the city of Izmir. *Turk J Geriatrics* 2008; 11(1):33-41
2. Perry S, Shaw C, McGrother C, et al. Prevalence of fecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002;50(4): 480-4.
3. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Fecal incontinence in adults. *Lancet* 2004;364(9464):621-2.
4. Tpokinova E, Neuwirth J, Stankova M, Mellanová A, Haas T. Urinary and fecal incontinence in geriatric facilities in the Czech Republic (Czech) *Cas Lek Cesk* 1997;136(18):573-7.
5. Maslekar S, Gardiner AB, Duthie GS. Anterior anal sphincter repair for fecal incontinence: Good longterm results are possible. *J Am Coll Surg* 2007;204(1):40-6.
6. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000;43(5):590-6.
7. Faridi A, Willis S, Schelzig P, Siggelkow W, Schumpelick V, Rath W. Anal sphincter injury during vaginal delivery-an argument for cesarean section on request? *J Perinat Med* 2002;30(5):379-87.
8. Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, et al. The association between late-onset Fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004;139(4):429-32.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of third- and fourth-degree perineal tears. London (UK) . 2007 ;29:1-11
10. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36(1):77-97.
11. Koukralis G, Andromanos N. Evaluating patients with anorectal incontinence. *Surg Today* 2004;34(4):304-12.
12. Pinta TJ, Kylanpaa ML, Salmi TK, Teramo KAW, Luukkonen PS. Primary sphincter repair: Are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum* 2004;47(1):18-23
13. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108(7):678-83.
14. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001;98(2):225-30.
15. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1543-9.
16. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ* 2002;166(3):326-30.
17. Dee Fenner. Anal incontinence: Relationship to pregnancy, vaginal delivery and cesarean section. *Semin Perinatol* 2006;30(5):261-6.
18. Yücel E, Sücüllü İ, Filiz İA ve ark. Üriner inkontinansın anal inkontinans ile birlikteliğinin değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2008;39(3):95-9.
19. Maslowitz S, Jaffa A, Levin I, Almog B, Lessing JB, Wolman I. The Clinical significance of postpartum transperineal ultrasound of the anal sphincter. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 2007;134(1):115-9.
20. Çalışkan C, Korkut MA, Akgün ZE, Osmanoğlu HA. Travmatik anal inkontinansın cerrahi tedavisi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2008;18(2):93-6.
21. Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(4):318-23.
22. Stepp KJ, Siddiqui NY, Emery SP, Barber MD. Textbook recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2006;107(2):361-6.
23. Fang DT, Nivatvongs S, Vermeulen FD, Herman FN, Goldberg SM, Rothenberger DA. Overlapping sphincteroplasty for acquired anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1984;27(11):720-2.
24. Halverson AL, Hull TL. Long-term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 2002;45(3):345-8.
25. Karoui S, Leroi AM, Koning E, Menard JF, Michot F, Denis P. Results of sphincteroplasty in 86 patients with anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(6):813-20.