

Anal fissür: kabızlığın bir komplikasyonu mu?

Anal fissure: is it a complication of constipation?

Mehmet Ali Özen, Egemen Eroğlu

Gönderilme tarihi: 20.11.2019

Kabul tarihi: 25.12.2019

Özet

Amaç: Anal fissürün etiyolojisi hakkında çeşitli teoriler olmasına rağmen genel bir fikir birliği bulunmamaktadır. En popüler teorilerden bir tanesi kabızlık ve sert gaytaya sekonder anal kanal travması ve buna bağlı mukozal yırtılma ile anal fissürün geliştiğidir. Bu çalışmada anal fissür tanısı konulan hastalarda başlangıçta eşlik eden kabızlığı araştırmayı ve anal fissür ile kabızlık arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Akut anal fissür tanısı konulan hastalar başvuru yaşları, yakınmaları, anorektal muayene özellikleri, fissür veya fissürlerin anatomik lokalizasyonları bakımlarından değerlendirildi. Anal fissüre eşlik eden fonksiyonel kabızlık Roma IV kriterleri uygulanarak değerlendirildi ve tanı bu şekilde konuldu.

Bulgular: En sık başvuru yakınması rektal kanamayıdı. Popo temizliği yapılan mendil veya peçetede kan görülmesi olguların %69,6'sında mevcut iken gayta üzerinde kan görülmesi olguların %20,6'sında bulunmaktaydı. Roma IV kriterlerine göre hastaların %8,8'inde kabızlık saptandı. Yapılan fizik muayenede anal fissür, hastaların %10,7'sinde anterior duvarda, %8,8'inde lateral duvarda, %72,5'inde ise posterior duvarda tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada tespit edilen anal fissüre eşlik eden kabızlık oranı mevcut literatürde sağlıklı çocuklarda tespit edilen kabızlık oranlarından daha yüksek değildi. Bu sonuçlar çocuklarda anal fissür etiyolojisini açıklamada kabızlık ve sert gayta teorisinin yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle anal fissür etiyolojisinde yüksek bazal internal sfinkter basıncı ve buna bağlı iskemi gibi diğer teorileri akılda tutmak gerekir.

Anahtar kelimeler: Anal fissür, kabızlık, Roma IV, çocuk.

Özen MA, Eroğlu E. Anal fissür: kabızlığın bir komplikasyonu mu?. Pam Tıp Derg 2020;13:163-167

Abstract

Purpose: Although there are various theories about the etiology of anal fissure, there is no general consensus. One of the most popular theories is the development of anal fissure after anal canal trauma secondary to constipation. In this study, we aimed to investigate the initial concomitant constipation in patients diagnosed with anal fissure.

Materials and methods: Patients diagnosed with acute anal fissure were evaluated according to age, presenting symptoms, anorectal examination findings and anatomic localizations of the fissures. Functional constipation accompanying anal fissure was evaluated by applying the Roma IV criteria and the diagnosis was made in this way.

Results: The most common presenting symptom was rectal bleeding. While the presence of blood in the butt-cleaned napkins was found in 69.6% of the cases, the presence of blood on the stool was found in 20.6% of the cases. Constipation was found in 8.8% of the patients according to Roma IV criteria. In the physical examination, anal fissure was detected in the anterior wall in 10.7%, lateral wall in 8.8%, and in the posterior wall in 72.5% of the patients.

Conclusion: In this study, constipation rate in children with anal fissure was not higher than the rate of constipation in healthy children in the current literature. These results suggest that constipation and hard stool theory may be insufficient in explaining the etiology of anal fissure in children. Therefore, other theories such as high basal internal sphincter pressure and related ischemia should be kept in mind.

Key words: Anal fissure, constipation, Roma IV, child.

Özen MA, Eroğlu E. Anal fissure: is it a complication of constipation? Pam Med J 2020;13:163-167.

Giriş

Anal fissür, genellikle anal kenardan dentat hatta kadar uzanan doğrusal veya gözyaşı damlası şeklinde olan mukozal yırtıklar şeklinde gözlenmektedir. Çocukluk çağında özellikle de 6-36 aylar arasında daha sık rastlanmaktadır [1-3]. Anal fissürün patofizyolojisi hakkında çeşitli teoriler olmasına rağmen kesin neden halen belirsizliğini korumaktadır [3, 4]. En popüler teorilerden bir tanesi kabızlık ve sert gaytaya sekonder anal kanal travması sonrası mukozal yırtılma ve anal fissürün geliştiğidir [5-7]. Başka bir hipotezde ise bazal internal sfinkter tonusu yüksek olan hastalarda, inferior rektal arterin dallarının sfinkterin intermusküler septalarından geçtiği ve buradaki spazm nedeniyle özellikle rektum arka duvarında iskemik bölgenin oluştuğu ve bunun da anal fissürün esas nedeni olduğu ileri sürülmektedir [8, 9]. Hipotezlerde hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu ise belirsizliğini korumaktadır.

Çalışmamızda anal fissür tanısı konulan hastalarda başlangıçta eşlik eden kabızlığı araştırmayı ve anal fissür ile kabızlık arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem

Çalışma için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan lokal etik onay alındıktan sonra Kliniğimiz'de 2017 ile 2019 yılları arasında akut anal fissür tanısı ile tedavi uygulanan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Kabızlığa neden olabilecek nörolojik, anatomik ve metabolik bozukluğu olan çocuklar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar başvuru yaşları, cinsiyetleri, yakınmaları, anorektal muayene özellikleri, fissür veya fissürlerin anatomik lokalizasyonları bakımlarından değerlendirildi. Akut anal fissür literatürde genel olarak tanımlandığı şekilde; yakınmaları başladıktan itibaren 4-6 haftayı geçmeyen, geçmişlerinde benzer atakları olmayan ve fizik muayenede fissür gözlenen hastalar olarak kabul edildi [10-12]. Anal fissüre eşlik eden fonksiyonel kabızlık Roma IV kriterleri uygulanarak değerlendirildi ve tanı bu şekilde konuldu (Tablo 1) [13].

Başvuru öncesinde anal fissür tanısı ile daha önce herhangi bir tedavi uygulanan hastalar, nüks veya kronik anal fissürü olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular

Kliniğimizde 2017-2019 yılları arasında 128 hastaya anal fissür tanısı konuldu. Kriterleri karşılayan 102 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma dışı kalan 26 hastadan 11'i daha önce anal fissür tanısı ile tedavi görmüştü. Sekiz hastada intestinal sistemi de etkileyen nörolojik hastalık saptanırken, 6 hastada anorektal anomali veya bu bölgeyi etkileyen cerrahi girişim mevcuttu. Bir hastada ise hipotiroidi ve kabızlık birlikteliği mevcuttu. Hastaların yaş aralığı en küçüğü 6,5 ay, en büyüğü 48 ay, ortanca yaş 26 ay olacak şekildeydi. Erkek çocuklarda anal fissür daha sık saptandı (%53).

Başvuru yakınmalarında popo temizliği yapılan mendil veya peçetede kan görülmesi olguların %69,6'sında (71 hasta) mevcut iken gayta üzerinde kan görülmesi olguların %20,6'sında (21 hasta) mevcuttu. Popo temizliği sırasında huzursuzluk, ağlama veya ağrı yakınması hastaların %60,7'sinde (62 hasta) bulunmaktaydı. Sert veya büyük hacimli gayta yapma öyküsü hastaların %6,8'inde mevcuttu (7 hasta). Gayta yaparken huzursuzluk, ağrı veya terleme ise %15,6 (16 hasta) hastada bulunmaktaydı (Tablo 2).

Yapılan fizik muayenede hastaların %10,7'sinde (11 hasta) anterior duvarda, %8,8'inde (9 hasta) lateral duvarda, %72,5'inde (74 hasta) posterior duvarda anal fissür saptanırken, %7,8 (8 hasta) hastada ise multiple fissür mevcuttu. Rektal muayenede hastaların %7,8'inde sert kitle şeklinde gayta parçası tespit edildi. Hastaların öykü, başvuru yakınmaları ve fizik muayene bulguları Roma IV kriterlerine göre değerlendirildiğinde hastaların %8,8'inde (9 hasta) kabızlık mevcuttu.

Tablo 1. Fonksiyonel kabızlık tanı ölçütleri (Roma IV).

< 4 yaş, en az bir ay süresince aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bulunması:

- Haftada iki ya da daha az dışkılama
- Aşırı dışkı birikme öyküsü
- Ağrılı ve sert dışkılama
- Büyük çaplı dışkılama
- Rektumda büyük bir dışkı kütesinin bulunması

Tablo 2. Hastaların başvuru sırasındaki yakınmalarının dağılımı.

Yakınma	n (%)
Mendil veya peçetede kan	71 (%69,6)
Gayta üzerinde kan	21 (%20,6)
Popo temizlenirken huzursuzluk,ağlama, ağrı	62 (%60,7)
Sert veya büyük hacimli gayta	7 (%6,8)
Gayta yaparken terleme, huzursuzluk, ağrı	16 (%15,6)

Tartışma

Anal fissüre bağlı yakınmalar özellikle de bunlardan rektal kanama, çocukluk çağında çocukların çocuk cerrahisi bölümüne getirilmesindeki en önemli sebeplerden biridir [1, 2, 14, 15]. Literatürde anal fissürün kız ve erkek çocuklar arasında görülme sıklığı bakımından belirgin bir fark bildirilmemiştir [2, 7, 16]. Mevcut çalışmada erkek çocuklarda (%53) anal fissür daha sık tespit edilmekle beraber oranlar birbirine oldukça yakın çıkmıştır.

Anal fissürün etiyolojisi ve yönetimi halen tartışmalı olup belirsizliğini korumaktadır. Hastalığın etiyolojisinde en çok suçlanan ve en popüler teorilerden bir tanesi kabızlık ve sert gaytaya bağlı olarak travma sonrası mukozal yırtılmaların oluştuğu ve anal fissürün geliştiğidir [5-7]. Kabızlığın gerçek prevelansını söylemek zordur. Yapılan çalışmalarda çocuklarda fonksiyonel kabızlığın insidansı %29'a kadar yüksek oranda rapor edilmekle beraber, çoğunlukla %8-14 oranlarında bildirilmiştir [14, 17, 18]. Tanımlama da ise aile öyküsü ön planda olduğu için subjektif veriler ile sonuçlar elde edilebilmektedir. Mevcut çalışmamızda objektif tanımlama yapabilmek ve hasta yakınlarının daha kolay ve doğru ifade edebilmelerini sağlamak için Roma IV kriterleri kullanılmıştır. Dışkılama sıklığı, rektumda

kitlesel dışkı varlığı ve dışkının şekli gibi verilere dayanan Roma IV kriterleri ile hastaların sadece %8,8'inde anal fissüre eşlik eden kabızlık saptanmıştır. Çalışmada tespit edilen bu oran mevcut literatürde sağlıklı çocuklarda tespit edilen kabızlık oranlarından daha yüksek değildir. Diğer bir deyişle anal fissürü olan çocuklarda daha yüksek oranda kabızlık tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar çalışmadaki yaş aralığındaki çocuklarda anal fissür etiyolojisini açıklamada kabızlık ve sert gayta teorisinin yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Kabızlık ile ilgili teoriye göre kabızlığa sekonder anal fissürün geliştiği ileri sürülmüştür. Ancak mevcut çalışmada anal fissüre yol açtığı ifade edilen sert ve büyük gayta hastaların sadece %6,8'inde bulunmaktaydı. Mevcut sonuçlar düşünüldüğünde anal fissürün kabızlığın bir komplikasyonu olmadığını, kendi başına ayrı bir patoloji olduğunu, belki de komplikasyondan ziyade birlikte görülme gibi bir durumun söz konusu olabileceğini düşünmekteyiz.

Anal fissür etiyolojisini açıklamak için ileri sürülen bir diğer teori ise zaten bu çocuklarda internal anal sfinkter bazal basıncının yüksek olduğudur [6, 8]. Burada anorektal bölgeyi, özellikle de arka duvarı besleyen vasküler yapıların (inferior rektal arterin dalları) internal sfinkter içerisine dallar verdiği belirtilmektedir [6,

8, 19]. İnternal sfinkterin kas yapıları arasında yüksek basınç nedeniyle vasküler dolaşımın bozulduğu ve anorektal bölgenin arka duvarında iskemik bir alanın oluştuğu belirtilmektedir [6, 8, 19]. Mevcut çalışmadaki anal fissürlerin büyük çoğunluğunun arka duvarda (tek başına olguların %72,5'inde, multipl fissür olanların içindekiler ile beraber olguların %79,4'ünde) olduğu düşünüldüğünde bu teorinin anal fissür etiyojisini açıklamada daha ön planda olabileceğini düşünmekteyiz.

Mevcut çalışmanın primer amacı olmamakla beraber hastalara uygulanan tedavi ve sonuçlarına bakıldığında; kabızlığın eşlik ettiği hasta grubuna diyet değişikliği, oturma banyosu, gliserin fitil veya gliserin + sorbitol lavman, lokal anestezi, oral laktüloz veya oral makrogol 4000 tedavileri uygulandı. Kabızlığın eşlik etmediği anal fissür hastalarına ise oturma banyosu ile birlikte endoanal %0,2 nitrogliserin merhem tedavisi uygulandı. Kabızlık ile birlikte anal fissür olan grupta hastaların %77,7'sinde yakınmalarda düzelme saptanırken, anal fissür hastaların %55,5'i iyileşti. Kabızlık olmayan grupta ise hastaların %89,2'sinde başvurma yakınmalarında düzelme gözlemlendi. Anal fissür ise hastaların %78,4'ünde iyileşti.

Çalışmamızın başlıca sınırlayıcı faktörleri; retrospektif tasarımı, ileri yaş grubu çocukların bulunmaması ve sağlıklı çocukları içeren kontrol grubunun olmamasıdır. Bununla birlikte, mevcut İngilizce literatürde çocuklarda anal fissür ve kabızlık birlikteliğini güncel Roma IV kriterlerini uygulayarak irdeleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın çocuklarda anal fissürün altında yatan patogenezi netleştirmeye yardımcı olabileceğine ve daha fazla çalışma tasarımına rehberlik edebileceğine inanıyoruz. Mevcut sonuçlardan sonra özellikle anal manometri ile kanal basıncını içerecek çalışmalar konunun tamamıyla aydınlığa kavuşturulmasında yardımcı olabilir.

Sonuç olarak anal fissüre yol açan altta yatan gerçek nedenler ile ilgili bir fikir birliği bulunmamaktadır. Kabızlığın mı anal fissüre yol açtığı yoksa tam tersi internal sfinkter hipertonsitesi ile anal fissüre sekonder kabızlığın mı geliştiği konusunda belirsizlik mevcuttur. Mevcut çalışmada anal fissürü olan çocuklardaki kabızlık bulunma oranı toplumdaki benzer yaş aralığındaki çocukların kabızlık oranından daha yüksek değildir.

Daha ileri yaş gruplarında ve erişkinde geçerli olabilecek anal fissür için kabızlık hipotezinin mevcut çalışma yaş aralığında geçerli olamayabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle anal fissür etiyojisinde yüksek bazal internal sfinkter basıncı ve buna bağlı iskemiye akılda tutmak gerekir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda anal fissürün kabızlığın bir komplikasyonu gibi gözükmediğini, bu iki patolojinin birlikte görülebilen iki ayrı durum olabileceğini veya anal fissüre sekonder kabızlığın gelişebileceğini düşünmekteyiz.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Çetinkuşun S, Kürekçi E, Demirbağ E, Atay AA. İnfant ve çocukluk döneminde gastrointestinal sistem kanamaları. Ayın kitabı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi 2005;47-49.
2. Narcı A, Çetinkuşun S. Çocuklarda anal fissürler. Kocatepe Tıp Dergisi 2007;8:19-21.
3. Cevik M, Boleken ME, Koruk I, et al. A prospective, randomized, double-blind study comparing the efficacy of diltiazem, glyceryl trinitrate, and lidocaine for the treatment of anal fissure in children. *Pediatr Surg Int* 2012;28:411-416. <https://doi.org/10.1007/s00383-011-3048-4>
4. Joda AE, Al-Mayoof AF. Efficacy of nitroglycerine ointment in the treatment of pediatric anal fissure. *J Pediatr Surg* 2017;52:1782-1786. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.04.003>
5. Schlichtemeier S, Engel A. Anal fissure. *Austr Prescriber* 2016;39:14-17. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2016.007>
6. Poh A, Tan KY, Seow Choen F. Innovations in chronic anal fissure treatment: a systematic review. *World J Gastrointest Surg* 2010;27:231-241. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v2.i7.231>
7. Kenny SE, Irvine T, Driver CP, et al. Double blind randomised controlled trial of topical glyceryl trinitrate in anal fissure. *Arch Dis Child* 2001;85:404-407. <https://doi.org/10.1136/adc.85.5.404>
8. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C. Topography of the inferior rectal artery: A possible cause of chronic primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989;32:43-52. <https://doi.org/10.1007/bf02554725>
9. Schouten WR, Briel JW, Aurwerda JJA, et al. Anal fissure: new concepts in pathogenesis and treatment. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:78-81. <https://doi.org/10.3109/00365529609094734>
10. Nelson R. A systematic review of medical therapy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2004;47:422-431. <https://doi.org/10.1007/s10350-003-0079-5>

11. Steele SR, Madoff RD. Systematic review: the treatment of anal fissure. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;15;24:247-257. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.02990.x>
12. Jahnn B, Ashurst JV. Anal Fissures. *SourceStatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Aug 22.
13. Sindirim rehberi, Roma IV ölçütlerinin temel alındığı fonksiyonel sindirim sistemi hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu. Türk Pediatri Kurumu Derneği ve Türk Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği.
14. Walter AW, Hovenkamp A, Devanarayana NM, Solanga R, Rajindrajith S, Benninga MA. Functional constipation in infancy and early childhood: epidemiology, risk factors and healthcare consultation. *BMC Pediatr* 2019;15:285. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1652-y>
15. Rintala Risto J, Mikko P. Other disorders of the anus and rectum, anorectal function. In: Coran Arnold G, editor. *Pediatric surgery 7th ed*. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012.p.1311-1320.
16. Tander B, Güven A, Demirbağ S, Ozkan Y, Oztürk H, Cetinkurşun S. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl-trinitrate ointment in the treatment of children with anal fissure. *J Pediatr Surg* 1999;34:1810-1812. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(99\)90318-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(99)90318-4)
17. Turco R, Miele E, Russo M, et al. Early-life factors associated with pediatric functional constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:307-312. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000209>
18. Walter AW, Hovenkamp A, Devanarayana NM, Solanga R, Rajindrajith S, Benninga MA. Functional constipation in infancy and early childhood: epidemiology, risk factors and healthcare consultation. *BMC Pediatr* 2019;15;19:285. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1652-y>
19. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1994;37:664-669. <https://doi.org/10.1007/bf02054409>

Etik onayı: Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 10.12.2019 tarih ve 2019.387.IRB2.120 karar numarası ile lokal etik onayı alınmıştır.