

KRONİK ANAL FİSSÜR TEDAVİSİNDE YENİ BİR TEKNİK LATERAL SUBKÜTAN İNTERNAL SFİNKTEROTOMİ

Dr. Seyfi Akşehirli*

Özet : 12 Kronik anal fissürlü hastaya poliklinikte, lokal anestezi altında, tarif ettiğimiz modifiye teknikle lateral subkütan internal sfinkterotomi yaptık. Bütün hastalarda anal fissür kısa zamanda iyileşti, hiçbir hastada kalıcı komplikasyon olmadı. Bu da göstermektedir ki bu teknik kronik anal fissür tedavisinde kolay, etkinliği yüksek, ucuz ve komplikasyonu çok az bir yöntemdir.

Summary : A new lateral internal subcutaneous sphincterotomy technique for the treatment of chronic anal fissure is described. This technique was used in 12 patients. In all patients, fissure was healed completely in a few days with no permanent complication.

GİRİŞ :

Kronik anal fissür, genel cerrahi bölümüne başvuran hastalardaki en sık iki anüs hastalığından biridir. Kronik anal fissür tedavisinin cerrahi olduğu anlaşıldıktan sonra üç tür ameliyat yaygın olarak kullanılmıştır : 1) Anal dilatasyon, 2) Fissür eksizyonu, 3) İnternal sfinkterotomi. Son yıllarda internal sfinkterotomi gittikçe artan bir rağbet görmüş ve çeşitli modifiye teknikleri geliştirilmiştir. Bu modifikasyonların en iyi kısımlarını alarak düzenlediğimiz lateral subkütan internal sfinkterotomi tekniğini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde 12 kronik anal fissürlü

* K. Ü. Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

hastaya uyguladık. Ameliyat tekniğimiz ve aldığımız sonuçlar bu yazıda sunulmuştur.

AMELİYAT TEKNİĞİ :

Bu ameliyat bütün hastalara kronik anal fissür tanısı konar konmaz poliklinikte uygulanı. Herhangibir ameliyat hazırlığı ve premedikasyon yapılmadı. Hasta diz-dirsek pozisyonunda muayene masasına yatırıldıktan sonra zefiran veya mersol ile anal bölge temizliği yapıldı. Sol el işaret parmağı anüse sokulduktan sonra anüsün sağ lateralinde hemen anüs kenarına deri altına 0,5 ml Citanest % 1 enjeksiyonda edildi. Sonra iğne submukozal olarak ilerletilirken 2 ml Citanest % 1 daha verildi. No. 11 bistüri herhangi bir insizyon yapılmadan anüs kenarının hemen lateralinden deri altına sokuldu ve mukozaya paralel olarak submukozada bıçak boyu kadar ilerletildi. Bu sırada anüs içindeki sol el işaret parmağı da bıçağa kılavuzluk etti. Daha sonra bıçağın kesici kenarı laterale çevrildi. Bıçak dışı doğru bastırılarak çekilirken internal sfinkter içten dışı doğru kesildi. Anüsteki parmakla yapılan muayenede mukoza altında anal kanal boyunca bir çukuk meydana gelmiş olduğu palpe edildi ve bu oluğa iki dakika baskı yapılarak hemostaz sağlandı. Bistüri giriş deliği üzerine bir gaz yerleştirildikten sonra analjezik reçetesi ile hasta evine gönderildi. Ameliyatın ertesi günü normal işine başlayabileceği, bir hafta ve iki hafta sonra kontrole gelmesi tembih edildi.

KLİNİK MATERYEL :

Kronik anal fissür teşhisi konarak yukarıda anlatılan teknikle lateral subkütan internal sfinkterotomi yapılan 18 - 51 yaşlarındaki (Ortalama 29 yaş) 12 hastanın 7 si kadın, 5 i erkekti.

12 hastanın hepsinde defekasyon sırasında anüste ağrı ve kabızlık şikayeti vardı. 10 hastada defekasyon dışı zamanlarda da ağrı, 9 hastada defekasyon sırasında damla damla parlak kırmızı kanama oluyordu.

Bu semptomlar 4-12 senedir (ortalama 7 yıl) bulunuyordu. Bütün hastalar bize gelmeden önce çeşitli ilaçlar ve sıcak su oturma banyoları kullanmışlar, fakat fayda görmemişlerdi.

12 hastanın 10'unda kronik anal fissür arka orta hatta, birinde ön orta hatta, birinde de hem arka hem ön orta hatta idi.

Bu 12 hastaya yukarıda anlatılan teknikle lateral subkütan internal sfinkterotomi yapıldı. Ameliyattan bir hafta, iki hafta ve üç ay sonra kontrollere çağırıldı. 12 hastanın 10'u bir hafta sonra, 12 si iki hafta sonra kontrole geldiler. 3 ay sonra ise 11 hasta kontrole geldi. Kontrole gelmeyen bir hastaya da mektupla sorular sorulup cevaplar alındı.

BULGULAR

Bir hafta sonra kontrole gelen 10 hastanın 9'unda anal fissür üzerinin parlak pembe bir mukoza ile örtülmüş olduğu, kalan bir hastada da fissürde % 50 küçülme olduğu görüldü. İki hafta sonraki kontrolde ise 12 hastada da fissür tamamen iyileşmişti. 3 ay sonra kontrole gelen 11 hastada rekürrens yoktu. Mektuplaşılan bir hastada da hiçbir şikâyet bulunmadığı öğrenildi.

Hastaların hiçbiri ameliyattan 24 saat sonradan itibaren analjezik alma ihtiyacı hissetmemişlerdir. Defekasyon sırasında ağrı 9 hastada ameliyattan 3 gün sonra, 2 hastada 4 gün sonra, 1 hastada da 7 gün sonra kaybolmuştu. Defekasyon sırasında kanama hiçbir hastada görülmedi.

Hiçbir hastada ameliyattan sonra konan gazlı bezi değiştirecek kadar ameliyat yeri kanaması olmamıştı. Ameliyat yerinde hematomi, abse ve fistül gibi komplikasyonlar da hiçbir hastada görülmedi. 3 hastada ameliyattan sonra bir hafta kadar süren gaz inkontinansı oldu. 2 hafta sonra kontrole geldiklerinde hiçbir hastada gaz ve gaita inkontinansı veya çamaşırda leke bırakan akıntı yoktu.

TARTIŞMA

Kronik anal fissür tedavisinde yaygın olarak kabul edilmiş sadece 3 metod vardır. Bunlardan en basiti anal dilatasyondur. Fakat bu metodun etkinliği az, komplikasyon oranı ise yüksektir. Ayrıca anal dilatasyondan sonra % 10-16 oranında rekürrens bildirilmiştir (3,6).

Fissürün cerrahi eksizyonu ise en yaygın olarak kullanılan methodudur. Fakat bu ameliyattan sonra da yaranın iyileşmesi haftalar

alır, sıklıkla «anahtar deliği» deformitesi meydana gelerek devamlı akıntı kaşıntı ve iç çamaşırlarda kirlenmeye sebep olur.

Kronik anal fissür ile internal sfinkter arasındaki ilgi çok eskilerden beri bilinmektedir. Fakat hangisinin primer, hangisinin sekonder olduğu henüz tam anlaşılmış değildir. Hancock 1977 de fissürlü hastalarda maksimal anal basıncın normal kişilerden daha yüksek olduğunu ve lateral subkütan internal sfinkterotomi yapınca bu basıncın % 26 azalarak kontrollerle aynı seviyeye indiğini gösterdi (4).

Eisenhammer 1951'de ilk kez sadece internal sfinkterin kesilmesi ile kronik anal fissürün iyileşebileceğini gösterdi. Daha sonra birçok cerrah tarafından da kullanılan bu metotta internal sfinkter orta orta hatta veya fissür tabanında kesiliyordu. Ameliyattan sonra yaranın ve fissürün iyileşmesi 4 haftadan uzun sürüyor ve inkontinens oranında yüksekti (5).

Lateral subkütan internal sfinkterotomi ilk kez 1967 de Parks tarafından teklif edildi (3). Parks sirkumferensiyal perianal insizyon yaparak internal sfinkteri kesiyor, sonra deriyi primer olarak dikiyordu. Bu metodun büyük avantajı anal kanalda herhangi bir ameliyat yarısı olmamasıydı. Notaras ise dar bistüri kullanarak deri veya mukozada insizyon yapmadan kör olarak lateral subkütan internal sfinkterotomiyi ilk kez tarif etti (1968) (7).

Daha sonra lateral subkütan internal sfinkterotomi tekniğinde birçok değişiklikler tekli fedildi. Genel anestezi yerine kaudal veya lokal anestezi kullanıldı (1,2). Anal retraktör veya anaskop yerine sol el işaret parmağı anüs sokularak kör olarak sfinkterotomi yapıldı (5). Bazı yazarlar anal kanala longitudinal insizyon yaparak bazıları da perianal deriye sirküler insizyon yaparak internal sfinkteri açığa çıkarıp kestiler (1,2,8). Bu insizyonu tamamen veya parsiyel olarak dikenler olduğu gibi hiç dikmeyip sekonder iyileşmeye bırakılarda oldu. Bazıları ise hiç insizyon yapmayıp sivri uçlu dar bir bistüriyi deriden sokarak sfinkterotomi yaptılar (5,9). Bu metodlarda bistüri ya submukozal olarak sokulup laterale doğru bastırarak veya internal ve eksternal sfinkterler arasına sokulup lümene doğru bastırılarak internal sfinkter kesildi. Lateral internal sfinkterotomi için bazıları sağ, bazıları sol laterali kullandılar. (1,2,9).

Biz bu metodların en iyi yönlerini birleştirerek yukarıda tarif ettiğimiz modifiye tekniği ortaya çıkardık ve uyguladık.

Lokal anestezi kullandığımız için hem kaudal veya genel anestezi-
nin risklerini ortadan kaldırdık hemde hastaların hastaneye yatma zo-
runluluğunu yokettik. Mukoza veya deriye insizyon yapmadığımız için
ameliyat yarası iyileşmesi birkaç günde tamamlandı. Anoskop veya
anal retraktör gibi herhangi bir özel alete ihtiyaç hissetmeden sol el
işaret parmağımızı anal kanala sokup klavuz olarak kullandık. Bis-
türiyi önce içerdeki işaret parmağımızın klavuzluğunda submukozal
olarak ilerletip sonra dışa doğru bastırarak internal sfinkteri kestiği-
miz için mukozanın delinip buradan enfeksiyon ve fistül gelişmesi
ihtimalini de ortadan kaldırdık. Anüs duvarında tam sol lateralde
anatomik olarak hemorroid venpleksusu vardır ve buradan yapılan
sfinkterotomilerde kanama ve hematom ihtimali fazladır. Halbuki biz
sfinkterotomi yeri olarak sağ laterali (ön ve arka hemorroid ven plek-
susları arasını) kullandık. Hiçbir hastamızda postoperatif kanama ve
hematom meydana gelmedi.

Tedavi ettiğimiz kronik anal fissürlü 12 hastada aldığımız sonuç-
larda göstermektedir ki modifiye ettiğimiz bu teknik kolay, etkinliği
yüksek komplikasyonu az, poliklinik veya muayenehanede uygulanabi-
len kısa zamanda iyileştiren, hastaneye yatmayı gerektirmeyen,
ucuz ve hastayı en az süre işinden alıkoyan bir tedavi şeklidir.

KAYNAKLAR

1. Abcarian H: Lateral-Internal sphincterotomy. Surg. Clin. N. Am. 55: 177, 1975.
2. Bailey R.V., Ruben R.S., Salvati E.P.: Lateral Internal Sphincterotomy Dis. Col. Rec. 21 : 584, 1978.
3. Goligher J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Edition 3. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1975.
4. Hancock B.O.: The internal sphincter and anal fissure. Br. J. Surg. 64: 92, 1977.
5. Hunter A.: Symposium: Anorectal Problems: Lateral subcutaneous anal sphincterotomy. Dis. Col Rec. 18: 665, 1975.
6. Mezier W.P., De Moraes R.T., Dignan R.D.: Anal fissure and anal ulcers Surg. Clin. N. Am. 58: 479, 1978.
7. Notares M.J.: The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy : A technique and results. Br. J. Surg 58: 96, 1971.
8. Rudd W.W.H.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. Dis. Col. Rect. 18: 319, 1975.
9. Sohn N., Weinstein M.A.: Acute anal fissure: Treatment by lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy. Am. J. Surg. 136: 277, 1978.