

**ANAL FİSSÜRLERİN TEDAVİSİNDE YENİ VE ETKİLİ BİR
CERRAHİ YÖNTEM
SÜBKÜTANÖZ LATERAL İNTERNAL SFİNKTEROTOMİ**

Nihat BENGİSU*
Ahmet ERKİLİÇ**
Erdoğan SÖZÜER**
Metin ŞEN*
Yaşar YEŞİLKAYA*
Seyfi AKŞEHİRLİ***

Ö Z E T :

Subkütanöz lateral internal sfinkterotomi (SLİS), halen kronik anal fissürlerin tedavisinde kullanılan yöntemlerin en geçerlisidir. 1982 - 1984 yılları içinde kronik anal fissürlü 88 hastaya SLİS uygulandı. Düzenli kontrole gelen 51 hastanın tedavi sonuçları gözden geçirildi. 19 hastada ek olarak anal dilatasyon yapıldı. Hastaların % 96.2 sinde tam şifa, % 1.9 unda nüks, % 1.9 unda sıvı inkontinansı görüldü. Sonuçta SLİS 2 hafta içinde dramatik kür sağlayan ,basit ve etkili bir yöntem olarak kabul edildi.

S U M M A R Y :

At present, subcutaneous lateral internal sphincterotomy (SLIS) is the most popular procedure in the treatment of chronic anal fissure. Between 1982 - 1984 we had applied this procedure to 88 patients who had been suffering from chronic anal fissura. The results in 51 patients who had come for regular controls, have been reviewed and compared to those in the literature. 19 patients had been subjected to anal dilatation in addition to sphincterotomy. In 96.2 % of patients results were excellent. There was only one case of recurrence, one case of liquid soliling. Thus, it can be concluded that internal lateral sphincterotomy is an easy and effective procedure, which provides a dramatic cure in fissure in ano.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Öğretim Üyesi.

(**) Aynı Fakülte Araştırma Görevlisi.

(***) Genel Cerrahi Serbest Uzman Hekim.

GİRİŞ :

Anal fissür medikal tedaviye iyi cevap vermeyen, hastaların uzun süre ızdırap çekmesine sebep olan ve bu yüzden direkt cerrahi pratiği ilgilendiren ve çok sık rastlanan anal bir hastalıktır. Ağrılı defekasyon, rektal kanama, defekasyon zorluğu, perianal kaşıntı, sızı, fekal veya seröz akıntı gibi semptomlar ile kendini belli eder. Medikal tedaviye yeterli cevap vermeyen ve sıklıkla kronikleşme gösteren çok can sıkıcı bir hastalıktır. Konservatif tedaviye cevap vermemesi internal sfinkterin kalıcı spazmına bağlanmaktadır (16, 10). Söz konusu muhtemel spazmı kaldırmak ve böylece iyileşmeyi sağlamak gayesi ile, sfinkterotomiler başta olmak üzere, çok çeşitli cerrahi yöntemler denenmiştir. Son zamanlarda popüler olan lateral internal sfinkterotominin (LIS), teratöfik etkisinin sebebi tartışma konusu olmakla birlikte, sonuçları gayet yüz güldürücüdür (2, 4, 8 - 18).

Bu çalışma kliniğimizde başlangıçta deneme mahiyetinde subkütanöz lateral internal sfinkterotomi uyguladığımız bir kaç hastadan dramatik olumlu sonuçlar elde etmemiz üzerine, yöntemin istatistiki değerini, güvenilirliğini, poliklinik şartlarında uygulanabilirliğini ve yöntemin ilkelerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD :

1982 - 1984 yılları içinde anamnez ve fizik muayene sonucu kronik anal fissür tanısı ile polikliniğimizde görülen 88 hastaya SLIS uygulandı. Kontrollara düzenli olarak gelebilen 51 hastanın dışındakiler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya pür kronik anal fissürler ile birlikte hemoroid ile komplike olanlar da alındı.

Cerrahi prosedür olarak Notaras'ın tarif ettiği subkütanöz lateral internal sfinkterotomi tekniği tercih edildi (15). Buna göre poliklinikte muayene masasında dizdirsek pozisyonuna getirilen hastaya önce rektal tuşe yapıldı. Hastanın anal fissür bölgesi lokal anestezi madde ile, içerdeki parmağın rehberliğinde, uyuşturuldu. Daha sonra sol el işaret ve orta parmakları anal kanala sokularak internal sfinkter tonusu hissedildi. Bu durumda iken, fissürden uzak bir yerden, saat 3 hizasından, 11 no bistüri, mukokutaneal

hattın 0.5 cm. lateralinden, yüzü aşağıya bakacak şekilde, dik olarak, mukoza altından, mukoza kesinlikle yaralanmıyacak şekilde, puborektal kıvrım hizasına kadar ilerletildi. Daha sonra bistüri yüzü 90 derece dışa döndürüldü ve sağ el bileği 90 derecelik bir yay çizecek şekilde hareket ettirilerek internal sfinkterin 2/3'ü deri sınırına kadar yavaşça ve dikkatlice kesildi. Bu sırada internal sfinkterin kesilip kesilmediği sfinkterdeki hissedilen gerginliğin birden ortadan kalkması ile kontrol edildi. 19 hastada buna ilave olarak 2 parmak ile anal dilatasyon uygulandı. Bu arada sağlam kalmış olması muhtemel internal sfinkter liflerini kopartmak üzere kesi hattı üzerine parmak ile kuvvetli bası uygulandı. Ayrıca 5 dk. süre ile basit kompresyon uygulayarak kanama kontrolü yapıldı. Bundan sonra hastalar analjezik ve 2 hafta süreli 3x10 dk. sıcak suya oturma banyosu tavsiyesi ile işleri başına gönderildi. Postoperatif 1., 3. hafta ve 3. ay sonunda kontrole çağrıldılar.

SONUÇLAR :

Hastalarımızda en sık görülen semptomlar Tablo 1'de görülmektedir.

TABLO 1 : KRONİK ANAL FİSSÜRLÜ 51 HASTADA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR :

Semptomlar	%
Ağrılı Defekasyon	80.6
Rektal Kanama	80.6
Defekasyon Güçlüğü	45.1
Perianal Kaşıntı ve Sızı	9.7

51 hastanın 39'u erkek, 12'si kadındı. Yaşları 17 ilâ 68 arasında idi. Ortalama şikâyet süreleri 2.5 yıl idi.

51 hastanın 43'ünde anal fissür dizdirsek pozisyonunda saat 12 hizasında (% 84.3), 6'sında saat 6 hizasında (% 11.8) ve 2 hastada ise hem saat 12 hem de saat 6 hizasında idi. 49 hastada (% 96) tek bir anal fissür, 2 hastada 1'den çok anal fissür vardı. Hastalarımızın % 27.5'inde aynı anda komplike olmamış hemoroid mevcut idi. 7 hastada sfinkterotomi ile birlikte hemoridektomi de yapıldı.

Müdahaleler sırasında ciddi bir kanama veya başka bir komplikasyon olmadı. Sadece SLİS uygulanan 32 hastanın 27'sinde (% 84) ilk kontrolda, 7. gün, klinik yakınmaların kaybolduğu, fissürlerin kapanmak üzere olduğu görüldü. 3 hastada ise hiç iyileşme olmadığı anlaşıldı. Üçüncü ay sonunda bunlardan 2'sine yeniden SLİS uygulandı ve bu kez şifa elde edildi. 3. hastada 3. ay sonunda yapılan kontrol muayenede 4. cm.'de, rektum duvarında 3,5x1,5 cm. çapında intramural, orta derecede hassas, sert bir kitle tespit edildi. Anaskopide ilgili lezyonun hafif hiperemik mukoza ile örtülü olduğu görüldü. Alınan punch biyopsi sonucu rektal polip olarak bildirildi. Makale kaleme alınmazdan henüz bir hafta önce biyopsi sonucu belli olan hastanın sfinkter ve anal kanal bulguları normal bulunmuş olmakla birlikte durumu yeniden değerlendirilecektir.

SLİS + anal dilatasyon uygulanan diğer 19 hastada da yine 7. gün sonu kontrollarda klinik yakınmanın kalmadığı ve fissürlerin iyileşmekte oldukları görüldü. Bu grupta iyileşmeyen fissüre rastlanmadı.

Her iki grupta ikinci kontrolda, yani 3. hafta sonunda, izole SLİS grubundaki 3 hasta hariç, fissürlerin ve hemoroidlerin tamamen iyileştiği görüldü. Bir başka önemli bulgu da sentinel pililerin de aynı şekilde iyileşmiş olduğu idi. Ayrıca hastaların işlem yüzünden işten geri kalmadıkları memnuniyetle gözlemlendi.

Komplikasyon olarak hiç bir hastada kanama, enfeksiyon, hematom veya ciddi anal inkontinans görülmedi. Yalnız rektal polip bildirilen hastada kilotunu ıslatan sıvı sızıntısı görüldü. Bunun sebebi bizce söz konusu rektal lezyon idi. Çünkü anal sfinkter bütünlüğü normal idi.

Sonuç olarak 1 hastada (% 1,9) nüks ve yine bir hastada (% 1,9) sıvı inkontinansı (muhtemelen rektal lezyona bağlı) ve % 96,2 tam şifa tespit edildi.

TARTIŞMA :

Oldukça yaygın bir hastalık olan kr. anal fissürün medikal tedaviye iyi cevap vermediği, fakat internal lateral sfinkterotomiye

gayet iyi cevap verdiği artık pek çok otör tarafından kabul edilmektedir (2, 4, 8 - 18). Anal fissürün gerek teşekkülü, gerekse konservatif yöntemlerle iyileşmemesi ve gerekse SLİS'e çok iyi cevap vermesi Cerdan, Hancock gibi yazarlara göre internal anal sfinkterin kalıcı spazmına bağlıdır (6, 10). Arabi, Kuypers, Northmann gibi yazarlar ise bunlarda anal istirahat basıncının yüksek olduğunu göstermişlerdir (3, 12, 14). Northman ve Schuster de yapmış oldukları manometrik basınç çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir (14). Nihayet Arabi ve arkadaşları hem fissürlü ve hem de hemoroidli hastalarda anal basıncın kontrol grubuna göre önemli ölçüde yüksek olduğunu görmüşlerdir (3). Abcarian, Benett, Dutchie; ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda herhangi bir farklılık gözleyememişlerdir (1, 4, 7). Bunlara göre, ihtimal, yalnız defekasyon sırasında ve defekasyon sonrasında geçici bir sfinkter spazmı söz konusu olabilir. Graham - Stewart ve arkadaşları da kontrol ve fissür gruplarında sfinkter spazmının sadece rektal tuşe ve defekasyon sırasında geçici olarak meydana geldiğini ileri sürmüşlerdir (9).

Kuypers anal fissürlü hastalarda yaptığı anal kanal basıncı ölçümlerinde anal kanal spazmının olmadığını, fakat istirahat basıncının yüksek olduğunu, sfinkter fonksiyonlarının normal olduğunu görmüştür. Ancak fissürün mü istirahat basıncını artırdığını, yoksa artmış istirahat basıncının mı fissürü meydana getirdiğini açıklayamamıştır (12). Abcarian ve arkadaşlarına göre sfinkterotominin tedavi edici etkisi internal sfinkter basıncının azaltılmasından çok anal kanalın anatomik olarak genişletilmesi ve bu yolla anal mukozadaki aşırı gerginliğin kaldırılmasına bağlıdır. Biz sebebe yönelik bir çalışma yapmadık. Ancak çoğunun hassas yapılı, irritable hastalar olduğunu gözledik. Ayrıca anal fissürle birlikte hemoroidlerinin de iyileştiğini gördük.

Bir çok otör, prosedürü litotomi pozisyonunda yaparken biz, hekim ve hasta açısından daha pratik olduğu için, diz - dirsek pozisyonunu tercih ettik. Özellikle poliklinik şartlarında bu pozisyonu hastalar fazla çekinmeden kabul etmekte, korku faktörü problem olmamaktadır. Ayrıca cerrahi yaklaşım yönünden de bir güçlüğü görülmemiştir.

Bode ve arkadaşları fissürektomi ve orta hat sfinkterotomi uyguladıkları, 121 vakalık serilerinde hastaların % 24,8'inde kanama, gaz ve sıvı kaçağı gibi geçici ve % 4.1'inde fissürektomi yatağında oluşan fragil skar zemininde nüks ve gaz - sıvı inkontinansı bildirmişlerdir (5). Biz fissürektomiden kaçındık. Çünkü fissürektomide bir kısım anal mukoza eksize edilmekte, mukozal bütünlük bir süre bozulmakta veya yerinde skar oluşabilmektedir. Bu yüzden özellikle erken devrede geçici veya ilerde kalıcı gaz - sıvı inkontinansı insidansı artmaktadır (8). Ayrıca fissürektomide 6 haftada ancak iyileşen, ağrılı, açık bir yara kalmakta ve hastanın 1 - 2 hafta hospitalize edilmesi gerekmektedir (4). Oysa SLİS tekniğinde hastalar hospitalize edilmediği gibi işlerinden de geri kalmamaktadır. Bu, özellik diğer yazarlarca da vurgulanmıştır (2, 18).

Sentinel pilinin yerinde bırakılması bazı yazarlarca uygun görülmesine de biz bir zararını görmedik. 3 üncü hafta sonunda sentinel pililerin de kaybolmaya yüz tuttuğunu ve 3. ay sonunda tamamen kaybolduğunu gözledik.

SLİS'ye ilâve olarak 19 hastada yapılan anal dilatasyonlarda hiç bir komplikasyon veya nüksün görülmeşi tartışılabilir. Çünkü vaka sayısı az olduğu için istatistiki bir önemi yoktur.

Sonuç olarak dilatasyon yapılsın veya yapılsın subkutanöz lateral internal sfinkterotomi dramatik iyileşme sağlayan etkili bir yöntemdir. Komplikasyonları ihmal edilebilecek kadar önemsiz ve azdır. Hastaları işinden alıkoymayan ve poliklinik şartlarında uygulanabilen basit bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

- (1) Abcariar, H., Lakshmann, S. : The role of internal sphincter in chronic anal fissure. *Dis. Col. and Rect.*, 25 : 525, 1982.
- (2) Akşehirli, S. : Kronik anal fissür tedavisinde yeni bir teknik : Lateral subkutan internal sfinkterotomi. *K.Ü. Tıp Fak. Mec.*, 1 : 157, 1979.
- (3) Arabi, Y. : Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure. *Am. J. Surg.*, 124 : 608, 1977.
- (4) Bennett, R.C., Goligher, J.C. : Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br. Med. J.*, 2 : 1500, 1962.

- (5) Bode, W.E., Culp, C.E., Spencer, R.C., Beart, R.W. : Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy. A viable alternative for surgical correction of chronic anal fissure/Ulcero - in - ano. *Dis. Col. Rect.*, 27 : 93, 1984.
- (6) Cerdan, F.J., Ruiz de Leon, A., Azpiroz, F., Martin, J., Balibrea, J. : Anal sphincteric pressure in fissure - in - ano before and after internal lateral sphincterotomy. *Dis. Col. and Rect.*, 25 : 198, 1982.
- (7) Duthie, H.L., Watts, J.M. : Contribution of the external anal sphincter to the pressure zone in the anal canal. *Gut*, 6 : 64, 1965.
- (8) Goligher, J.C. : *Surgery of Anus, Rectum and Colon*, 4th ed. London : Bailliere Tindall, 136 - 53, 1980.
- (9) Graham - Stewart, C.W. Grrenwood, R.K., Lloyd - Davies, R.W. : A review of 50 patients with fissure - in - ano. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 113 : 445, 1961.
- (10) Hancock, B.D. : The internal sphincter and anal fissure. *Br. J. Surg.*, 64: 92, 1972.
- (11) Hoffmann, D.C., Goligher, J.C. : Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. *Br. Med. J.*, 3 : 673, 1970.
- (12) Kuypers, H.C. : Is there really sphincter spazm in anal fissure. *Dis. Col. and Rect.*, 26 : 493, 1983.
- (13) Millar, D.M. : Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for anal fissure. *Br. J. Surg.*, 58 : 737, 1971.
- (14) Northmann, B.J., Scuster, M.M. : Internal anal sphincter derangement with anal fissure. *Gastroenterology*, 67 : 216, 1974.
- (15) Notaras. M.J. : The treatment of anal fissure by. lateral internal sphincterotomy-a technique and results. *Br. J. Surg.*, 58 : 96, 1971.
- (16) Ravikumar, T.S. : Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for chronic fissure - in - ano. *Dis. Col. and Rect.* 25 : 798, 1982.
- (17) Ray, J.C., Penhold, J.C. Gathright, J.B., Robenson, S.H. : Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Col. and Rect.*, 17 : 139, 1974.
- (18) Rud, W.W. : Lateral subcutaneous sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. *Dis. Col. and Rect.*, 18 : 319, 1975.