

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

II .GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ
ŞEF: OP DR. ALİ ULVİ ÖNGÖREN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

PERİANAL FİSTÜLLERİN CERRAHİ TEDAVİSİ

DR. GÜNTER DİLSİZ
AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2000

99059

99059

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca benim ve arkadaşlarımın yetişmesinde büyük emeği olan, bilgi ve deneyimlerini bize aktarıırken destek ve dostluklarını esirgemeyen, ikinci Genel Cerrahi Klinik Şefi Op. Dr. Ali Ulvi Öngören'e ,Çocuk Hastalıkları Klinik Şefi Prof. Dr. Gülten Tanyer'e ,Kadın Doğum ve Hastalıkları Klinik Şefi Doç. Dr. Bülent Gökmen'e ,İç Hastalıkları emekli Klinik Şefi Dr. İlhami Gülayman'a ve A.Ü.T.F 'si Psikiyatri Kürsü Başkanı Prof. Dr. Işıl Sayıl 'a saygı ve teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimin hazırlanmasında bilgi ve desteği ile beni yalnız bırakmayan sayın ağabeyim Op.Dr. A.Hakan DEMİREL'e ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum hastanemizin uzman doktorlarına ve asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimle...

Tezimin yazılması aşamasında yardımlarını unutamayacağım Dr. Attila Deylemi ve Ayşe Ramazanoğlu' na teşekkürlerimle...

99059

İÇİNDEKİLER

KONU	SAYFA
1) GİRİŞ	1
2) TARİHÇE	2
3) ANOREKAL BÖLGENİN ANATOMİSİ	4
4) ETİOPATOGENEZ	7
5) PERİANAL FİSTÜL TİPLERİ VE PATOLOJİSİ	11
6) KLİNİK ÖZELLİKLER	19
7) ANAL FİSTÜL VE KANSER	21
8) TANI	22
9) AYIRICI TANI	25
10) TEDAVİ	27
11) PROGNOZ	34
12) MATERYAL VE METOD	36
13) TARTIŞMA	42
14) ÖZET	48
15) SONUÇ	49
16) KAYNAKLAR	50

GİRİŞ:

Anal bölge fistülleri insanların tanıdığı en eski hastalıklardan biri olmakla beraber etyolojisi henüz tam açıklığa kavuşmuş değildir ve etyopatogenez, patoloji ve tedavisi üzerinde tartışmalar devam etmektedir. Hayati tehlikesi bulunmamakla beraber, tedaviden sonra ortaya çıkan nüks insidansının yüksek oluşu hekim ve hasta için üzücü bir konudur. Lockhart Mummery'nin, "bir anal fistüle yapılan müdahale büyük bir ameliyat sayılmaz ve hayatı da tehdit etmez, fakat cerrahların çok defa şöhreti laparatomilerden ziyade anal fistül müdahaleleri ile lekelenmiştir." şeklindeki sözleri bunu çok güzel ifade etmektedir.

Çalışmamızda, 1988-1999 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi kliniğinde tedavi edilen 63 hasta irdelendi.



TARİHÇESİ:

İnsanların tanıdığı en eski hastalıklardan biri olan perianal fistüller ile ilgili ilk kitap Hippokrates'e (M.Ö. 450) aittir. Yazar, burada "Tuberculum Hippokratis" diye adlandırılan perianal abseyi tarif etmiştir, fistül oluşumunu önlemek için bu absenin erken insizyonunu tavsiye etmiştir.⁽¹⁾ Yine Hippokrates, daha o zamanlar fistülün tedavisi için ligatür yönteminden bahsetmiş, ancak Mısırlıların da bu tedaviyi kullandıkları öne sürülmüştür⁽¹⁾ Hippokrates, ligatür yönteminin fayda sağlamadığı durumlarda (seton olarak at kılı kullanılıyordu) bıçakla fistülotomiye tavsiye etmiştir. İlk anal speculum Pompei'de MS 63 yılında bulunmuştur. Galen, fistül tedavisinde "syringotom" adı verilen bir fistül bıçağı kullanmıştır.⁽¹⁾ Paulus (M.S. 600), inkomplet fistülleri bir sonda yardımı ile komplet şekle dönüştürdükten sonra insize etmeyi ve fistül ameliyatlarından sonra oluşan nedbenin eksizyonunu tavsiye etmiştir. 11. yy'da İbn-i Sina'da seton metodu ile fistülü tedaviye çalışmıştır. Ebülkasım (1106), kanamayı kontrol altına almak için fistül yolunun yakılması gerektiğini bildirmiştir.

Zamanında anal fistüller hakkında en geniş bilgiye İngiliz Cerrahı John Arderne'nin (1307-1390) sahip olduğu anlaşılmaktadır.^(1,2)

İskio-rektal abseyi çok iyi bildiği anlaşılan Arderne, absenin derhal açılmasını önermiş, çünkü bu absenin kendiliğinden içe doğru boşalması halinde iyileşmesi çok güç olan bir iç fistülün ve absenin her iki yana açılması ile de bir komplet fistülün oluşacağını bildirmiştir. Aynı yazar, ameliyat için günümüzde uygulanan litotomi pozisyonunu tavsiye etmiştir.

Tanınmış bir Fransız cerrahı olan Delafaye, iskio rektal abseyi daha iyi drene edebilmek için ilk kez T şeklinde bir insizyon uygulamıştır. Yine bir Fransız Henry le Dran, ilk kez levator kasının kontinans bakımından önemine dikkati çekmiş, bu arada tedavi ettiği çift taraflı bir iskiorektal fistül vakasından bahsetmiştir.⁽¹⁾

Percival Pott, 18. yüzyılda anal fistüller hakkında yazmış olduğu monografide, fistül ameliyatlarından sonra sfinkterin büyük bir kısmının eksize edilmesi halinde stenoz ve inkontinans ihtimaline dikkati çekmiştir, anal fistüllerin patogenezinde önemli rolü olan anal salgı bezlerini tarif etmiştir.

Anorektal hastalıkları ile ilgili ilk hastane 1835 yılında Londra'da kurulmuştur. (St Marks Hastanesi) Bu hastanede çalışan Milligan ve Morgan 1934 yılında "Kontinansın bekçisi " diye adlandırdıkları anorektal halkanın öneminden bahsetmişlerdir.⁽³⁾

Eisenhammer 1958'de fistüllerin patogeneğinde ve yayılmasında intersfinkterik alanın önemini belirtmiştir. Parks, Gordon, Hardcastle ⁽⁴⁾1976 yılında anorektal fistüllerin sınıflandırılması ve tedavileri ile ilgili oldukça ayrıntılı ve bugün birçok cerrah tarafından kullanılan bilgileri sunmuşlardır .^(5,6)



ANOREKTAL BÖLGENİN ANATOMİSİ

Ano-rektal bölge “ anal kontinans” fonksiyonunu sağlayan anal sfinkterin bulunduğu kalın barsağın son parçasını oluşturur. Rektum, 3 sakral vertebra hizasında ve rectosigmoid köşeden başlayıp, perine cildinde anüs ile dışarıya açılan silindirik şeklinde bir yapıya sahiptir. Rektumun pelvis parçası (ampulla rekti) 12-13 cm, anal kanal adı verilen perine parçası da 3 cm. uzunluğundadır. Linea dentata'ya kadar olan bölümü endodermal yapıda olduğu halde, anal kanal denilen, anüs-linea dentata arası ektodermal kaynaklıdır .

Rektumda sayıları genellikle 3 tane olan enine plika (Houston plikalari) mevcut olup, periton boşluğunun en alt düzeyine uyan esas plikaya “ Hohlrausch plikası” adı verilir. Bunun altında rectum genişleyerek ampulla rekti'yi oluşturur. Rektumun üst 1/3'lük kısmının ön ve yanları peritonla kaplıdır. Bunun altındaki orta kısmın sadece ön yüzü peritonla örtülü olup, burada periton distale doğru bir cep şeklinde uzayarak Douglas boşluğunu meydana getirir. Ekstraperitoneal olarak lokalize olan rektumun orta bölümünün arka yüzü sakrum ve koksiksin ön yüzüne dayanır. Rektumun 1/3 alt kısmı olan ampulla rekti peritonla örtülü değildir. Bu parça distale doğru levator adaleler tarafından koni şeklinde daraltılmıştır.

Bu daralma, puborektal adale hizasında anal kanalla devam eder .

ANAL KANAL

Cerrahi ve fonksiyonel anal kanal, anüsten levator demetleri hizasındaki ano-rektal halkaya kadar uzanır. Burada pubo-rektal adale, barsağı arkadan dolaşarak bir halka meydana getirir. Buna Milligan ve Morgan'ın “anorektal halkası” adı verilir. Bu halkanın üzerinde rektum genişleyerek ampulla'yı meydana getirir. Böylece cerrahi ve fonksiyonel anal kanal, anüsten linea dentata'ya kadar uzanan anatomik anal kanaldan daha uzundur.

Anal kanal, sfinter kasları, ano-koksigeal ligaman, centrum tendineum ve pelvik diafragma (M. Levator ani, M. Coccygeus ve M. Puborectalis) aracılığı ile tutunur. Linea dentatanın yukarı bölümünde “Columnae Morgagnii” adı verilen, vertikal

pozisyonda 512 mukoza kıvrımı vardır. Çok katlı yassı epitel ile örtülü olan bu bölge rektum mukozasından daha koyu renktedir. Anatomik anal kanalın üst sınırını teşkil eden linea dentata'yı oldukça düzensiz bir yapı gösteren mukoza epitelinin sirküler kıvrımları meydana getirir. Mukoza kıvrımları lümeneye doğru gelişerek anal valvülleri oluşturur. Anal valvüllerin arkasında morgagni kriptaları bulunur.

ANAL SALGI BEZLERİ

Anal kanalın alt yarısında submukozada iç sfinkter ve longitudinal adale tabakası içerisinde yerleşmiş bulunan anal salgı bezleri kriptalara ağızlaşırlar. Kural olarak normal anal kanalda 6-10 arası salgı bezi bulunur ve genellikle 2 bez birlikte aynı kriptaya açılır.^(7,8,9) Anal salgı bezleri bu bölgedeki iltihap, abse ve fistül gibi lezyonların başlama yeri ve nedeni olarak gösterilmektedir.^(10,11) Bu bezler pratik olarak hiçbir zaman yukarı doğru anal valvüllerin seviyesinin üzerine uzanmazlar, salgı bezlerinin kanallarının yönü dışa ve aşağıya doğrudur.

Linea dentata'nın distalinde bu çizgi ile Hiltonun beyaz çizgisi arasında kalan birkaç milimetre genişliğinde bir geçiş sınırı olan "pekten bölgesi"nin yarısı epitel ile örtülüdür. Buradan distale doğru kıl ve salgı bezleri içeren anal cilt devam eder. "Anadorem" adı verilen bu kısmın yüzeyi parlak olup, burada az sayıda yağ ve ter bezleri bulunur. Ancak burada kıl folikülleri bulunmaz. İntermuskuler depresyon ile anusun 1 cm dışından geçen çizgi arasında kalan diğer bölgede seyrek kıllarla örtülü olan cilt bulunur.

PELVİK DİAFRAGMA

Bu oluşum, küçük pelviste oblik seyreden sağ ve sol M. Coccygeus ile M. Levator aniden oluşur. Levator kas, başlama ve yapışma yerine göre kendi arasında M. Pubococcygeus, M. Puborectalis ve M. İlio coccygeus diye ayrılır. Pelvik diafragma bir yandan karın içi ve pelvik organlara destek olurken, diğer yandan da kontinans fonksiyonuna katkıda bulunur.

EKSTERNAL ANAL SFİNKTER

Çizgili kas demetlerinden oluşan bu kas, puborektal kas ile birlikte anal kontinansa önemli bir rol oynar. N.Pudentalis ve 4. sakral sinirin perineal dalı ile innerve edilir. Dış sfinkterin proksimal bölümü pubo-rektal kas ile birlikte fonksiyonel bir bütün oluşturması bakımından büyük önem taşır .

İTERNAL ANAL SFİNKTER

Düz kas olan internal sfinkter otonom sinir sistemi ile innerve edilir. Anüsün 1 cm proksimalinden, anal intermuskuler depresyon hizasında palpe edilir. Bu kas, linea dentata hizasında, özellikle arka yüzde anal salgı bezlerinin ekskretuar kanallarını içine alır. Kontinans fonksiyonunda yalnızca yardımcı bir rol oynar. İnternal sfinkter, anüsün devamlı olarak kapalı tutulmasını sağlar ve yalnız defekasyon anında refleks yolla gevşer .^(12,13) İç ve dış sfinkterler arasında longitudinal kas lifleri bulunur.

İSKİO-REKTAL BOŞLUKLAR

Anal kanalın her iki tarafında yer alan bu boşluklar iç tarafta M. Sfinkter ani eksternus, distalde pelvik diafragmanın alt yüzü, yanlarda pelvis duvarı, önde M. Transversus perinei ve arkada M. Gluteus maximus ile sınırlıdır. Sağ ve sol iskiorektal boşluklar anal kanalın arkasında birleşirler ve atnalı şeklindeki anal fistüllerin oluşumunda büyük rol oynar. İskiorektal boşlukta yağ dokusu, inferior hemoroidal damar ve sinirler bulunur.

PELVİ-REKTAL BOŞLUKLAR

Suprlevator boşluklar adı verilen bu boşluklar iki taraflı pelvik periton tabanı ile levator kaslar arasında lokalize olmuşlardır. Rektumun lateral ligamanı aracılığı ile ön ve arka olmak üzere iki bölüme ayrılırlar. Pelvirektal boşluklar da özellikle fistül ve abselerin yayılmasında büyük önem taşır.

ETİOPATOGENEZ

Perianal fistüllerin oluşumunda çeşitli nedenler rol oynar.

1.ESKİ PİYOJEN ABSELER

Perianal fistüllerin büyük bir kısmı anorektal abselerin kalıntısı üzerinde gelişir. Bu bölgede yerleşmiş abselerin kendiliğinden boşalmaları veya özellikle cerrahi olarak yetersiz drene edilmeleri sonucu ortaya çıkarlar .^(1,2,8,11,14,15,16,17,18) Çünkü, ano-rektal bölgede kronik süpüratif lezyonlara olan eğilim vücudun diğer yerlerine oranla çok daha fazladır. Kronikleşmeden çeşitli durumlar sorumlu tutulmaktadır.

a) Anal marijinde bir internal deliğin bulunduğu durumlarda barsak yolu ile abse kavitesinin reinfeksiyonu meydana gelmekte ve buna bağlı olarak fistül oluşmaktadır. Böylece fistül, bu bölgedeki enfeksiyonun akut devresini oluşturan abseyi takip eder ve olayın kronik devresi olarak kabul edilebilir.^(1,2) Ayrıca balık kılçığı veya küçük bir yumurta kabuğu parçası gibi yabancı cisimlerde abse kavitesi içerisine yerleşerek kronik iltihabi olayın devamına yardımcı olabilmektedir .⁽²⁾

b) Anal kanal ile belirgin bir bağlantının bulunmadığı durumlarda, kronik akıntılı bir fistülün gelişimi çoğu kez anlaşılması zor bir durumdur. Cerrahlar, örneğin anüs etrafındaki yağ dokusunun enfeksiyona karşı direncin zayıf olması veya tekrarlayan retrograd enfeksiyonun ileri derecede kontamine perianal ciltteki dış delik yolu ile meydana geldiği şeklinde yetersiz açıklamalar ileri sürmüşlerdir.

Eisenhammer^(13,21,22) ve Park'ın^(11,23) çalışmaları, olayın küçük anal salgı bezleri boyunca barsaktan olan kontaminasyona bağlı olduğunu göstermektedir. Bu vakalarda anal kriptalara açılan intermuskuler anal salgı bezlerinin non-spesifik enfeksiyonları hastalığın başlama yeri ve nedenidir. Böylece, meydana gelen intersfinkterik abse bir "enfeksiyon rezervuarı" olarak rol aynarken, aynı zamanda kronik akıntılı bir fistülün oluşumuna yol açmaktadır.

Anal kanalın alt yarısında submukozada iç sfinkter ve longitudinal kas tabakası içerisinde yerleşmiş bulunan ve anal kriptalara açılan anal salgı bezleri, enfeksiyonun anal lümeninden derinde sfinkter kaslarının içerisine kadar ilerlemesine

neden olan serbest kanallar içermektedir. Bu yolla giren mikroorganizmalar, longitudinal adale tabakasında akut iltihaba yol açarlar. Buradan da enfeksiyona sekonder olarak hemen her yönde yayılır.⁽⁸⁾ Bu yayılım longitudinal tabaka boyunca aşağı doğru olduğu takdirde akut bir perianal abse oluşur. Dış sfinkter kasını aşan enfeksiyon ise ischio-rektal alana ulaşır.

Böylece, olayın akut dönemini oluşturan anal abseler bir veya daha fazla anal kriptanın enfeksiyonu ile başlar.^(18,24) Anal salgı bezleri zamanla kronik enfeksiyonun geliştiği yeri oluşturur. Gerek kistik, gerekse lümeni tıkalı bir salgı bezi içerisinde yerleşen bakteriler bir süre sonra çoğalırlar. İç sfinkter seviyesinde meydana gelen abse anal kanala boşalamaz. Çünkü barsağın sirküler kas tabakası enfeksiyona karşı etkili bir bariyer oluşturur. Parks'a⁽⁸⁾ göre, anal fistül, gerçekte, hastalanan bir anal salgı bezine bağlı sekonder olarak gelişmiş bir sinus olup, anal kriptaya açılan küçük bir kanal bu sinusu teknik açıdan bir fistüle dönüştürmektedir. Bu durum, pratik olarak anal fistül vakalarının yaklaşık yarısında bir internal ağzın gösterilemeyeşine uyar.

Diğer vakalarda ise iç ağız, intermuskuler absenin iç sfinkter arasından anal kanal içerisine rüptüre olması ile oluşmaktadır.⁽⁸⁾ Bu teoriye göre anal fistüller, bir "enfeksiyon kaynağı" tarafından açık tutulan bir granülasyon dokusu yoludur.

Başta koliform bakteriler olmak üzere stafilokoklar, proteus, streptokoklar ve daha nadir olmak üzere anaerob mikroorganizmalar en sık rastlanan enfeksiyon ajanları olarak belirtilmiştir.^(1,10,15,19,20,24)

Parks⁽⁸⁾, 30 anal fistül vakasının %70'inde anal salgı bezi enfeksiyonunu açıkça ortaya koymuş, bu oranı benzer histolojik özellikler gösteren diğer vakalarla birlikte total %90 olarak bildirmiştir.

Kratzer⁽²⁵⁾ fistül oluşumunu 4 devreye ayırmaktadır. Bu yazara göre, önce bir anal kriptada enfeksiyon meydana gelmekte (kriptit); daha sonra bu enfeksiyon ikinci devrede anal kanal veya peridüktal lenfatiklere yayılmaktadır. Abse teşekkülü üçüncü devreyi ve absenin kendiliğinden veya cerrahi drenajı son devreyi oluşturmaktadır.

2.TÜBERKÜLOZ

Anorektal abse ve fistüllerin tüberküloz enfeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkabildiği uzun süreden beri bilinmektedir. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalarda bir komplikasyon olarak anorektal abse ve fistüller ortaya çıkabilmektedir .⁽²⁴⁾ Bu vakalarda anal bölgedeki enfeksiyonun, TBC basillerinin tükürkle yutulması sureti ile anal kanal duvarındaki küçük sıyrıkların arasından perianal dokuya girmeleri ile ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yine, defekasyon sonrasında hastanın kendi enfekte tükürüğü bulaşmış parmakları ile perianal cilddeki sıyrıklardan TBC basilleri direkt inokülasyon yolu ile enfeksiyona neden olabilmektedir. Enfeksiyon ayrıca pelvis, sakrum, prostat veya seminal veziküllerdeki bir TBC lezyonundan direkt yayılması ile de ortaya çıkabilmektedir.

Perianal fistüllerde klinik histolojik ve bakteriyolojik olarak teyit edilen TBC insidansı %2-11 arasında değişmektedir .^(1,24) Goligher ⁽²⁾ 28 tüberkülotik fistül vakası içerisinde aktif pulmoner tutulum gösterenlerin sayısını 15 olarak bildirmiştir.

3.ÜLSERATİF KOLİT

Anorektal abse ve fistüller ülseratif kolitin bir komplikasyonu olarak da ortaya ıkabilmekteler. Goligher ⁽²⁾ 465 vakalık bir ülseratif kolit serisinde, 63 vakada anorektal abse ve fistül tespit etmiştir.

4.CROHN HASTALIĞI

Genel olarak distal ileum veya proksimal asenden kolonu tutmasına rağmen, Crohn hastalığında da anorektal abse ve fistül oluşumu görülebilmektedir. Atwell ve arkadaşları ⁽²⁵⁾,175 Crohn enteriti vakası içerisinde anal abse veya fistül insidansını %14,5 olarak bildirmişlerdir.

5.DİĞER

Daha nadir olarak anal kanal ve rektum kanserlerinin (özellikle kolloid karsinomlar), lenfoganuloma venerum, anorektal aktinomikozun seyri sırasında, kolon

divertikülitlerinde, rektal veya jinekolojik ameliyatlardan ve anal kanal yaralanmalarından sonra da bu bölgede abse ve fistüller oluşabilmektedir .^(1,2,20)

Özetlenecek olursa, anal fistüllerin nedeni hemen daima bir anal salgı bezi enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon bir intermuskuler abse oluşumuna yol açmakta, oluşan abse etraf dokuları çeşitli yönlerde delerek fistül yolunu oluşturmaktadır.



PERİANAL FİSTÜL TİPLERİ VE PATOLOJİSİ

TERMİNOLOJİ

Cerrahide “fistül” deyimi ile, iki epitelle döşeli yüzeyi birleştiren kronik bir granülasyon yolu anlaşılmalıdır .^(2,26) “Sinus” deyimi ise, sadece bir ucu açık olan bir granülasyon yolu için kullanılmakla beraber, böyle “cul-de-sac”lar ile sıklıkla kör fistüller ima edilmektedir. Buna göre, anal fistülün anal kanal veya rektuma açılan bir iç deliği ve perianal bölgede cilde açılan bir dış deliği bulunmakla beraber “fistula in ano” deyimi gerek gerçek fistülleri ve gerekse sinusları (kör-inkomplet fistülleri) kapsamaktadır . Marks^(2,20,24) ve Ritchie⁽²⁷⁾ anal fistülü, bir iç delik yolu ile rektum veya anal kanalla ilişkili olan bir yol veya boşluk şeklinde tarif etmektedir. Anal fistülün genellikle cilde açılan bir dış ağzı, bir ana yolu ve birde iç deliği bulunmakla beraber burada drenaj sırasında veya daha sonra gösterilebilen iç deliği olan abseleri de dahil etmek amacı ile yukarıdaki tarif geniş tutulmuştur. Konu ile ilgili çalışmaların ilerlemesi ile, tüm fistüllerin gerçekte komplet olduğu kabul edilmekte, inkomplet(kör) fistüllerin ise, iyi araştırılarak iç deliği meydana çıkarılmamış vakalar olduğu görüşü güç kazanmıştır .^(1,22,27)

Anal fistül terminolojisinde “sekonder yol” ya ana fistül yolu ile ilişkide ve ayrıca spesifik tedavi gerektiren önemli bir ek yol veya anayola dahil multibl deliklerle birlikte olan subkutan yollar anlaşılmalıdır. “Yüksek” ve “alçak-aşağı” kelimeleri; sadece anal kanaldaki fistülün iç deliğinin durumunu belirtmek için kullanılmaktadır .⁽²⁷⁾

SINIFLANDIRMA

Günümüze kadar anal fistüller ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. 1934 yılında Milligan ve Morgan⁽³⁾ anal kanalın cerrahi anatomisine dayanan bir sınıflandırma bildirmişlerdir. Bu yazarlar, dış sfinkterin iç tarafındaki subkutan ve submüköz olarak adlandırılan fistülleri aynen kabul etmekle beraber, diğer tüm fistülleri anorektal halkaya göre sınıflandırmışlardır. Milligan ve Morgan⁽³⁾ , gidiş yolları anorektal halkanın altında anal kanala açılan fistülleri;

a)İç deliği anal kriptaların seviyesinde olan, sık görülen “aşağı (alçak) fistüller” ve b)İç deliği ano-rektal halka civarında olan, nadir rastlanan “yüksek anal fistüller” diye iki gruba ayırmışlardır. Aynı yazarlar, gidiş yolu ano-rektal halkanın üzerine uzanan tüm fistülleri rektum veya anal kanalda bulunabilen iç deliklerin yerini dikkate almaksızın, “anorektal fistüller” olarak adlandırmışlardır.

Goligher'i ⁽²⁾ Milligan-Morgan'ın sınıflandırmasında levator ani kası ile olan ilişkinin dikkate alınmamış olduğunu tespit etmiş ve anorektal fistülleri, a)gidiş yolu levator ani'yi penetre etmeden iskiorektal çukurun tepesine doğru yükselen “iskiorektal” ve b) levator ani'yi geçerek yukarı doğru ilerleyen “pelvi-rektal” şeklinde ikiye ayırmıştır. Yazar ayrıca iskio-rektal ve pelvi-rektal yerine eş anlamlı “infralelevator” ve “supralelevator” deyimlerini kullanılmıştır.

Thompson ⁽²⁸⁾, fistülleri basit ve tedavisi kolay olanlar (%95) veya kompleks ve tedavisi güç olanlar (%5) diye ayırmış, iç deliği anorektal halkanın üzerinde bulunan veya gidiş yolu, dış sfinkter kas çevresinin ¾'üne kadar uzanan fistüllerin tedavisinin güç olduğunu belirtmiştir.

Eisenhammer ⁽²¹⁾, Stelzner ⁽¹⁾ ve Parks ⁽⁹⁾, anal fistülleri intersfinkterik alan içerisindeki anal salgı bezlerinden köken alan enfeksiyonun yayılmasına, yani etyopatogeneze dayanarak sınıflandırmışlardır. En çok taraftarı, anal fistüller ile ilgili geniş çalışmaları olan Stelzner'in ⁽¹⁾ yaptığı sınıflandırma bulmuştur. Stelzner, fistülleri 4 grupta sınıflandırmaktadır;

- 1- İntrasfinkterik (subkutan ve submüköz fistülleri)
- 2- İntersfinkterik (veya intermüsküler)
- 3- Transfinkterik (İskiyorektal)
- 4- Ekstrasfinkterik (Pelvirektal)

Buna ek olarak, Parks ve arkadaşları⁽⁹⁾ nadir rastlanan bir fistül şekli olan “suprasfinkterik” fistülü tarif etmişler

1.İNTRASFRİNKTERİK FİSTÜLLER

Bunlar yüzeysel basit perianal fistüller olup, bu bölgedeki abselerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Fistül yolu daima ano-rektal halka seviyesinin altında bulunur.

a) Subkutan Fistüller

Perianal ve anal kanal cildi altında yüzeysel olarak ilerlerler. Bu fistüller kaynağını subkutan abse, enfekte hemoroid, perianal hematoma veya kronik bir fissürden alırlar. ^(1,11,26) Subkutan fistüllerle beraber bazı vakalarda ayrıca bir ischio-rektal, nadiren pelvi-rektal fistülde mevcut olabilir.

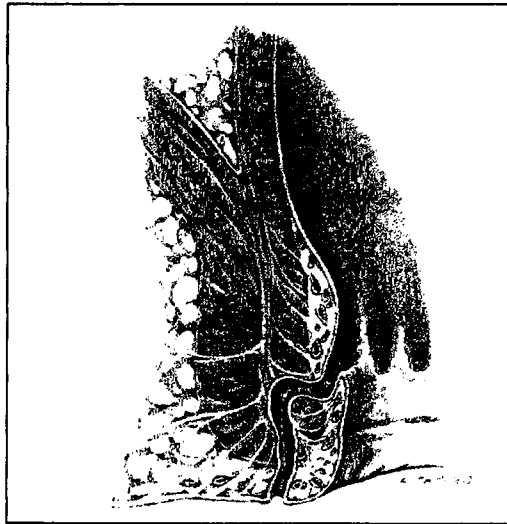
b) Submüköz Fistüller

Bu fistüller kaynağını genellikle yabancı cisimlerin veya enfekte hemoroidlerin neden olduğu submüköz abselerden alırlar. İç fistül deliği anal kanal içerisinde yüksek bulunur. Fistül yolu düz olabileceği gibi, T şeklinde de ilerleyebilmektedir.

2.İNTERSFİNKTERİK VEYA İNTERMUSKULER FİSTÜLLER

Sık görülen bir anal fistül şeklidir. Vakaların %60-70'ini teşkil ederler. ^(2,23,26,27) Bu fistüllerin nedeni kriptit ve anal salgı bezi enfeksiyonudur. Olay iç ve dış sfinkter kasları arasında kalmıştır. Muayenede sfinkter sistemi içerisinde, sertleşmiş lokal bir bölge tesbit edilebilir.

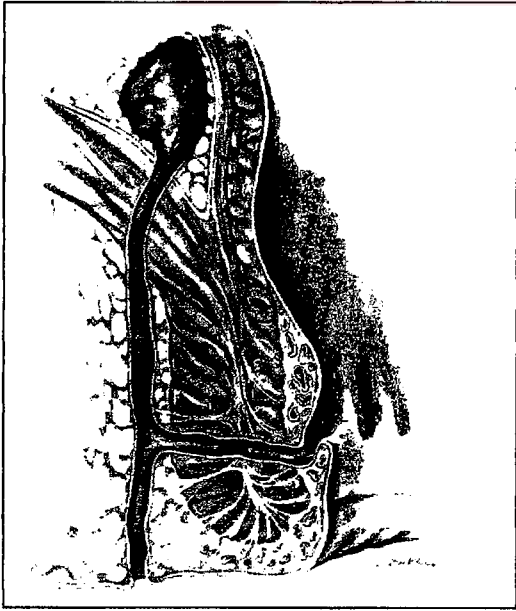
Resim1: İnterssfinkterik fistül.



3. TRANS-SFİNKTERİK FİSTÜLLER

Daima levator kasının altında, sfinkteri delerek geçmeleri bu fistüller için karakteristiktir. Anal fistüllerin %20-25'ini oluştururlar.

Resim2:Transsfinkterik fistül.



Resim3: Supralevator adaleye uzanan transsfinkterik fistul.

a)Perisfinkterik Fistüller

Fistül yolu dış sfinktere bitişiktir. Anüsün en fazla 3 cm kadar uzağında cilde açılan trans-sfinkterik fistüllere perisfinkterik fistül adı verilmektedir .^(26,27)

b)İskio-rektal Fistüller

Bu fistüllerin kaynağı daima arka kommisürdeki kriptalardır. Fistül, kural olarak derin ve nedbeleşmiş kriptadan başlamakta, bazı vakalarda hemen tüm sfinkter organını içine alarak ano-rektal halka seviyesine kadar yükselmektedir. Fakat daima levator kasının altında kalırlar. Arkada tipik olarak iki tarafa doğru horizontal yönde uzanan iskio-rektal fistüller klasik atnalı şeklindeki fistülleri oluştururlar.^(1,27)

4.EKSTRASFRİNKTERİK FİSTÜLLER

Burada fistül yolu rektumdan direkt olarak levator ani arasından ve dış sfinkterin dışından ilerleyerek cilde açılır. Levator kas sınırının üzerine açılan tek anal fistül olan “pelvi-rektal (supralevator) fistül” bu grupta bulunmaktadır. Pelvi rektal abseden kaynağını alan bu fistüller çok seyrek görülürler. İnsidans %2-3 arasındadır .



Resim 4: Ekstrasfinkterik fistül.

5.SUPRASFRİNKTERİK FİSTÜLLER

Nadiren görülen bu fistül tipi Parks ve arkadaşları⁽⁹⁾ tarafından tarif edilmiştir. Burada fistül yolu, anal kanaldaki bir iç delikten yukarıya intersfrinkterik alana doğru ilerler. Puborektal kasın üzerinden kıvrılarak levator ani arasından aşağıda cilde açılır.

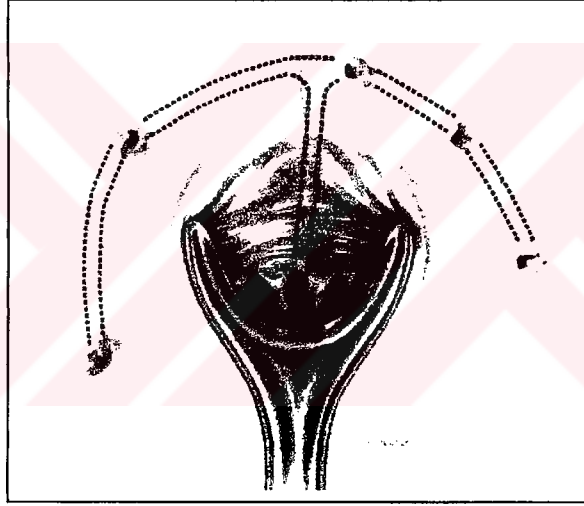


Resim 5: Suprasfrinkterik fistül.

ATNALI FİSTÜLLER

Atnalı fistüller gerek seviyeleri ve gerekse tedavilerinin güçlüğü yönünden anorektal fistüller içerisinde önemli bir grup teşkil eder. Bu fistüller anüsün iki yanında birer dış delik ile kendilerini gösterirler. Bu delikler anüsü çepeçevre dolaşan atnalı şeklindeki bir trase ile birbirine bağlıdır ve çok kez arkada saat 12 hizasında tek bir delikle anal kanala açılırlar .^(2.9.27.29.30)

Parks ve arkadaşları , fistüllerin anal kanal içerisinde 3 yerde çepeçevre ilerlediklerini tespit etmişlerdir. Bunlar a) intersfrinkterik planda, b) iskiorektal çukurda ve c) levatorların üzerinde supralevler alandadır. Klasik atnalı fistüller arkada iki tarafa doğru horizontal olarak uzanan iskiorektal fistüllerdir.

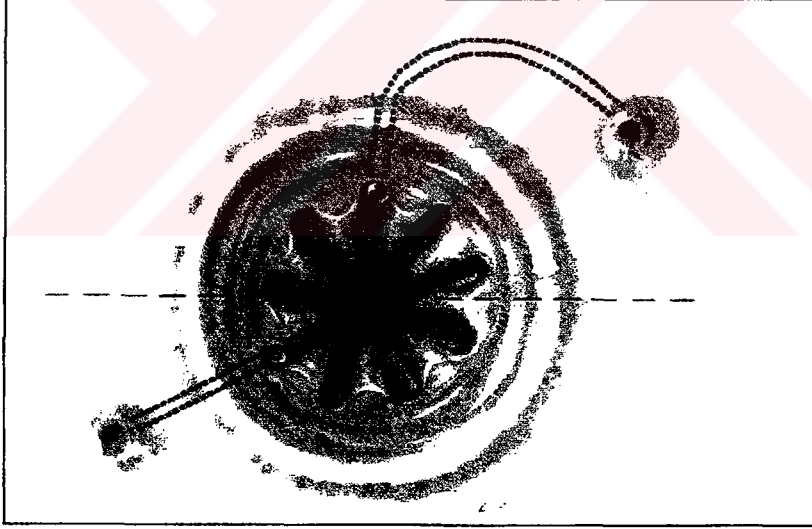


Resim6:Atnalı fistül.

GOODSALL-SALMON KANUNU

Fistüllerin gidiş yolu bakımından bilgi veren bu kanundan sıklıkla literatürde bahsedilmektedir .^(2,18,24) Bunun için anüs deliği ortasından geçen transvers bir çizgi ile ön ve arka yarıya ayrılır. Dış deliği bu çizginin önünde bulunan fistüller düzgün bir şekilde ilerler ve iç delikten direkt olarak anal kanalda dış deliğin radyer yönündeki karşılığı hizasındadır. Buna karşılık dış deliği transvers anal çizginin arkasında olan fistüllerin gidiş yolu kavisli ve yay şeklindedir. Böyle fistüller kanalın arka duvarında orta çizgi üzerindeki iç deliğe açılırlar.

Stelzner⁽¹⁾ , bu kanuna uygunluk göstermeyen fistüllerin mevcut olduğuna, bu nedenle kanunu geçerli saymadığını bildirmiştir. Stelzner'e göre, kendiliğinden açılan veya yeterli olarak drene edilen ve akut bir abseden kaynağını alan kör fistülün gidiş yolu düzgündür. Buna karşılık, ameliyat edilmeyen kronik penetran veya yeterli drenaj sağlanamayan abselerden gelişen her nüks fistülün gidiş yolu kıvrıntılı ve eğridir.



Resim 7 :Goodsall – Salmon kanununa göre fistül traktının tipik seyri

KLİNİK ÖZELLİKLER

Anal bölgede lokalize olan abse ve fistüllerin klinik-patolojik yönden bir birim oluşturdukları gösterilmiştir. Buna göre, derin planda lokalize olan bir enfeksiyonun “abse” akut, “fistül” ise kronik devresi olarak kabul edilir.

Perianal fistülü olan hastaların öz geçmişinde genellikle uzun süreden beri nüks eden, kendiliğinden boşalmış veya cerrahi yolla drene edilmiş bir anal abse mevcut olup, hastalar bu tarihten beri intermittan veya devamlı akıntıdan şikayet ederler .^(1,2,16,18,24,29) Uzun süreli vakalarda hastalar çok kez bu eski akut başlangıç dönemini hatırlayamazlar.

Anal fistüller klinik olarak ağrısız seyretmekle beraber, mevcut akıntının geçici bir süre için kesilmesi ve iltihabın tekrar bir abse oluşturmak üzere toplanması ile ağrı ortaya çıkar. Hastanın ateşi yükselebilir. Absenin boşaltılması ile hasta rahatlar.

Muayenede, perinede üzerinde granülasyon dokusu bulunan bir veya daha fazla sayıda sekonder fistül ağzı bulunur. Dış fistül ağzının kapanması ile ortaya çıkan yalancı iyileşme dönemleri veya latent devreler uzun veya kısa aralıklarla sürüp gidebilir. Hastalarda anal bölge çevresinde ciltte kaşıntı, ekzematoid değişiklikler ve kontakt pyodermi sık görülür . Bu durum, akıntının yaptığı irritasyon kadar perianal cildin nemli ve yumuşak oluşuna da bağlıdır. Vakaların bazılarında hemoroid, fissür gibi ano-rektal bölgenin diğer hastalıkları da birlikte bulunur.

Crohn hastalığı, aktinomikosis veya anorektal karsinoma bağlı sekonder olarak meydana gelen fistüllerde klinik tabloya çoğu kez çeşitli barsak semptomları eklenir. Bu nedenle defekasyon alışkanlığında değişiklik, mukus ve kan pasajı, karın ağrısı ile kilo kaybı semptomları daima araştırılmalıdır. Yine buna benzer şekilde tüberkülotik fistüller, Akciğer tüberkulozuna ait belirtiler ile birlikte görülebilmekle beraber, hiçbir pulmoner belirti göstermeyen ve genel durumu çok iyi olan hastalarda da ortaya çıkabilmektedir .⁽⁵⁾

Özet olarak, anal fistülü olan hastanın çoğu kez tek bir şikayeti vardır, o da kötü kokulu, renksiz, bazen iltihaplı, bazende kanlı olabilen ve iç çamaşırını kirleten intermittan veya devamlı perianal bölgedeki akıntıdır. Nadiren fistülden fekal materyel ve sıklıkla gaz deşarjı mevcuttur. Vakaların büyük bir kısmında fistül yıllarca hastanın genel durumunu etkilemeyen lokal bir olay olarak kalır.



ANAL FİSTÜL VE KANSER

Perianal fistül ile birlikte kanser çeşitli şekillerde görülebilmektedir.

1-Fistül, kolonun her hangi bir bölgesinde lokalize kanserle birlikte olabilir.

2-Primer veya nüks eden kanser bir fistül şeklinde ortaya çıkabilir.

3-Kanser primer olarak anal fistül zemininde gelişebilir.

Burada üçüncü şekilden bahsedilecektir.

Anal fistül zemininde primer olarak kanser gelişmesi çok nadir görülen bir komplikasyondur.

Rosser, kanserin primer olarak fistül zemininde geliştiğini kabul edebilmek için bazı kriterler ileri sürmüştür.^(31,32) Bunlardan birincisi, fistülün uzun bir süreden beri mevcut olması ikincisi, kanserin sekonder olmadıkça rektum veya anal kanal içerisinde kesinlikle bulunmaması ve üçüncü de, fistül ağzının anal kanal veya kripta içerisinde yer almasıdır.

Bu komplikasyonun az görülmesi, fistül ile kanser arasındaki ilişkinin etyolojisinin karanlık kalmasına neden olmuşsa da, olayda fistülün dış ve iç deliği etrafındaki epitelin yıllarca süren kronik irritasyonu sorumlu tutulmuştur.^(6,31,32,33) Histolojik olarak vakaların %44'ünde kolloidal karsinom, %22'sinde adenokarsinom ve %34'ünde de yassı epitel hücreli karsinom şeklindedir.

TANI

Perianal fistüllerde tanı, fizik muayene ve yardımcı muayene metodlarına dayanır.

1-FİZİK MUAYENE

a) İnspeksiyon

Perinede ve genellikle perianal bölgede lokalize olan, hemen üzerinde granulasyon dokusu bulunan bir veya daha fazla sayıda fistül dış ağzı görülür. Çoğu kez bu bölgede eski bir ameliyat skarı göze çarpar. Ayrıca, fistülün dış ağzı etrafındaki cilt, akıntıya bağlı sekonder olarak meydana gelen pruritis ani nedeni ile kızarmış, nemli ve kalınlaşmıştır.

b) Palpasyon

Fistül tanısında daha sonraki muayene perianal bölgenin ve anal kanalın palpasyonudur. Perianal bölgedeki fistülün dış ağzı çevresine yapılan bası sonucu, bazen dış delikten birkaç damla pürülen bir akıntı tespit edilebilir. Bu da fistül yolunun dış ağzıyla ilişkili olarak muhtemel pozisyonu hakkında fikir verir. Fistül yolunun gidişi hakkında daha güvenilir bir rehber, fistül yoluna ait sertliğin (endürasyonun) hissedilmesidir. Oldukça yüzeysel olan basit fistüllerde, fistül yolu genellikle dış delikten anal sınıra doğru düz bir hat şeklinde ilerleyen adeta sert bir cisim şeklinde palpe edilir.

Anal kanalın palpasyonu ile, anal kanal içinde bulunması muhtemel iç deliği aranır. Atnalı şeklindeki bir fistül yolu anorektal halka seviyesinde veya bunun hemen üzerinde bir veya her iki tarafta, arkada kalın, horizontal yönde ilerleyen bir endürasyon alanı şeklinde hissedilmektedir. Bu tip arka fistüllerde iç delik sıklıkla kanalın arka duvarında orta hatta, çoğu kez anal kriptaların seviyesinde tesbit edilebilir. Submüköz veya yüksek intermuskuler bir fistül yoluna ait sertlik normal olarak aşağıya, linea pectinea'ya doğru kolayca hissedilebilir. Daha sonra, palpe edilen fistüle ait iç deliğin anorektal halka ile olan ilgisini belirterek, bunun kesin lokalizasyonu şematik olarak işaretlenir.

2-YARDIMCI MUAYENE METAODLARI

a) Stile ile Muayene

Bunun için ince veya orta kalınlıkta, künt ve eğilebilen bir metal stile kullanılır. Stile dış delikten fistül yolu içerisine yerleştirilirken, stilenin fistül yolu içerisindeki yerini tespit etmek amacı ile aynı anda diğer elin işaret parmağı anal kanal içerisine sokulur. Komplet fistüllerde, stilenin ucunun iç delikten anal kanal veya rektum içerisine çıktığı hissedilir.

Buna karşılık inkomplet, daha doğrusu iç deliğin bulunmadığı fistüllerde stile ucu ile muayene eden parmağı aradaki anal veya rektal duvarın tüm katları veya sadece mukozası ayırır. Stile ile muayene sırasında iç deliğin ve fistül yolunun pozisyonunun sfinkterlerle ve özellikle anorektal halka ile olan ilişkisi tespit edilir.

b) Proktoskopi

Proktoskopi, perianal fistül vakalarında da değerini koruyan yardımcı bir muayene metodudur. Palpasyonla veya stile ile belirgin olarak gösterilemeyen anal kanaldaki fistüle ait iç delik, anoskop ile ortaya konabilir. Bunun yanında, bu muayene yöntemi, bir rektal ile yüksek anal iç deliği birbirinden ayırt etmekte yardımcı olabilir. Sokulan proktoskopun ucu aşağı rektumdan anal kanalın yukarı parçasına doğru geri çekilirken, bir yerde lümeninin ano-rektal halka tarafından kapatıldığı görülebilir. Eğer fistülün iç deliği halka lümenin kapanma noktasının altında görülüyorsa, delik anal kanaldadır; aksi halde ano-rektal halkanın üzerinde rektumdadır.

c) Metilen Mavisi Enjeksiyonu

Bir enjektör yardımıyla metilen mavisi solusyonu dış fistül deliğinden verilir. Eğer önceden anal kanal ve rektuma yerleştirilen beyaz bir gaz tampon mavkiye boyanırsa bu, fistülün rektum veya anal kanal içine ağzlaştığını gösterir.

d) Fistülografi

Fistül yolunun ve varsa yan dallarının gidişini ortaya koymak amacı ile fistülün dış deliğinden opak bir madde verilerek radyolojik tetkik yapılır.

e) Kültür

Fistül deliğinden gelen iltihaplı materyelden kültür alınır. Şüpheli vakalarda Koch basili ve aktinomycesler araştırılır.



AYIRICI TANI

Anal fistüllerin ayırıcı tanısı, uretra fistülü, kadında Bartholin bezlerinin kronik enfeksiyonu, pilonidal sinus kronik süpüratif hidroadenit, ciddi idiopatik proktitis ani ve çeşitli hastalıklara bağlı sekonder fistüller ile yapılmalıdır .

Bir erkek hastada ön tarafa doğru uzanan bir fistülün varlığı anal fistülden ziyade, ön tarafta bir uretra fistülünü düşündürür. Bu durumda hastada üriner semptomlar, üretrite ait hikaye araştırılır. Kadında ise mevcut bir anterior fistülün anal kanaldan ziyade bir kronik enfekte Bartholin bezinden köken aldığı tespit edilebilir. Buna karşılık posterior yerleşimli fistüllerde daha çok pilonidal sinuslar ile karıştırılabilirse de, bu sinusların kural olarak perianal bölgeden çok daha uzak ve geride bulunması, kıl ihtiva etmesi, uzun süren bir akıntının mevcut oluşu ve fizik muayenede anal kanalın oldukça düzgün bulunması tanıyı kolaylaştırır.

Anal fistüllere benzerlik gösterebilen bir diğer hastalık kronik supüratif hidroadenitis olup, burada cilde ait apokrin bezlerin enfeksiyonu söz konusudur. Bu bezler yalnız kıl folikülleri ile birlikte axilla, kasık, scrotum ve perine bölgesinde bulunurlar ve derinde subkutan dokuların içerisinde yerleşmişlerdir. Anal bölgedeki bu bezlerin enfeksiyonuna bağlı olarak, sert nodüler bir manzara görülür. Birbirleri ile ilişkili olabilen sinuslardan seropürülan bir akıntı gelir.

Perianal bölgede bulunan bir fistülde iç delik tesbit edilemiyorsa apokrin kaynaklı bir kronik enfeksiyon da hatırlanmalıdır. Kural olarak, fistülün gidiş yolu granülasyon dokusunun yaptığı sert bir cisim şeklinde palpe edilirken, hidroadenitiste yüzeysel bir boşluk içerisine doğru ilerleyen sinus mevcuttur. Bir ischio-rektal anal fistülde, ana kanalın ve ischio-rektal çukurların muayenesinde, kronik süpüratif hidroadenitiste tespit edilemeyen bir endurasyon palpe edilir.

Fistüllerin ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken bir diğer hastalık ciddi idiopatik pruritis ani'dir. Hastalar akıntıdan şikayetçi olmakla beraber, muayenede fistüle ait hiçbir bulgu tespit edilemez. Yine, anal akıntıdan şikayet eden bazı kadın hastalarda, bu akıntının kaynağı gerçekte vajinal olabilir.

Ayırıcı tanıda üzerinde önemle durulması gereken diğer bir konu da, mevcut bazı hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sekonder fistüllerdir. Proktokolit, rektal lenfograduloma, aktinomikozis veya ano-rektal bölgenin karsinoması gibi hastalıklar bu tür fistüllere neden olabilirsede prokto-sigmoidoskopi dahil, rektal muayene ile bunlar ekarte edilirler. Kesin tanı biopsi ile konur. Regionel ileite'e bağlı sekonder fistüller yaygındır ve tedaviye cevap vermezler. Bu tip fistüllerin veya abdominal semptomların, ishalin, mukus deşarjının veya kilo kaybının varlığında ince barsakların distal kısmı ve sağ kolon opakt lavmanla tetkik edilerek ayırıcı tanıya gidilir.

TBC kaynaklı anal fistülleri de basit pyojenik fistüllerden ayırt etmek gerekir. Tipik TBC anal fistüllerin dış deliğinin kenarındaki cilt ince, mavimsi renktedir. Fistül yolu sert değildir. Endurasyon yoktur. Geniş olan dış delikten bol miktarda ince bir akıntı gelir. Toraks grafisi, biopsi, fistül materyalinin bakteriyolojik tetkiki durumu aydınlığa kavuşturur.

TEDAVİ

Anal fistül tedavisinde nüks ve anal kontinans günümüzde de tedavinin ana problemini oluşturmaktadır. Perianal fistüllerin tedavisi cerrahidir. Eski yıllarda kullanılan fistül yolu içerisine %3 gümüş nitrat veya kinin-üretan solüsyon enjeksiyonunun bir değeri kalmamıştır.

Anal fistül tedavisinde uygulanan ameliyatları 5 ana grupta toplamak mümkündür (1,2,24,34,35,36,37)

- 1- Fistülün açılması (fistulotomi) ve yaranın granülasyon tarafından iyileşmeye bırakılması.
- 2- Fistül yolunun açılıp, aynı seansta cilt grafi uygulanması.
- 3- Fistülotomi, fistül yolunun eksizyonu ve primer sütün.
- 4- Transanal rektal flab kaydırma tekniği.
- 5- Konservatif cerrahi tedavi.

Bu girişimlerin hepsinde ana prensip, anal kontinansı korumak ve yeterli drenajı sağlamaktır.

Anal kontinansı korumak ve nüks'e engel olmak için aşağıdaki kurallara uymak gerekir.

- a) Puborektal kas seviyesinin altında dış sfinkteri delip geçen tüm fistüllerde sfinkter tam olarak kesilebilir.
- b) Sfinkterin en önemli parçasını oluşturan puborektal kası aşan ekstrasfinkterik ve suprasfinkterik fistüller hiçbir zaman tam olarak insize edilmemelidirler. Çünkü bu kasın devamlılığının bozulması daima anal inkontinansa neden olur. Bunun dışında dış sfinkterin proksimal parçası da dikkatle korunmalıdır.
- c) Fistül yolunun insizyonu, sfinkter liflerine mümkün olduğu kadar dikey yönde yapılmalıdır.

- d) Yara kenarları ameliyattan sonra, granülasyon dokusu tarafından iyileşmenin tamamlanmasına kadar açık kalmalıdır.
- e) Fistülün primer deliği eksize edilmelidir. Bu yapılmadığı takdirde enfeksiyon nüks eder ve yeni bir fistül haline gelebilir.
- f) Anal kanaldaki fistülün iç deliği mutlaka ortaya konmalıdır.
- g) Yan dalları olan fistüllerde, anal fistül yolu ile beraber bunlarda açılmalıdır.

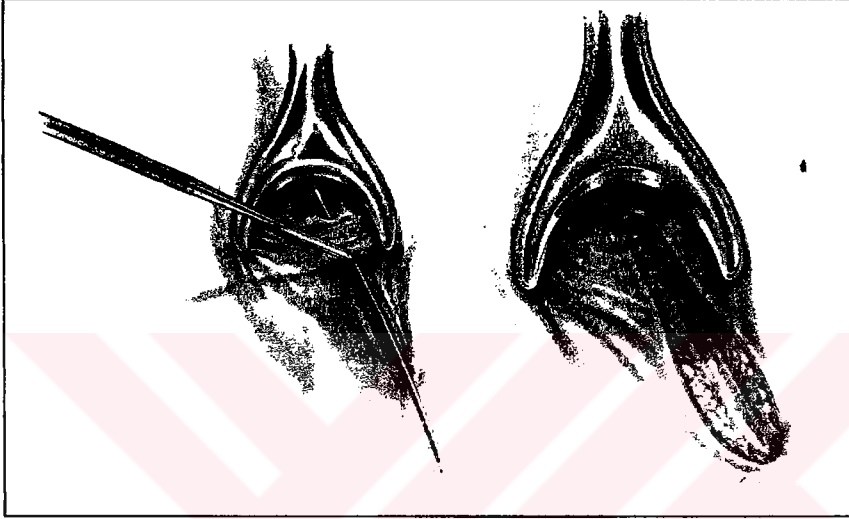
1-Fistülotomi ve Yarının Granülasyon Dokusu Tarafından İyileşmeye Bırakılması

En eski ve klasik tedavi metodudur. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonundaki hastada ameliyata başlamadan önce, fistülün anal kanaldaki iç deliği, fistül yolunun pozisyonu ve ano-rektal halka ile olan ilişkisi ortaya konur. (1,2,27,38) Fistülün iç deliğinin bulunması bazen güçlük arzederse de, bu noktada tanı bölümünde değinilen “Goodsall-Salman Kanunu” ve fistül yoluna metilen mavisi enjeksiyonu yardımcı olur. Fistül yolunun pozisyonu, iç ve dış delikten geçirilen bir stile ile ortaya çıkarılır.

Ameliyatın esası dış delikten iç deliğe kadar fistül yolu üzerindeki tüm dokuları keserek yolun açılması ve açık bırakılmasıdır. Bunun için, önce bir stile veya ucu künt oluklu bir sonda dış delik ağzından fistül yolu boyunca anal kanaldaki iç deliğe kadar sokulur. Oluklu sonda üzerindeki fistül yolunun tamamını teşkil eden doku uzunlamasına, sfinkter lifleri mümkün olduğu kadar dikey yönde bistüri ile kesilir. Daha sonra, açılmış olan fistül yolunun iç yüzeyindeki granülasyon dokusu kürete edilir.

Bu arada yara kenarları yarayı kapatmayacak şekilde kesilerek düzeltilir. Yara sekonder iyileşmeye bırakılır. Yan kolları olan komplike fistüllerde, bunlar ortaya konduktan sonra ek insizyonlar yapılır. Kürete edilen dokunun özellikle TBC yönünden bakteriolojik ve histolojik incelemesi yaptırılır. İç deliği gösterilemeyen vakalarda fistülün gidiş yolu, fistül içindeki burjone dokunun görünümünden yararlanılarak bulunur.

Ameliyat sonrası dönemde yara dikkatle takip edilerek derinden granülasyon dokusu ile iyileşmesi beklenir. Bu arada doku köprülerinin oluşması önlenir, yara kenarlarının birbirine yanaşmamasına dikkat edilir. Bu arada hafif pansumanlar, antiseptik oturma banyoları, antibiyotikli pomadlar uygulanır. Geniş fistül yaraları iyileşirken oluşan fibröz doku anal darlığa neden olabileceğinden, hergün tuşe ile anal kanal kontrol edilir. Gerekirse anal dilatasyon yapılır. Fistülotomiden sonra iyileşme olayı oldukça yavaştır.



Resim 8: Konvansiyonel fistulotomi ve yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması.(Sütürler hemostaz amaçlı kondu)

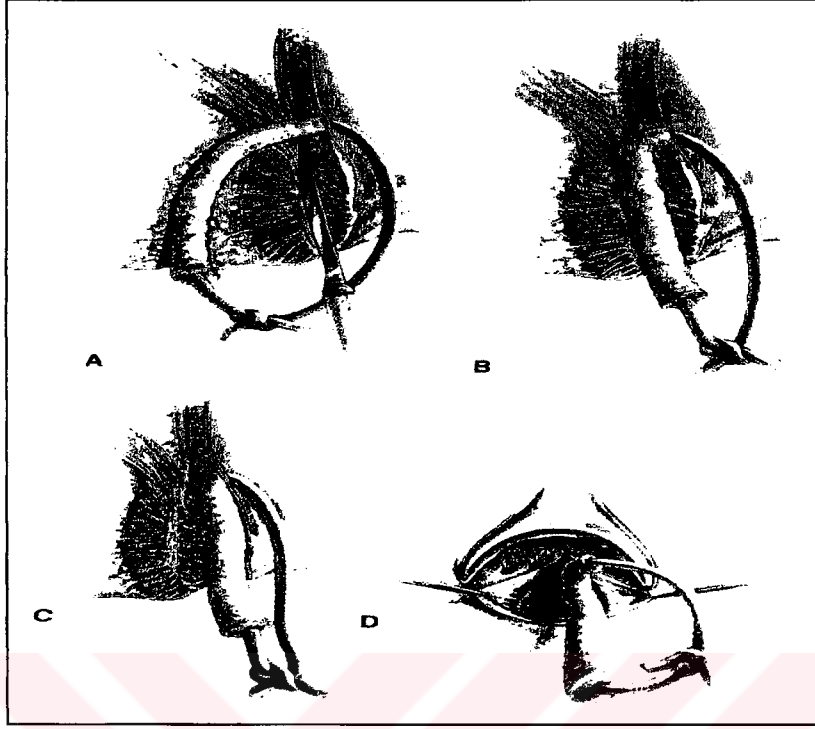
Bazı yazarlar, trans-sfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüllerde “ligatür (seton)” tavsiye etmektedirler ^(6,22,28,30,38,39) Ligatür metodu 2 safhada uygulanmaktadır.

1- Devamlı drenaj

2- Sfinkterin yavaş yavaş kesilmesi.

Birinci dönemde fistül yoluna oluklu bir stile sokularak traseye bir tel, naylon veya ipek ligatür geçirilir ve bir süre devamlı drenaja (ortalama 6 hafta) bırakılır. Sonra, drenaj ilmiğinin traksiyonu ile sfinkter bir taraftan kesilirken, diğer taraftan kesilen uçlar kaynaşır. Böylece, sfinkterin bütünlüğü bozulmadan kesilmesi

mümkündür. Tedavi ambulator olarak yürütülebildiğinden, hastanın günlük işini ve yaşantısını aksatmaz. Hasta kontrollere ayaktan gelir.



Resim 9: Seton kullanılarak fistül traktının 4 aşamada transpoze edilmesi.



Resim10: Suprasfinkterik fistülde ayarlanabilen seton tekniği.

İskio-rektal fistüllerden (yüksek arka atnalı fistüller) tedavi prensibi aynı olmakla beraber, fistülotomi yapıldıktan sonra, iyileşmesi için birkaç hafta gerektiren geniş bir kavite kalır. Tipik atnalı fistüllerde, fistül yolunun transvers olarak rektosfinkterik alandan karşı tarafta iskiorektal çukura doğru uzandığı tesbit edilerek, stile üzerindeki doku kesilir. Daha sonra bu ikinci tarafta öne doğru uzanan fistül yolu ilk tarafta olduğu gibi açılır. Bunu takiben arkada analfistül yolunun sfinkterleri penetre eden iç deliği bulunur. Ve yolunun üzerindeki sfinkter kesilir. Tipik vakalarda atnalı manzarası görülür.

Pelvirektal fistüllerde, fistülün dış deliği daima anal kenara 5 cm'den daha uzak mesafede bulunur. Fistül yolu sfinkterin dışından ilerleyerek levator kasını delip geçer. Pelvirektal fistüller hiçbir zaman iç tarafta, rektuma ve anal kanala doğru açılarak tedavi edilemezler. Çünkü levatorun kesilmesine bağlı olarak anal inkontinans ortaya çıkar. Bu nedenle fistül daima dışa doğru açılır .

Nadir görülen ve puborektal kas ile sıkı ilişkisi olan suprasfinkterik fistüllerin tedavisinde Parks ve Stitz⁽⁴⁰⁾ eski ligatür metodunun bir modifikasyonunu tarif etmişlerdir. Çevresindeki mukoza ile birlikte fistülün iç deliği ve iç sfinkterin bir şeridi eksize edildikten sonra iskiorektal çukur içerisindeki fistül yolunun üzerindeki cilt açık bırakılır ve yolun altındakinden sfinkterin yaklaşık yarısı kesilir. Daha sonra, fistül yolu içerisinden geçecek şekilde, puborektal kas ve kalan dış sfinkter etrafından bir naylon seton gevşek olarak bağlanır.

2- Fistül Yolunun Açılıp, Aynı Seansta Cilt Grafti Uygulanması

Bu ameliyat Hughes⁽⁴¹⁾ tarafından tavsiye edilmiştir. Uygulamadan önce anal bölgenin steril hale getirilmesi şarttır. Burada, klasik ameliyatta olduğu gibi önce fistülotomi yapılır. Dikkatli bir hemostazdan sonra, aynı seansta yara, ciltten alınan otogreft ile kapatılır. Dikişler 5 gün sonra alınır.

3- Fistülotomi, Fistül Yolunun Eksizyonu ve Primer Sütür

Bu ameliyat şeklinde önce fistül yolu açılır fakat cilt ve cilt altı yağ dokusu eksize edilmez. Yaranın primer olarak kapatılması için saklanır. Fistülotomiden

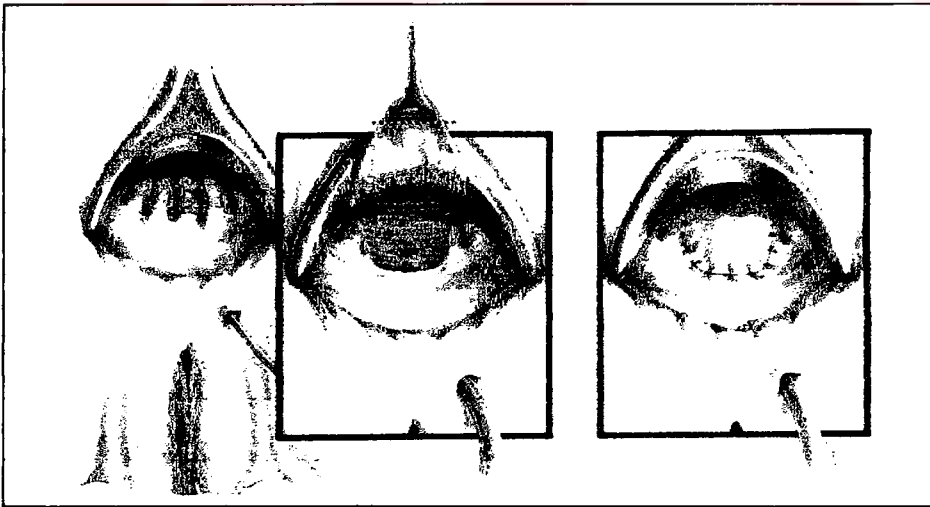
sonra açılan fistül yolu geniş olarak eksize edilir ve yara yüzeyleri granülasyon ve fibröz dokulardan temizlenir. Daha sonra yara primer olarak birkaç kat üzerinden sütüre edilir.

Ameliyat sonrası dönemde defekasyon 5-6 gün sınırlandırılır. Bu metod genellikle basit fistüllerde uygulanmaktadır.

4- Transanal Rektal Flap Kaydırma Tekniği

Transanal rektal flap kaydırması trans-sfinkterik fistüllerin tamirinde kullanılır ve bu yöntemde eksternal sfinktere hiç müdahale edilmez.^(36,37) Bu teknik son yıllarda artan bir popülerlik kazanmıştır. Bu prosedürden sonra, Crohn hastalığı ile ilişkili olsun veya olmasın, düşük nüks oranları bildirilmiştir.

Öncelikle rektumun ön yüzündeki submukoza 1:200.000'lik adrenalin solüsyonu ile infiltre edilir. Sonra, mukoza, submukoza ve sirküler kasların bir kısmını içeren bir geniş tabanlı bir flap yukarı doğru 4 cm kadar kaldırılır. Flabın apex'i, fistülün iç deliğini de için alır ve sağlam dokuya kadar uzanır. Flabın bu kısmı kesilir, fistül yolu eksize edilir ve kalan sirküler adeleler trakt üzerinden sütüre edilir ve kalan sirküler adeleler trakt üzerinden sütüre edilir. Son olarak flab aşağı kaydırılır ve sütüre edilir. Fistül vajene açılıyorsa, vajen tarafındaki ucu drenajı sağlamak amacıyla açık bırakılır.



Resim 11: Transanal flab kaydırma tekniği.

5-Konservatif Cerrahi Tedavi

Ano-rektal abse ve fistüllerin oluşumunda “kripto-glandular enfeksiyon” teorisine dayanan fistül ameliyatının öncülerinden Eisenhammer^(10,13,21), anal fistüllerin pratik olarak yalnız anal salgı bezlerinden kaynağını alabileceğini belirtmiş ve fistülü beslemekle sorumlu tuttuğu intersfinkterik absenin cerrahi tedavisinde bu absenin iç sfinkterotomi ile anal kanaldan açılmasını tavsiye etmiştir.

Parks⁽⁸⁾ tedavide sadece intersfinkterik alanın iç sfinkterotomi ile açılmasının yeterli olamayacağını belirtmiştir. Bu yazar, intersfinkterik abseyi ortaya koymak ve olaya neden olan anal salgı bezini çıkarmak için anal kanalın alt yarısını, buna bitişik iç sfinkter parçası ile beraber eksize etmektedir. Böylece, dış sfinkterin iç tarafındaki tüm fistül yolları glanduler epitel ile birlikte ortadan kaldırılmış olmaktadır.

PROGNOZ

Tedavi edilmeden bırakılan anal fistüllerin çok nadir olarak kendiliğinden iyileştiği belirtilmiştir .⁽²⁾ Bu iyileşme 2 şekilde olabilmektedir: Birincisinde fistül yolunun içerisindeki granülasyon dokusu skar dokusuna dönüşürken lümeni tam olarak tıkar, bu arada fistül deliği de epitelize olur. İkinci şekilde, yassı epitel, fistülün dış ve iç deliklerinden fistül yolu boyunca ilerleyerek onu örter. Bu durum daha çok, kısa subkutan veya aşağı anal fistül ve sinüslerde görülebilmektedir. Yine de, kural olarak kabul edilmesi gereken konu, anal fistüllerin kendiliğinden iyileşmelerinin çok nadir oluşudur. Tedavi edilmeyen vakalar, granülasyon yolları olarak kalırken, tedavi edilen vakalarda iyileşme süresi fistül tipine, uygulanan ameliyat şekline göre 5 ile 14 hafta arasında değişmektedir.

Anal fistüllerde prognoz, tedavi sonrası meydana gelen komplikasyonlara göre değişmektedir. Bunlar ameliyattan sonra erken veya geç dönemde ortaya çıkarlar .
(1,2,14,27)

1.Kanama

Erken dönemde sfinkter etrafındaki arterlerden veya A.pudentalis interna'da kanama görülebilir. Kanama tehlikesi özellikle derin iskiorektal fistüller ile submüköz fistüllerde daha fazladır.

2.Anal Darlık

Anal deliğe yakın fistüllerde ameliyattan sonra iyileşme sırasında meydana gelen ileri derecede skar dokusuna bağlı olarak ortaya çıkar. Buna engel olmak için tuşe veya anal dilatatör periodik dilatasyon tavsiye edilmektedir .⁽¹⁾

3.Fistül Nüksü

Anal fistül ameliyatlarından sonra nüks oranı genellikle yüksek olarak tespit edilmektedir. Yeterli drenajı sağlanamayan her fistülün nüks etmesi mutaddır. Bu da özellikle, anal fistül yolu ile ilişkili olan yan dalların ameliyat sırasında ortaya

konamaması veya bunların tedavide ihmal edilmesi ile ilgilidir. Stelzner ⁽¹⁾, iç deliği bulunmayan fistüllerde genellikle nüks beklenebileceğini bildirmiştir.

4. Anal İnkontinans

Anal fistüllerde sfinkter kaslarının fonksiyon bozuklukları cerrahi girişiminden hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi, sekonder yara iyileşmesi sonucu meydana gelen yaygın skar dokusuna bağlı olarak da gelişebilir. Fistül ameliyatlarından sonra meydana gelen anal inkontinansın 2 ayrı nedeni bulunmaktadır.

a) Sfinkter organını innerve eden sinirlerin harabiyeti: Pudental sinirin anal dalları ischio-rektal çukurun tepesinden geçerek levator kasının üzerinde yer alırlar. Anal fistüllerin büyük bir kısmı bu bölgeyi penetre etmezlerse de, ameliyat sırasında yapılan geniş sirküler insizyonlar veya geniş doku eksizyonu sinir harabiyetine yol açabilmektedir.

b) Fistül ameliyatlarından sonra en sık görülen anal inkontinans nedeni ano-rektal halkanın harabiyetine bağlıdır.

I) Tam anal kontinans

Ameliyattan sonra kontinans tamdır. Hasta ishal halinde dahi feçesini ve gazını tutabilir.

II) Sfinkter zayıflığı

Burada, ameliyatlı hastada sfinktere ait aktif ve pasif tonus kaybı mevcuttur. Bu gibi hastalar derhal barsaklarını boşaltmak zorundadırlar. Sfinkter zayıflığına bağlı olarak hastalar özellikle uzun süre ayakta kaldıkları veya öksürdükleri zaman iç çamaşırlarını kirletirler.

III) İnkontinans

Sfinkter fonksiyonları bozuktur. Hasta gaz ve gaitasını hiçbir şekilde tutamaz.

MATERYAL VE METOD

1988-1999 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde perianal fistül nedeni ile ameliyat olan 63 vaka çalışmaya dahil edilmiştir. Bu vakaların üçü kliniğimizde ikinci kez nüks sebebiyle ameliyat edilmiştir.

Vakalarımızın cinse göre dağılımı 52 (%82,5) erkek ve 11(%17,5) kadın olmak üzere yaklaşık 5:1 şeklinde erkekler lehinedir.

Vakalarımızın en genci 17, en yaşlısı da 67 yaşında erkek hastalardır. En yüksek insidans 22 vaka (%36,06) ile 31-40 yaşlar arasındadır. Materyelimizi teşkil eden 63 anal fistül vakasında yaşa göre dağılım aşağıda bir tablo halinde gösterilmiştir.(Tablo 1)

Tablo 1: Vakalarımızın yaşa göre dağılımı

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Toplam	%
11-20	2	1	3	4,76
21-30	10	1	11	17,46
31-40	17	5	22	34,92
41-50	8	3	11	17,46
51-60	10	1	11	17,46
61-70	5	-	5	7,93
Toplam	52	11	63	100

Kliniğimize müracaat eden perianal fistül vakalarının tümünde piyojenik infeksiyon mevcuttur. Vakalarda anal bölgede daha önce yeterli drene edilmemiş veya kendiliğinden boşalmış eski piyojen abseler fistüle neden olmuşlardır.

Materyelimizi teşkil eden vakalarda fistülün tipi 39 vakada (%61,90) intrasfinkterik ve intersfinkterik olarak tesbit edilmiştir. Bunların 9'unda multibl dış delikler mevcuttu. 6 vaka transsfinkterikti. Bunlardan 5 vaka basit trans-sfinkterik ve 1'i

de iskiorektaldi. 3 vaka ekstrasfinkterik ve 1 vaka da supra-sfinkterik fistül tipindedir. 10 vaka da perianal sinus olarak değerlendirildi. Ancak ameliyat sırasında metilen mavisi enjeksiyonu takiben bunların 6'sının fistül olduğu gözlemlendi. Fistül tiplerine göre dağılımı gösteren tablo aşağıdadır. (Tablo 2)

Tablo2: Vakalarımızda fistül tipine göre dağılım.

Fistül Tipi	Vaka Sayısı	%
İntrasfinkterik ve intersfinkterik	39	64,90
Trans-sfinkterik	6	9,52
İskio-rektal(Atnalı)	1	1,58
Ekstrasfinkterik	3	4,76
Suprasfinkterik	1	1,58
Multibl	9	14,28
Perianal Sinus	4	6,34
Toplam	63	100

Kliniğimize müracat eden perianal fistül vakalarının 9'unda (%14,2) fistülün dış deliği birden fazla olarak tespit edilmiştir. Vakalarımızda litotomi pozisyonunda fistül tipine göre perianal dış deliğin yeri bir tablo halinde gösterilmiştir. (Tablo3)

Tablo3: Çeşitli fistül tiplerinde perianal bölgedeki dış deliğin yeri.(litotomi pozisyonunda)

Fistül Tipi	Ön	Arka	Sağ Yan	Sol Yan	Multibl
İntrasfinkterikve intersfinkterik	7	14	5	8	9
Transsfinkterik	-	2	3	1	-
Ekstrasfinkterik	-	1	-	2	-
Suprasfinkterik	-	-	1	-	-

Anal kanaldaki fistüle ait iç delik, ameliyat sırasında fistülün dış ağzından metilen mavisi verilmek suretiyle 53 vakada (%84,1) iç delik tespit edilmiştir. 4 vakada ise delik bulunamamıştır.

30 vakada (%74,61) anamnezde spontan drene olmuş perianal abse tespit edilmiştir.

Vakalarımızın toplam semptom süresi en kısa 1 ay olmak üzere, 20 yıla kadar değişmektedir. Bu süre, 31 vakada (%49,20) 2 yıldan uzun bulunmuştur. Aşağıdaki tabloda vakaların semptom süresine göre dağılımı gösterilmiştir. (Tablo4).

Tablo4: Vakalarımızın semptom süresine göre dağılımı

Semptom Süresi	Vaka Sayısı	%
1-6 ay	14	22,22
7-12 ay	13	20,63
13-24 ay	5	7,93
24 aydan uzun	31	49,20
Toplam	63	100

Materyalimizi teşkil eden vakalarda en sık görülen semptomlar başta fistül ağzında akıntı (%93,6) olmak üzere, anal bölgede ağrı (%49,2) ve kaşıntıdır (%17,4). Hastalarda genellikle fena kokulu ve pürülan karakterde, intermittan veya devamlı bir akıntı tespit edilmiştir. Ayrıca 1 vakada fistül ağzından gaz deşarjı ve yine bir vakada ateş semptomları arasındaydı. Vakalarımızda semptomların dağılımı ile ilgili tablo aşağıdadır. (Tablo5)

Tablo5: Vakalarımızda semptomların dağılımı

Semptomlar	Vaka Sayısı	%
Akıntı	59	93,6
Anal bölgede Ağrı	31	49,2
Kaşıntı	11	17,4
Fistül ağzından gaz deşarjı	1	1,58
Ateş	1	1,58

Kliniğimize müracaat eden vakaların 5'inde (%7,9) fistül ile beraber hemoroid'de mevcuttu. Burada mevcut olan internal ve eksternal hemoroidler de tedavi edilmiştir.

Klinik vakalarımızda tanı bir problem teşkil etmemiştir. Hastalarda tanıya genellikle fizik muayene ile gidilmiştir. Son yedi yıldır da her vakaya fistülografi ve proktoskopik muayene fistül tipini ortaya çıkarmak açısından uygulanmıştır.

Kliniğimize müracaat eden vakaların tümü litotomi pozisyonunda ve 50'si (%73,3) genel anestezi altında ameliyat edilmişlerdir. 13 vakada spinal anestezi uygulanmıştır. Amelyata anal dilatasyon ile başlanmış, stile ve fistül ağzından verilen metilen mavisi yardımı ile fistülün anal kanaldaki iç deliği araştırılmıştır. Vakalarımıza uygulanan ameliyat şekilleri ile ilgili tablo aşağıdadır. (Tablo6)

Tablo6:

Ameliyat Şekli	Vaka Sayısı	%
Fistülektomi + primer tamir	38	60,31
Fistülektomi+Seton	15	23,80
Fistülektomi+Hemoroidektomi	3	4,76
Fistulotomi	2	3,17
Fistülektomi+Seton+Hemoroidektomi	1	1,58
Sinus eksizyonu	4	6,34
Toplam	63	100

Yukarıda görüldüğü gibi vakaların çoğunda klasik fistulektomi ameliyatı uygulanmıştır. Bunlarda fistül yolu eksize edildi. Operasyondan sonra bölgeye vazelinli tampon yerleştirildi.

Seton uygulaması daha çok iskiorektal , suprasfinkterik ve yüksek ekstrasfinkterik fistül tiplerinde tercih edilmiştir. Bunların eksize edilmeleri riskli görülen asendan komponentleri gümüş nitrat kalemi ile koterize edilip trakt kürete edilmiştir .

Kliniğimizde tedavi edilen vakalarda genellikle ameliyattan 24 saat sonra anal kanala yerleştirilen vazelinli gaz çekilmiştir. Hastalara ikinci günden itibaren antiseptik oturma banyoları uygulanmıştır.

Operasyona alınan 63 vakadan 18'inden patolojik inceleme istendi. 11'inde kronik, nonspesifik iltihabi süreç, 2'sinde pilonidal sinus, 2'sinde yabancı cisim + granulasyon dokusu, 2'sinde fibroadipö doku ve 1 tanesinde de ülserasyonla birlikte yoğun iltihabi olay görüldü. Tüberküloz ve malignite vakasında rastlanmadı.

Vakalarımızda ameliyat sonrası hospitalizasyon süresi 2 gün ile 10 gün arasında değişmekte olup ortalama süre 4 gün olarak tesbit edilmiştir.

Ameliyat sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Kliniğimizde tedavi edilen vakaların 3'ünde nüks tesbit edildi. Bunlara tekrar ameliyat uygulanmıştır.

Vakalarımızı anal kontinans yönünden değerlendirmek büyük ölçüde mümkün olmamıştır. Bunda esas neden hastaların kontrollere muntazam gelmemeleridir. Geç post operatif takipler hakkında genellikle bilgi mevcut olmamakla beraber ameliyat sonrası erken dönemde üç vaka hariç anal inkontinans gözlenmemiştir.

Vaka grubumuzda ameliyat mortalitesi söz konusu olmamıştır.



TARTIŞMA

Bilinen en eski hastalıklardan birini teşkil etmekle beraber patolojisinde ve tedavisinde günümüzde henüz son sözün söylenmediği perianal fistüller , bir iç delik vasıtası ile rektum veya anal kanalla iştiraki olan ve granülasyon yolları olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın kronik gidişi , tedaviden sonra nükslerin sık görülmesi hadisenin kaynağının glandüler kanal kalıntılarından almasından ve özellikle anal fistüllerin “ bir sfinkter hastalığı “ olmasından ileri gelmektedir. Bu iki etkenden dolayı anal bölgedeki iltihap kolleksiyonları adi yumuşak doku süpürasyonları gibi en kısa yoldan dış yüzeye açılmak sureti ile iyileşmezler. Meydana gelen fistül yolu , sfinkter ve anal bez kanallarının gidişine uyarak , çok defa kompleks bir yol izleyen enfeksiyon ortamını yaratırlar.

Anal bölge fistüllerine kadınlara oranla erkeklerde daha sık rastlandığı görülmektedir. MARKS ve RITCHIE ‘nin bildirdikleri vakaların %82’si , SCHIMA’nın vakalarının %64,3’u DUNPHY ve PIKULA ‘nın %58.2si erkek hastadır. Yine , erkekler lehine insidans memleketimizde AKER ve UZER ’in vakalarında %89.4 , ERDENTUĞ ve arkadaşlarının vakalarında %87.4 şeklindedir. Buna paralel olarak 1988-1999 yılları arasında klinik materyali teşkil eden toplam 63 vakanın %82.53’u erkek hastadır.

Perianal fistüllerin etiyolojisinde başta bu bölgede yerleşmiş eski piyojen abseler olmak üzere , tüberküloz , ülseratif kolit , Crohn hastalığı daha nadir olarak anal kanal ve rektum kanserleri (özellikle kolloid karsinomlar), lenfograduloma venereum, ano-rektal aktinomikoz , kolon divertikülleri gibi çeşitli hastalıkla belirtilmiştir. Rektal veya jinekolojik ameliyatlardan ve anal kanal yaralamalarından sonra bu bölgede abse ve fistüller teşekkül edebilmektedir. Perianal fistüllerin büyük bir kısmı anal bez enfeksiyona bağlı piyojen abselerin kendiliğinden boşalmaları ve cerrahi olarak yetersiz derene edilmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır . böylece bu bölgedeki enfeksiyonun akut devresi olarak kabul edilmektedir . EISENHAMMER ve PARKS’ın yaptıkları çalışmalar , anal kriptalara açılan glandların hastalığın başlama yeri ve nedeni olduğunu , perianal abse ve dolayısıyla fistüllerin etiyolojisinde esas rolü bu “kriptoglandüler enfeksiyonun “ oynadığını ortaya koymuştur.

KRATZER fistül oluşumunu dört dereceye ayırmaktadır. Bu yazara göre önce bir anal kriptada enfeksiyon meydana gelmekte , sonra bu enfeksiyon ikinci devrede anal kanallara veya periduktal lenfatiklere yayılmaktadır. Abse oluşumu üçüncü devreyi ve absenin drenajı da son devreyi teşkil etmektedir . enfeksiyon ajanları olarak en sık rastlanan mikroorganizmalar başta koliform bakteriler olmak üzere stafilokoklar , proteus, streptokoklar ve daha nadir olarak da anaeroblardır.

Ano-rektal abse ve fistüllerin oluşumunda tüberküloz enfeksiyonunda rol oynamaktadır. Akciğer tüberküloz bulunan hastalarda tüberküloz basillerinin tükrükle beraber yutulurken anal kanal duvarındaki küçük sıyrıkların arasından perianal dokuya girmeleri ile veya direkt inokulasyon yolu ile anal bölgedeki enfeksiyonun ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Daha nadir olarak abse ve fistüller , ülseratif kolitin veya Crohn hastalığının bir komplikasyonu olarak meydana gelebilmektedir. Bizim serimizde tüberküloz ve ülseratif kolit vakasına rastlanmamıştır.

Bir iç delik yolu ile rektum veya anal kanala bağlı olan bir yol veya boşluk şeklinde tarif edilen anal fistülün cilde açılan bir dış deliği , bir ana yolu ve bir de iç deliği bulunmakla beraber , MARKS ve RITCHIE , iç deliği gösterilebilen abseleri de dahil etmek amacı ile yukarıdaki tanımlamayı geniş tuttuklarını belirtmişlerdir. Son yıllarda tüm perianal fistüllerin gerçekte komplet olduğu kabul edilmekte olup inkomplet (kör) fistüller ise iç deliği meydana çıkarılmamış vakalar olduğu görüşü yaygınlık kazanmaktadır. Bizim serimizde de on vakada sinus düşünöldü ancak metilen mavisi enjeksiyonu sonrasında altı vakada iç delik saptandı . Anal fistül terminolojisinde “yüksek” ve “alçak” deyimleri , sadece anal kanaldaki fistülün iç deliğinin durumunu belirtmek için kullanılmaktadır. İç deliği anal kriptaların seviyesinde olan fistüller alçak , iç deliği ano-rektal halka civarında olanlar yüksek anal fistüllerdir.

Perianal fistüller ile ilgili günümüze kadar çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Bunlardan en çok taraftarı fistül yolunun sfinkter adalelerine göre durumunu gösteren STELZNER'in sınıflandırılması toplamıştır. Yazar , anal fistülleri intersfinkterik ve extersfinkteri olmak üzere 2 grubu ayırmıştır . Ayrıca , PARKS ve arkadaşları nadir bir fistül şekli olan suprasfinkterik fistülleri tarif etmişler.

MARK ve RITCHIE , St.Marks Hastanesinde tedavi edilen 793 vakada %65.6 yüzeyel (basit intersfinkterik dahil) , %4.5 puborektal adalenin altında veya üzerinde yayılma gösteren intersfinkterik, %20.7 trans-sfinkterik,%3,3 suprasfinkterik,%2.9 eksterasfinkterik ve %2.1 multibl olarak tespit etmişlerdir. Klinik materyalimizi teşkil eden 63 vakanın %61,90'ı intersfinkterik ve interasfinkterik fistüllerdir. Vakalarımızın %9.52'si trans-sfinkterik ,%4.76'sı ekstrasfinkterik ve %14.28'i multibl fistül olarak tesbit edilmiştir. Geri kalan %1.58 'i suprasfinkterik ve %6,34'ü perianal sinus olarak değerlendirildi.

Fistül trasesinin gidişi hakkında özellikle Anglo-Amerikan literatüründe söz konusu edilen "Goodsall-Salmon Kanunundan " yararlanılarak bilgi sahibi olmak mümkündür. Bu kanuna göre , anüsün ortasından geçen transvers hattın önünde bulunan fistül yolu düz olarak seyrederek ve iç deliği dış deliğin radyer yöndeki karşılığı hizasında anal kanaldadır. Buna karşın bu hattın arkasındaki fistülün yolu yay şeklinde kavisli olup , iç deliği anal kanalın arka duvarında orta çizgi üzerindedir. STELZNER.buna uymayan fistüllerin mevcut olması nedeni ile bu kanunu geçerli saymamaktadır. Bu yazara göre . kendiliğinden açılan veya yeterli olarak derne edilen .kaynağını akut bir abseden alan her fistül yolu düz seyrederek. Buna karşın , ameliyat edilmeyen veya yeterli drenajı sağlanmayan kronik abselerden gelişen her nüks fistülün yolu kavislidir.

Anal fistülü olan hastaların hikayesinde genellikle uzun süreden beri nüks eden , kendiliğinden boşalmış veya cerrahi olarak drene edilmiş perianal abse mevcuttur. Hastaların esas şikayeti fena kokulu , bazen cerahatli . bazen de kanlı olabilen kronik , intermittan veya devamlı akıntıdır. Nadiren fistülden fekal materyel ve sıklıkla gaz deşarjı görülebilmektedir. Vakaların büyük bir kısmında fistül yıllarca hastanın genel durumunu etkilemeyen lokal bir hadise olarak kalır. ERDENTUĞ ve arkadaşlarının bildirdikleri 127 vakanın %48'inde ,MARKS ve RITCHIE'nin 793 vakanın %57'sinde fistül süresi bir yıl daha uzun ,SCHIMA'nın 115 vakasının %63'ünde bu süre 6 aydan fazladır. Vakalarımızın %49,20 sinde bu süre 2 yıldan uzundur.

Anal fistüller klinik olarak ağrısız seyretmekle beraber , mevcut akıntının geçici bir süre için kesilmesi ve cerahatin tekrar bir abse teşkil etmeye üzere toplanması

ile ağrı ortaya çıkabilir. Akıntının yaptığı tahrişe ve perianal cildin nemli ve yumuşak oluşuna bağlı olarak hastalarda anal bölge çevresinde kaşıntı , ciltte ekzematoid değişiklikler ve kontakt piyodermi mutaddır. Materyalimizi teşkil eden vakalarda perianal bölgede intermitan ve ya devamlı akıntı , ağrı ve kaşıntı en sık görülen semptomlardır. 1 Vakamızda fistül ağzından gaz drenajı tesbit edilmiştir.

Perianal fistüllerde tanı, fizik muayene ve yardımcı muayene metodlarına dayanır . İnspeksiyonla anal bölgede fistülün dış deliği , palpasyonla fistül yoluna ait indürasyon tesbit edilir . Stile ile yapılan muayenede iç deliğin yeri , fistül yolunun sfinkter adalelerle ve özellikle ano-rektal halka ile olan ilgisi gözlenir . İç deliğin stile ile bulunamadığı vakalarda proktoskopik muayeneden ve fistülün dış deliğine zerk edilen metilen mavisi ile yapılan muayeneden istifade edilir. Fistül yolunun ve mevcutsa yan dallarının gidişini ortaya koymak için fistülografiden yararlanılabilir. Fistül deliğinden gelen akıntı materyalinin kültürü yapılarak şüpheli vakalarda Koch basili araştırılır. Vakalarımızda genellikle fizik muayene ile tanıya gidilmiştir.

Perianal fistüllerin ayırıcı tanısında üretra fistülleri , kadında Bartholin bezinin kronik enfeksiyonu, pilonidal sinus ,kronik süpüratif hidradenitis , ciddi idiopatik pruritus ani , çeşitli hastalıklara bağlı sekonder fistüller dikkate alınmalıdır.

Anal fistüllerin tedavisi cerrahidir . Fistülotomi ve yaranın granülasyon dokusu tarafından iyileşmeye bırakılması , fistülotomi ve aynı seansta cilt grafi uygulaması ,fistüloktomi , iç sfinkterotomi gibi tedavide uygulanan değişik metodların tümünde prensip anal kontinansin muhafaza edilerek yeterli drenaj sağlamaktır .Dış delikten iç deliğe kadar fistül yolunun açılması (fistülotomi) ve yaranın granülasyon dokusu tarafından iyileşmeye bırakılması en eski ve klâsik tedavi metodudur. Fistülotomiden sonra iyileşme süresi bu gibi fistüllerde 4-5 hafta ,yüksek atnalıfistüllerde 12-16 haftadır. Bazı yazarlar trans –sfinkterik ve extarasfinkterik gibi daha komplike fistüllerde ‘ligatür (seton) yöntemini tavsiye etmektedirler.

Burada , fistül trasesine naylon veya ipek ligatür geçirilerek ,ortalama 6 hafta kadar devamlı drenaja terk edilir . Daha sonra , drenaj iltihabının sıkıştırılması ile

sfinkterin tedricen kesilmesi sağlanır . Tedavi ambulatuvar olarak yürütebildiğinden hastanın işini ve yaşantısını aksatmaz.

Diğer bir tedavi şekli fistülektomi dir . Burada , fistülotomiden sonra açılan fistül yolu geniş olarak eksize edilir ve yara primer olarak kapatılır. Ameliyat sonrası dönemde defekasyon 5-6 gün sınırlandırılır. JACKMAN, anal fistül tedavisinde fistülektomiyi iki nedenle tercih ettiğini bildirmiştir: Birincisi , fistül yolu eksize edildiği takdirde , gözden kaçabilen ana fistül kanalı ile iştiraki olan yan yollar kolayca ortaya çıkabilmektedir . AKER ve UZER tümü fistülektomi ile tedavi edilen 208 vakada başarılı sonuçlar elde ettiklerini , hiçbir vakada nüks görmediklerini açıklamışlardır. Bizim çalışmamızda da %60,31 'inde fistülektomi uygulandı ve başarılı sonuçlar alındı. İkinci sırada %23.80 oranda fistülektomi + seton yöntemi uygulandı .

Kliniğimizde hem uygulandığı hem de sonuçları bakımından tercih edilen ameliyat şekli fistülektomidir. Bu vakalarda iyileşme süresi genellikle 4-5 hafta kadardır. Ayrıca seton uyguladığımız ekstra , supra ve transsfinkterik tiplerde fistül traktı gümüş nitrat ile köterize edilmektedir. Vakalarımızda ameliyattan sonra birinci günden itibaren anal kanala yerleştirilen vazelinli gaz çekilerek günde 2-3 defa antiseptik oturma banyoları uygulanmaktadır.

Perianal fistüllerde prognoz, tedaviden sonra erken ya geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlara göre değişmektedir. Kanama , anal darlık , fistül nüksü ve anal inkontinans en sık görülen komplikasyonlardır. Kanama erken dönemde sfinkter etrafındaki arterlerden A.pudentalis İterna'dan husule gelebilmektedir. Özellikle derin ischio-rektal ve submuköz fistüllerde kanama tehlikesi daha fazladır. Anal darlık ise anal deliğin yakın fistüllerde ameliyattan sonra iyileşme esnasında teşekkül eden ileri derece nedbe dokusuna bağlıdır. Fistül nüks ve anal inkontinans ise , tedaviden sonra görülen en önemli komplikasyonlardır. Yeterli eksize edilmeyen fistüllerde nüks mutaddır. Bu da özellikle ameliyat sonrasında fistül yolu ile iştiraki olan yan dalların ortaya konmaması ve ya bunların tedavide ihmal edilmesi ile ilgilidir. STELZNER ,iç deliği bulunmayan fistüllerin daha fazla nüks ettiğini belirtmiştir. Ligatür metodu uygulanan vakalarda nüks oranını bu yazar 70 vakada %10 ,MAY 120 vakada %13.3 ve ÜNAL ile YAPILAN 252 vakada % 1.2 olarak açıklamışlardır. Bu

oranı fistülotomi yapılan 108 vakada BENNETT %1.8 ,çeşitli metodlarla tedavi edilen 48 vakada ERDENTUĞ ile arkadaşları %54.1 ve 100 vakada PICHLMAIER %7 şeklinde tespit etmişlerdir . STELZNER, fistülotomi uygulanan 73 vakalık bir diğer seride ve AKER ile UZER , fistülotomi yapılan 208 vakada nüks görmemişlerdir.

Bizim çalışmamızda üç vaka nüks nedeni ile reopere edilmiştir.

Anal inkontinans fistül ameliyatlarından hemen sonra veya geç dönemde meydana gelebilmektedir. Olaya “kontinansın bekçisi” diye kabul edilen ano – rektal halkayı teşkil eden puborektal adalenin ameliyat sırasında harabiyete uğraması neden olmaktadır. JACKMAN,arka ve lateral fistüle oranla , derin ön fistüllerde inkontinansın daha fazla görüldüğünü bildirmiştir. Ameliyattan sonra anal inkontinansa ait insidansı MARKS ve RITCHIE %3.4 MAY %4.1 ve PICHLAMAIER de %3 olarak belirtilmiştir. Kliğimizde tedavi edilen vakaları geç dönemde anal kontinans yönünden değerlendirmek mümkün olmamıştır . Zira hastaların büyük bir kısmı kontrollere muntazam gelmemişlerdir. Ameliyat sonrası erken devrede hiçbir vakamızda inkontinans ortaya çıkmamıştır.

ÖZET

1988-1999 Yılları arasında S.B.Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde perianal fistül nedeniyle opere edilen 63 vaka retrospektif olarak incelenmiştir.

Vakalarımızın cinsiyete göre dağılımı 52 (%82,5) erkek ve 11 (%17,5) kadın olup oran yaklaşık 5/1 şeklinde erkekler lehinedir.

Vakalarımızda en yüksek insidans 22 vaka (%36,06) ile 31-40 (ortalama 35) yaşları arasında görülmüştür.

Fistül tiplerinin dağılımı;intrasfinkterik ve intersfinkterik 39(%61.90),transsfinkterik 6(%9.52), iskiorektal 1 (%1.58), ekstrasfinkterik 3 (%4.76), suprasfinkterik 1 (%1.58), multibl 11 (%14.28), perianal sinus 4 (%6.34) şeklindedir.

Uygulanan operasyon tiplerinin dağılımı da ; fistulektomi + primer tamir 38 (%60.31) , fistulektomi + seton 15 (%23.80), fistulotomi 2 (%3.17), sinus eksizyonu 4 (%6.34) şeklindedir.

Seton uygulaması daha çok iskiorektal , suprasfinkterik ve yüksek ekstrasfinkterik fistül tiplerinde tercih edilmiştir. Bunların eksize edilmeleri riskli görülen asendan komponentleri gümüş nitrat kalemi ile koterize edilip trakt kürete edilmiştir.

Vakalarımızın anal kontinans yönünden değerlendirilmesi erken dönemde subjektif kriterlere göre yapılmış ve 3 vakada gaz inkontinansı saptanmıştır. Bu seri , rekürrens nedeniyle yapılan 3 müdahaleyi de içermektedir.

Deneyimlerimiz neticesinde , özellikle yüksek yerleşimli fistüllerde seton uygulaması yanısıra gümüş nitrat koterizasyonu ve küretajın da güvenilir bir metod olduğu ifade edilebilir.

SONUÇ

Perianal fistüller ano-rektal bölgenin bilinen en eski hastalıklarından biri olmakla beraber , sonuçları günümüzde de tam bir açıklığa kavuşmuş değildir. Hadisenin kronik ve nükslerle seyredişi , anal fistüllerin bir sfinkter hastalığı olduğu kadar , iç delik civarında fistül yolunun glanduler epitel ile örtülü oluşuna bağlıdır.

Her yaşta ve erkeklerde daha sık rastlanan perianal fistüllerin kaynağı vakaların büyük bir kısmında intersfinkterik anal bezlerin piyojen enfeksiyonudur . Perianal abse bu kripto-glandüler enfeksiyonun akut, fistül ise kronik devresini teşkil eder . Bu nedenle absenin erken ve iyi tedavisi fistül teşekkülünü önler.

Traselerinin gidişine göre perianal fistüller intrasfinkterik , intersfinkterik , transsfinkterik , ekstrasfinkterik ve suprasfinkterik diye sınıflandırılır. Bunlar arasında iskio-rektal atnalı fistüller gerek seyirleri gerekse tedavilerinin güçlüğü yönünden önemli bir grubu oluştururlar.

Vakaların büyük bir kısmında klinik olarak fistül yıllarca hastanın genel durumun etkilemeyen lokal bir hadise olarak kalır . Fistül ,anal bölgede kronik , intermittan veya devamlı , çok defa pürülan vasıfta bir akıntıya neden olur. Hemoroid , perianal fistül ile birlikte en sık görülen yandaş hastalık olarak dikkati çekmektedir. Uzun süre devam eden fistül zemininde primer kanser teşekkülü nadir görülen bir komplikasyondur.

Perianal fistüllerin tedavisi cerrahidir.

Tedavi için uygulanan ameliyatların tümünde prensip yeterli drenajı sağlarken anal kontinansı korumaktır.

Fistül nüksü ve anal inkontinans , perianal fistüllerin tedavisinden sonra görülen en önemli komplikasyonlardır. Nükse engel olmak için ameliyat sırasında anal kanaldaki iç deliğin mutlaka ortaya konması , fistülün primer deliğinin eksize edilmesi ,ana trase ile ilişkili olan yan dalların açılması gerekir. Anal kontinansın korunması için ano-rektal halkayı oluşturan pubo-rektal adalenin devamlılığının bozulmaması esastır.

KAYNAKLAR

1. STELZNER,F.: Die anorectalen fisteln, Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1959.
2. GOLİGHER,J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, Second Ed., Chap. 1:1, 6:188 ve 7:201, Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1972.
3. MILLIGAN, T.C., MORGAN,C.N.: Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistulae, Lancet, 2:1150 ve 1213, 1934 (Marks,G.S. ve Ritchie,J.K.(34) ile Goligher,J.C. tarafından site edilmiştir.)
4. Christopher-Davis: Temel cerrahi Sabiston, Güven kitap evi, 10. Baskı, Türkçe çeviri, 1063-84,1977.
5. Parks,A.G., Gordon,P.H., Hardcartle, J.D.: A classificatton of fistula in ano, Br. J.Surg, vol 63:1-12,1976.
6. Shackelford,R.T., Zuidema,G.D.:Surgery of the alimentary tract, 3:227-79 ve 600-42, 1982.
7. MORGAN,C.N., THOMPSON,C.R.: Surgical anatomy of the anal canal, Ann. Roy: Coll. Surg., 19:88,1956.
8. PARKS,A.S.: pathogenesis and treatment of fistula-in-ano Med. J., 1:463,1961.
9. PARKS,A.G., GORDON, P.H., HARDCASTLE,J.D.: A classification fistula-in-ano, Brit.J.Surg., 63:1,1976.
10. EISENHAMMERS,S.: The anorectal fistulous abscess and fistula, Dis. Colon Rectum, 7:91,1966.
11. PARKS,A.G.: Etiology and surgical treatment of fistula-in ano. Dis. Colon Rectum, 6:17, 1963.
12. BENNETT,C.; DUTHİE,H.L.: The functional importance of the internal anal sphincter, Brit.J.Surg., 51:355,1964.
13. EISENHAMMER,S.: The internal anal sphincter and the anorectal abscess, Surg.Gynec. Obstet., 103:501, 1956.

14. DUNPHY,J.E., PIKULA,J.: Fact and fancy about fistula-inano, Surg. Clin. N.Amer., 35:1469, 1955.
15. GOLIGHER,J.C., ELLIS,M.: Acritique of anal gluandular infection in the aetiology and treatment of idiopathic anorectal abscess and fistulas, Brit.J.Surg., 54:977, 1967.
16. HAWLEY,P.R.: Anorectal fistula, Clin. Gastroenterol., 4:635, 1975.
17. McELWAIN,J.W., ALEXANDER,R.M., Mac LEAN,M.D.: Primary fistulectomy for anorectal abscess: Clinical study of 500 cases, Dis.Colon Rectum, 9:181, 1966.
18. Principles of surgery 4th edition 2nd vol 1983. ISBN- 0-07-055817-5
19. ROSCHKE,W.: Der periphroktale Abscess und das perianale Fistelleiden, Arch. Dermatol. Forsch., 244:371, 1972.
20. ALEV,İ.: Rektum ve analkanal hastalıkları (Stirnemann,H. ve Haleter, F.'den çeviri), Bölüm 8. s.140,Ayyıldız Matb., Ankara, 1976.
21. EISENHAMMER,S.: A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion, Surg.Gynec.Obstet.,106:595, 1958.
22. ERDENTUĞ,N., ÜNAL,A.R., TÜTÜNCÜ,A., GÖLPINAR,O., SEZGİN,T.: Fistül anal problemi ve ambulatoire tedavi (Ligatür usulü), Ank. Numune Hast. Bült., 8:33, 1968.
23. BAUMGARTL,F., KREMER,K., SCHREIBER,H.W.: Spezielle Chirrgie für die Praxis, Band H, Teil 2, s. 718, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
24. A short Practice of Surgery, Bailey&Love's 21st edition HK. Levis&Co Ctd Chapmen&Hall, 1991.
25. ATWELL,J.D., DUTHIE,H.L., GOLIGHER,J.C.: The outcome of Crohn's disease, Brit.J.Surg., 52:966, 1965.
26. DIEBOLD,O., JUNGHANNS,H., ZUKSCHWERDT,L.:Klinische Chirurgie für die Praxis, Band 3, S 609, Georg Thiema Verlag , Sututtgart, 1962.

27. MARKS,C.G., RITCHIE,J.K.: Anal fistulas at St.Mark's Hospital, Brit.J.Surg., 64:84, 1977.
28. THOMPSON,H.R.: The orthodox concetion of fistula-in-ano and its treatment, Proc.Roy.Soc.Med., 55:754, 1962.
29. [Anorectal abscess and fistula] (De Lerenzi De Lorenzi D: Ther Umsch, 1997 Apr)
30. ÜNAL,A.R., KORKUT,H.C.: Atnalı fistül analler ve ligatür usulu tedavileri, Ankara Numune Hast. Bült., 16:189, 1975.
31. KLINE,R.J., SPENCER,R.J., HARRISON,E.G., Jr: Carcinoma associated with fistula-in , ano, Arch. Surg., 89:989, 1964.
32. MILLIKEN,J.C.: Squamous carcinoma arising in an anal fistula, Brit. J.Surg., 48:224, 1960.
33. HEIDENREICH,A., COLLARINI,H.A., PALADINA,A.M., FERNANDEZ,J.M., CALVO,T.O.: Cancer in anal fistulas: Report of two cases. Dis. Colon Rectum, 9:371, 1966.
34. Perianal abscesses and fistula. A study of 1023 patients Dis. Colon Rectum, 27(9):593-7 Sep 1984.
35. [Abscess excision and primary fistulectomy as initial therapy of peri-proctal abscess. A prostective analysis of 122 patients] Chirurg. 61(1):5-3-8 Jan 1990.
36. The use of Transanal Rectal Advancement Flaps in the Management of Fistulas involving the Anorectum Diseases of the Colin Rectum vol 30, no-12, Dec 1987.
37. Functional Results after Rectal Flab advancement in the treatfment of trans-sphincteric Fistulas. British Journal of Surgery 1998, 85, 240-242.
38. MAY,R.: Erfahrungen bei der Behandlung von 120 extrasphinktaeren Mastdarmfisteln, München. Med. Wschr., 98:573, 1956.
39. Role of the Seton in the Management of Anorectal Fistulas. Dis. Colon Rectum, June 1993.
40. PARKS,A.G.: The treatment of high fistula-in-ano Dis. Colon Rectum, 19:487, 1976.
41. HUGHES,E.S.R.: Primary skin-grafting in proctological surgery, Brit.J.Surg., 41:639, 1953.