

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**PERİANAL ABSE DRENAJINDAN SONRA VERİLECEK
ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ PERİANAL FİSTÜL GELİŞİMİNİ
ETKİLER Mİ?**

Dr. Ulaş SÖZENER

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sadık ERSÖZ

ANKARA

2009

TEŞEKKÜR

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanımız ve tez hocam Sayın Prof. Dr. Sadık Ersöz'e, asistanlık hayatım boyunca yetişmemde çok büyük emeği olan, tezim süresince de benden desteğini bir an bile esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayhan Kuzu'ya, engin bilgisi ve hoşgörüsü ile daima kendime örnek aldığım, Doç Dr. Bülent Erkek'e, eğitimim süresince yetişmemde katkısı olan tüm diğer hocalarıma, tezime hasta temini konusundaki yardımlarından dolayı Dr. Keşşaf Aşlar ve Doç Dr. Ercan Gedik'e, 5 yıllık asistanlık hayatımı geriye dönük olarak düşündüğümde güzel anılarla hatırlamamın başrolleri, her zaman yanımda olup benden dostluklarını esirgemeyen tüm uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma, bugünlere gelmemi sağlayan, iyi bir hekim olabilmem için bana daima destek olan sevgili anneme ve her zaman yanımda olan diğer yarım sevgili eşim Dr. Zeynep Çelebi Sözen'e en içten teşekkürlerimle...

Dr.Ulaş Sözen

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| TEŞEKKÜR | i |
| İÇİNDEKİLER | ii |
| KISALTMALAR DİZİNİ | iii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | iv |
| TABLolar DİZİNİ | v |
| BÖLÜM 1 | 1 |
| GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| BÖLÜM 2 | 2 |
| 2.1 ANOREKTUM ANATOMİSİ | 2 |
| 2.2 PERİANAL ABSENİN ETİYOLOJİSİ | 3 |
| 2.3 PERİANAL ABSENİN SINIFLANDIRILMASI | 4 |
| 2.3.1 Perianal Abse | 4 |
| 2.3.2 İskiorektal Abse | 5 |
| 2.3.3 İntersfinkterik Abse | 6 |
| 2.3.4 Suprlevator Abse | 6 |
| 2.4 PERİANAL ABSEDE TEDAVİ | 7 |
| 2.4.1 Perianal Abselerde Tedavi | 7 |
| 2.4.2 İskiorektal Abselerde Tedavi | 8 |
| 2.4.3 İntersfinkterik Abselerde Tedavi | 9 |
| 2.4.4 Suprlevator Absede Tedavi | 9 |
| 2.4.5 Antibiyotik Kullanımı | 10 |
| 2.5 AMOKSİSİLİN/KLAVULANİK ASİT | 10 |
| BÖLÜM 3 | 12 |
| 3.1 HASTA GRUBU | 12 |
| 3.1.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri | 12 |
| 3.1.2 Çalışmaya Alınmama Kriterleri | 12 |
| 3.2 YÖNTEM | 13 |
| 3.2.1 Hastaların Kabulü ve Ameliyata Hazırlanma | 13 |
| 3.2.2 Ameliyat | 13 |
| 3.2.3 Gruplama ve İlaç Tedavisi | 14 |
| 3.2.4 Takip ve Çalışmanın Sonlandırılması | 14 |
| 3.3 İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME | 15 |
| BÖLÜM 4 | 16 |
| BÖLÜM 5 | 23 |
| BÖLÜM 6 | 27 |
| ÖZET | 28 |
| SUMMARY | 29 |
| KAYNAKLAR | 30 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-------|-------------------------------------|
| ASKH: | Aterosklerotik Kalp Hastalığı |
| BT: | Bilgisayarlı Tomografi |
| DM: | Diabetes Mellitus |
| KOAH: | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| USG: | Ultrasonografi |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1. Pelvik bölgenin kas anatomisi | 3 |
| Şekil 2. Perianal abselerin sınıflandırılması | 5 |
| Şekil 3: Amoksisilin/Klavulanik asit'in kimyasal yapısı | 10 |
| Şekil 4: A. Fistül gelişim oranı B. Süre içerisinde dağılımı | 18 |

TABLULAR DİZİNİ

| | | |
|-----------|---|----|
| Tablo 1. | Hastalardaki demografik özellikler | 16 |
| Tablo 2. | Hastalardaki abselerin türlerine göre sınıflandırılması | 17 |
| Tablo 3. | Ameliyat türü ve dren kullanımı | 17 |
| Tablo 4. | Abse türü ile fistül gelişimi arasındaki ilişki | 20 |
| Tablo 5. | İlaç tedavisi ile fistül gelişimi arasındaki ilişki | 20 |
| Tablo 6. | Her bir Abse türünde uygulanan tedavi ile fistül gelişimi arasında ilişki | 21 |
| Tablo 7. | Dren konulması ile fistül gelişimi arasındaki ilişki | 21 |
| Tablo 8. | Semptomların süresi ile fistül gelişimi arasındaki ilişki | 22 |
| Tablo 9. | Fistül Gelişimi için Hastalardaki bağımsız değişkenlerin değerlendirildiği çok değişkenli regresyon analizi | 22 |
| Tablo 10. | Perianal abselerde fistül oluşumu oranları | 24 |

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Perianal abseler, vücudun diğer bölgelerinde oluşan diğer abseler gibi; lokal ve bir duvar ile sınırlanmış enfeksiyonlar sonucu oluşmuş yapılardır. Perirektal abselerin büyük bir bölümü kriptojenik kaynaklı olup, anal kanalı çevreleyen ve dentat çizgi boyunca seyreden anal kriptlere boşalan anal bezlerin enfeksiyonuyla başlarlar (1). Bu bezlerden çıkan duktusların dışkı ya da travmatize dokular ile tıkanması sonrasında gelişen sekonder bir enfeksiyonun en az direnç ile karşılaşacağı bir yolu izlemesinin anorektal abse ile sonuçlandığı düşünülmektedir.

Abse erkeklerde daha sık görülmekte olup, oran yaklaşık 2'ye 1'dir. Hastaların büyük çoğunluğu 3. Ve 4. dekada olup, hastalık ilkbahar ve yaz aylarında daha sık görülmektedir. (2).

Yaklaşık olarak anorektal abselerin %26-37'si fistül gelişim ile sonuçlanır (3-5). Drenaj sonrasında bazı abselerin düzeliş, bazılarının fistül oluşturmasının sebebi açık değildir. Yetersiz drenajın bir rolü olduğu düşünülmekte ancak eldeki veriler bu düşüncüyü tam olarak desteklememektedir. Eğer fistül oluşumu abse drenajı sonrası çevre dokunun inatçı enfeksiyonunun bir sonucu ise, geride kalan bu enfeksiyonun eradikasyonu ile fistül oluşum insidansının azalacağı düşünülebilir.

Çalışmamızı üzerine kurduğumuz hipotezimiz drenaj sonrası verilecek antibiyotik tedavisinin fistül oluşum insidansını azaltmayacağıydı.

Hipotezimizi test etmek için perianal abse şikayeti ile başvurmuş hastalarda prospektif olarak yaptığımız çalışmadaki amacımız, uygun cerrahi drenaj sonrasında takiplerde kullanılan antibiyotiğin fistül oluşumu üzerine etkisini araştırmaktır.

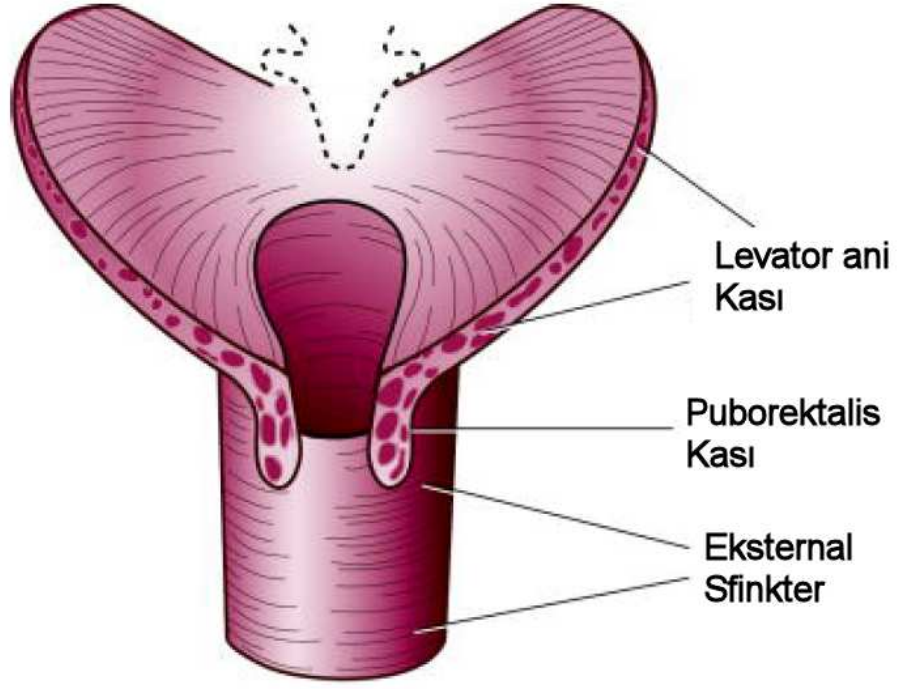
BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1 ANOREKTUM ANATOMİSİ

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar, pelvik tabanın kas anatomisi üzerine görüşler basit ancak eksikti. Hipokrat'tan beri, anal kanal etrafında bulunan ve kontinansın sorumlu halkasal bir kas bilinmekteydi. Anorektal anatomi üzerine olan bilgiler Milligan ve Morgan tarafından 1934'te doğru bir çerçeveye oturtulmuştur. Eksternal sfinkterin internal sfinkterin etrafını saran bir kas tabası olduğu fikrini ortaya koydular. En önemli katkılarından bir tanesi de kontinans için adı geçen halkanın önemini vurgulamalarıdır. Anatomik olarak bu halka, sfinkter özelliğine sahip kaslar içerisinde en yüksekte bulunmasına karşın en güçlü kas olan puborectalis kasıdır.

Anorektal bölgenin kas anatomisi “tüp içerisinde tüp” görünümündedir. İçteki tüp (internal sfinkter) kalın bağırsağın sirküler düz kas tabakasının hipertrofi geçirmesi ve devam etmesiyle oluşmuştur. (6). Dıştaki tüp puborectalis kası ve eksternal sfinkterden oluşur. (Şekil 1). Visseral ve somatik bu iki kas silindiri intersfinkterik tabaka ile ayrılır. Bu plan gevşek bağ dokusu ve kan damarları içeren embriyonik füzyon tabakasıdır. Enfeksiyon içerisinde kolayca ilerler ve bu planın diğer alanlar ile ilişkisini doğru şekilde kavramak, fistüllerin cerrahi tedavisi için çok önemlidir. Anal bezler bu silindirik kaslar arasında bulunur ve internal sfinkteri geçip dentat çizgi seviyesindeki anal kriplere açılan duktuslar ile boşalırlar. Eksternal sfinkter üst kısma doğru huni şeklinde bir yapı oluşturur. Bu yapının içerisinde levator ani kası olup, karın boşluğunu perineumdan ayırır. İki geniş kompartıman levator kaslar tarafından ayrılırlar: Üst kısım pararektal boşluk, alt kısım ise iskiorektal boşluk olup her ikisi de yağ dokusu içermektedir.



Şekil 1. Pelvik bölgenin kas anatomisi

2.2 PERİANAL ABSENİN ETİYOLOJİSİ

Abse spesifik veya spesifik olmayan nedenlerden oluşabilir. Spesifik nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- Anal kanala zorla yabancı cisim sokulması
- Travma
- Malignite
- Radyasyon
- İmmün yetmezlik durumu
- Enfeksiyöz dermatit (supuratif hidradenit gibi)
- Tüberküloz
- Aktinomikoz
- Crohn Hastalığı
- Anal fissür

Anorektal abseler anal ameliyatlardan sonrasında da oluşabilir (hemoroidektomi ve sfinkterotomi gibi).

Nonspesifik anorektal abse ve fistülün nedeninin anal duktusun tıkanıklığı olduğuna inanılır; bu “kriptoglandüler teori” olarak bilinir. Bu bez ve duktusların anal kanal etrafında yerleşmiş olan 6 ile 10 tanesi kriptlerin tabanına açılır.

Parks (7), a) Tüm kriptlerin yarısının bezlere açılmadığını, b) duktusların kör olarak sonlandığını, c) yayılımın en sık submukozaya doğru olduğunu histolojik olarak göstermiştir. Parks'ın gözleminde özellikle dikkati çeken nokta şudur; örneklerin 2/3'ünde bir veya daha fazla dal sfinktere açılır, yarısında ise dallar internal sfinkteri tamamen çaprazlayarak longitudinal tabakada sonlanmaktadır. Bunun yanı sıra, hiçbir dalın eksternal sfinkteri çaprazlamadığını da bulmuştur. Burada bir abse ile sonuçlanan duktus enfeksiyonunun birçok yönde yayılabileceği ve ardından anal fistül gelişimine neden olabileceği vurgulanmaktadır.

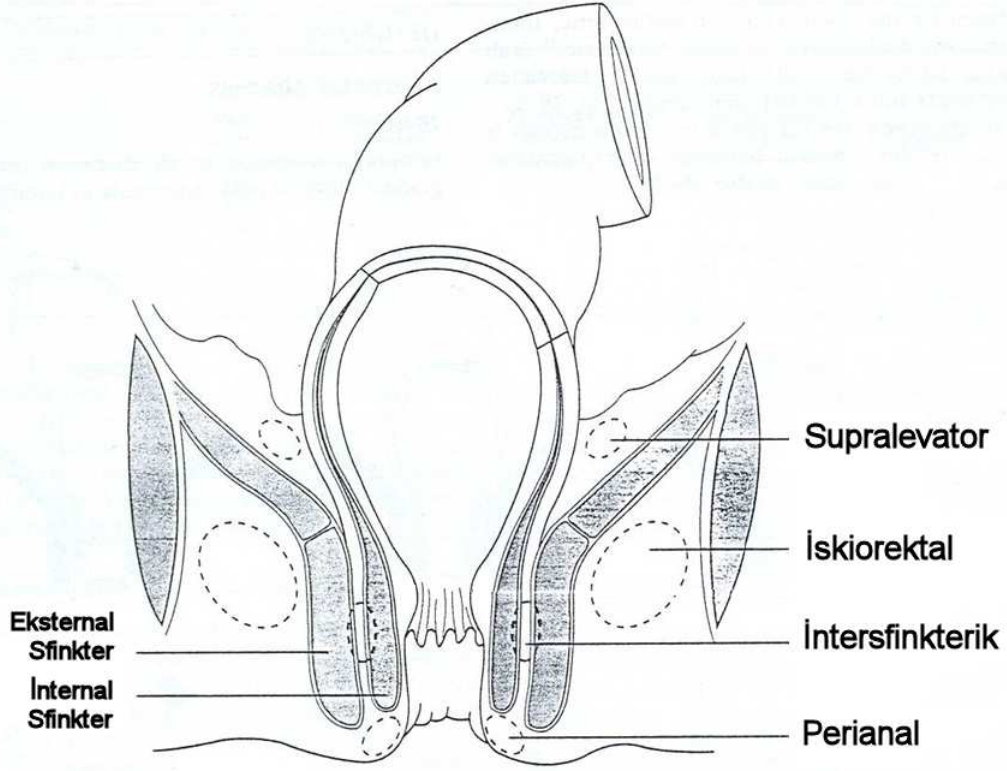
2.3 PERİANAL ABSENİN SINIFLANDIRILMASI

Anorektal abselerin 4 tipi tanımlanmıştır (Şekil 2):

- Perianal
- İskiorektal
- İntersfinkterik
- Suprlevator

2.3.1 Perianal Abse

Perianal abseler (örnek: perirektal) anal verge'nin dışında yüzeysel, hassas bir şişlik ile tanınır. Anorektal abselerin en sık görülen tipidir. Olguların % 40- 45'ini oluşturur. Hasta genellikle defakasyon ve oturma ile şiddeti artan yakın zamanda oluşmuş ağrılı şişlik ile başvurur. Ateş ve lökositoz nadirdir.



Şekil 2. Perianal abselerin sınıflandırılması

Fizik muayenede eritem, endurasyon ve fluktuasyon veren bir alan saptanabilir. Proktosigmoidoskopik muayenenin yapılması ağrı nedeniyle zordur ve yapılabilsen bile pek yarar sağlamaz. Bazen anoskopik muayenede kript tabanından veya kronik anal fissür yerinden sızan püy görülebilir.

2.3.2 İskiorektal Abse

İskiorektal abse gluteal bölgede geniş, eritemli, endüre, hassas şişlik şeklinde ortaya çıkabilir ya da dışarıdan görülmez, hasta sadece ciddi ağrıdan şikayetçidir. Bu tip abse hastaların % 20-25'inde görülür. Püy hemen her zaman vardır. İğne aspirasyonu sorunu genellikle çözümler. Bu duruma kanser ve diğer kolorektal hastalıkların yol açabileceği akılda tutularak, hastaya sıkıntı vermesi nedeniyle proktosigmoidoskopi ve anoskopi ertelenebilir. Bu noktada yeterli rektal değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.

2.3.3 İntersfinkterik Abse

İntersfinkterik abse ilk olarak, sonradan onu yüksek ve alçak tip olarak bölümlere ayıran Eisenhammer tarafından tanımlandı. Olay anal kanaldaki enfekte bir kriptten kaynaklanır ve enfeksiyon rektumun alt bölümüne doğru yayılır. Sıklıkla yanlış olarak submuköz abse olarak adlandırılrsa da intersfinkterik planda yayılır (mukoza altında değil). İntersfinkterik abseler perirektal abselerin % 2-5 ini oluştururlar.

Hastalar defekasyonla artan rektal veya anal rahatsızlıktan şikayet ederler. Rektumda doluluk hissi sık olarak vardır. Pü veya mukus sızıntısı olabilir. Hastalar ateşli veya ateşsiz olabilirler.

Rektal muayenede anoskop veya proktosigmoidoskop ile görülemeyen, hassas submukozaal bir şişlik saptanabilir. Bu durum tromboze internal hemoroid ile karışabilir. Fakat koyu mor veya siyah hemoroidlerin endoskopide görülmemesi ile ayırım yapılır. Yüzey ödemli ve enduredir. Hastaların yaklaşık % 25 inde bir anal fissür abseye eşlik eder. İlgili kriptten pü gelmesi lezyonun yapısı hakkındaki şüpheleri ortadan kaldırır.

2.3.4 Supralelevator Abse

Supralelevator abse nispeten seyrek görülür, birçok sende abselerin % 2.5'ten **azını** oluşturur. Perianal alanda ve gluteal bölgede ağrı en sık görülen başvuru şikayettir. Hastaların çoğunda ateş vardır ve lökositoz görülür.

Birçok hastada pelvik enflamatuvar bir durum vardır (Crohn hastalığı, divertikülit, salpenjit gibi) veya hasta yakın zamanda abdominal veya pelvik cerrahi bir girişim geçirmiştir. Supralelevator abseler transsfinkterik veya intersfinkterik bir absenin yukarıya doğru yayılımı sonucunda da oluşabilir

2.4 PERİANAL ABSEDE TEDAVİ

Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahları Derneği abse ve anal fistül tedavisi için hazırladıkları kılavuzda (8) şu önerilerde bulunmaktadır:

“Abse drene edilmelidir, fluktuasyon saptanamaması tedavinin ertelenmesi için bir neden değildir. Eğer abse yüzeysel ise, lokal anestetik kullanılarak poliklinik koşullarında drene edilebilir. Eğer hasta muayene ve drenaja izin vermeyecek derecede ağrılı ise o zaman bu işlemler ameliyathanede yapılmalıdır. Antibiyotikler kalp kapak hastalığı, immün yetmezlik, yaygın selülit veya diyabet gibi özel durumlarda adjuvan tedavi olarak kullanılır. Absenin yeri kaydedilmelidir. Eğer mümkünse, enfeksiyonun başlangıç yerini ortaya koymak için anoskopi yapılmalıdır. Abse drene edildikten sonra ağrı tekrarlırsa hasta doktoruna haber vermelidir.”

2.4.1 Perianal Abselerde Tedavi

Görünür bir kitle olmaksızın sadece eritem bulunduğu, cerrah insizyon ve drenajın yararlı olmayacağına inanma yanılığına düşebilir. Fluktuasyon veya belirgin endurasyon olmamasına rağmen abse genellikle vardır. Bu işlem lokal anestetik ile poliklinikte rahatlıkla yapılabilir. Endurasyon bölgesine iğne batırılması ile tanı kolayca konabilir. Püye saptanırsa lokal anestetik bir madde kullanılarak küçük bir insizyon yapılır. Püye drene edilir, yaraya iyotlu bir gaz parçası yerleştirilir ve yaranın üstü pansumanla kapatılır. Hastaya 24 saat içinde oturma banyosu yaptığında pansuman ve dreni çıkarması söylenir. Banyo günde üç kez önerilir ve hasta 7-10 gün içinde tekrar muayene edilir. Hasta kontrole geldiğinde proktosigmoidoskopi ve anoskopik muayene yapılır. Eğer eksternal açıklık devam ediyor ve bir fistül traktı saptanıyorsa, definitif tedavi yapılır.

Abse drene edilirken bir fistül varsa iç ağzı görülebilir. İç ağız aşağı yerleşimli ise cerrah ikinci bir girişim gereksinimini ortadan kaldırmak için abse drenajı sırasında fistülotomi yapmayı tercih edebilir.

Anal fistüller perianal absenin drenajı sırasında genellikle saptanamazlar. Basit, alçak yerleşimli bir fistül saptanırsa ve o sırada kolaylıkla yapılabilecekse fistülotomi yapılabılır.

2.4.2 İskiorektal Abselerde Tedavi

İskiorektal absenin drenajı bazı planlamalar gerektirir. Çünkü bu durum genellikle transfinakterik bir fistülün sonucudur. Bu tip absesi olan hastaların çoğu ardından fistül için bir girişime gereksinim duyacaktır. Bundan dolayı, abseyi drene ederken anal verge'ye olabildiğince yakın bir dış ağız oluşturmak önemlidir. Bulguların görüldüğü nokta veya en fazla fluktuasyon veren alana müdahale edilmeksizin abse kavitesine girilerek yeterli drenaj sağlanır.

Geniş bir iskiorektal absenin drenaj tekniği, küçük bir perianal abseninkinden biraz farklıdır. Her ikisi de genel anestezi veya ameliyat girişimlerine gereksinim duymaz. Lokal bir anestetik uygulanması sonrasında küçük bir insizyon yapılır ve püy boşaltılır. Kavite yıkanır ve iyotlu gaz yerleştirilir (sıkıca doldurulmaz). Pansuman kapatılır ve hastaya oturma banyoları önerilir. Hasta pansumanı 24-48 saat içinde açar. Bir hafta içinde tekrar görülür ve bu sefer proktosigmoidoskop ve anoskopi ile muayene edilir.

Bazı durumlarda iskiorektal absenin poliklinik koşullarında drene edilmesi kontrendike olabilir. İlk olarak, hasta lokal bir uygulama ile girişimi tolere edemediğinden ya da hastanın ısrarından dolayı genel, spinal veya caudal anestezi gerekebilir. İkinci olarak, cerrah yeterli poliklinik olanaklarına sahip olmayabilir, poliklinik odasının kirliliği, kullanımını kesinlikle sınırlar. Son olarak, hasta septik tabloda ise ve girişimin hemen arkasından hastaneye yatırılmayacaksa iskiorektal abse poliklinikte drene edilmemelidir. Bazen sistemik antibiyotiklere ve poliklinik koşullarında yapılabileceğinden daha güçlü yıkamalara gerek duyulabilir.

Hastanede drenaj poliklinik şartlarında uygulanan yöntemle esasen aynıdır. insizyon olabildiğince küçük ve medialde olmalıdır. Serum veya antiseptik bir solüsyon ile yıkanmasını takiben küçük bir gaz veya dren yerleştirilir. Anestetik kullanımı sayesinde absenin spesifik nedenini saptama ve internal açıklığın yerini belirlemede yardımcı olabilecek proktosigmoidoskop ve anoskopi mümkün olur.

Drenaj öncesinde internal bir açıklığın varlığını araştırmanın basit bir yolu şişlik üzerine bastırırken bir anoskop ile bakmaktır. Püy çıkan kript görülebilir. Eğer açıklık görülürse, genellikle iki hafta içinde yapılacak olan kesin tedavi için kaydedilmelidir.

2.4.3 İntersfinkterik Abselerde Tedavi

Tedavi genel, spinal veya kaudal anesteziyi gerektirir. Bir poliklinik işlemi değildir. Hill-Ferguson veya uygun görülen diğer bir anal ekartör yerleştirilir.

Abse beraberindeki kriptli alanı da içerecek şekilde internal sfinkter arasından eksize edilir. Sonra, rektumun kesik kenarları ve altta bulunan internal sfinkter hemostaz sağlamak amacıyla dikilir. Yara drenajı sağlamak için açık bırakılır. Pansumana gerek yoktur. Hasta taburcu edilir ve gaita yumuşatıcı alması ve oturma banyoları önerilir. İyileşme genellikle 3-4 hafta alır ve daha ileri bir girişime gereksinim duyulmaz.

2.4.4 Supralelevator Absede Tedavi

Absenin nedeni tedaviyi belirler; pelvik sepsis nedeniyle oluşan abseler için transrektal veya transvajinal drenaj ve transsfinkterik fistül sekonder abseler için eksternal drenaj önerilir. İç ağız kript seviyesinde olduğunda transrektal drenaj uygulanması felakete davetiye çıkarmaktır. Benzer şekilde levatorların üzerinde bir bağlantı olduğunda absenin perineden drene edilmesi yüksek ekstrasfinkterik fistül ile sonuçlanabilir. Etkili tedavi septik olayın nedenini anlamayı gerektirir. Bunun için en büyük yardımcı hikayenin düzgün biçimde alınmasıdır. Bunun yanı sıra, daha da

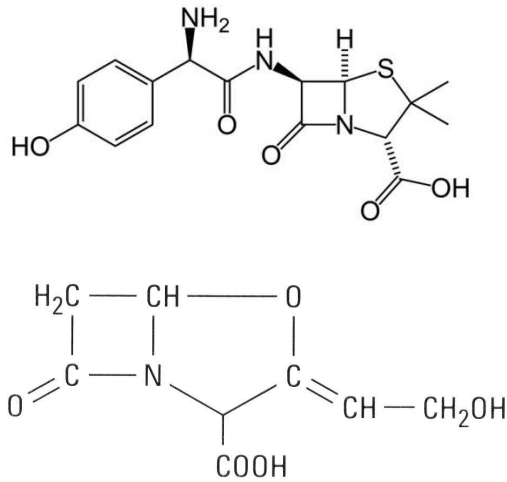
önemlisi anestetik kullanarak kript seviyesinde internal açıklığı saptamak girişiminde bulunarak durumu doğru değerlendirmektir. Eğer böyle bir ağz bulunursa drenaj yöntemi eksternal olmalıdır; eğer yoksa drenaj muhtemelen internal olacaktır.

2.4.5 Antibiyotik Kullanımı

Günümüzde yüksek riskli hasta grupları dışında (diyabet, kalp kapak hastalığı, yaygın selülit hali veya bozulmuş immün sistem gibi) antibiyotik tedavisi önerilmemektedir. Bu gibi durumların varlığında geniş spektrumlu antibiyotikler önerilir.

2.5 AMOKSİSİLİN/KLAVULANİK ASİT

Amoksisilin/klavulanik asit, genel tıpta ve hastanede sık karşılaşılan bakteriyel patojenlere karşı kayda değer bir geniş etki spektrumuna sahip bir antibiyotik ajandır (Şekil 3). Klavulanatın beta-laktamazları inhibe eden etkisi, amoksisilinin spektrumunu, aralarında diğer beta-laktam antibiyotiklere dirençli birçok organizmanın da bulunduğu daha geniş bir bakteri grubunu içine alacak şekilde genişletir.



Şekil 3: Amoksisilin/Klavulanik asit'in kimyasal yapısı

Antibiyotiđi, patojen üzerindeki etkisini göstermesinden önce tahrip eden bakteriyel enzimler, birçok antibiyotiğe karşı direncin nedenidir. Amoksisilin/klavulanik asitteki klavulanat beta-laktamaz enzimlerini bloke ederek bu savunma mekanizmasına karşı önceden harekete geçer ve böylelikle organizmaları, vücutta rahatlıkla ulaşılabilen konsantrasyonlarda amoksisilin'in hızlı bakterisidal etkisine duyarlı kılar. Klavulanatın kendisinin de bir miktar anti bakteriyel aktivitesi vardır, ancak amoksisilin ile birlikte, hastanede ve genel tıpta yaygın kullanımı olan geniş spektrumlu bir antibiyotik ajan meydana getirir.

Amoksisilin/klavulanik asit'in her iki bileşenin farmakokinetik özellikleri birbirlerine yakın bir uyum gösterir. Her iki bileşenin zirve serum düzeylerine, oral uygulamadan sonra yaklaşık 1 saat içinde ulaşılır. Gerek amoksisilin gerekse klavulanat, serum proteinlerine düşük oranda bağlanırlar ve yaklaşık %70'i serumda serbest halde kalır. Amoksisilin/klavulanik asit dozajının iki katına çıkarılması, elde edilen serum düzeylerini yaklaşık olarak iki katına çıkarır.

Amoksisilin/klavulanik asit, aşağıdakilerin de dahil olduğu çok sayıda mikroorganizmaya karşı bakterisidal etki gösterir.

Gram-Pozitifler: *Aeroblar:* Enterococcus faecalis, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans, Staphylococcus aureus, koagülaz negatif stafilkoklar (Staphylococcus epidermidis dahil), Corynebacterium türleri, Bacillus anthracis, Listeria monocytogenes. *Anaeroblar:* Clostridium türleri, Peptokok türleri, Peptostreptokoklar.

Gram-Negatifler: *Aeroblar:* Haemophilus influenzae, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Klebsiella türleri, Moraxella catarrhalis, Salmonella türleri, Shigella türleri, Bordetella pertussis, Brucella türleri, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Vibrio cholerae, Pasteurella multocida. *Anaeroblar:* Bacteroides fragilis dahil olmak üzere Bacteroides türleri. Ampisilin ve amoksisiline dirençli beta-laktamaz üreten suşlar dahil.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 HASTA GRUBU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitimi ve Araştırma Hastanesi 5. Cerrahi Kliniği ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na Ekim 2005 ve Ocak 2008 tarihleri arasında başvuran 334 perianal abse olgusu içerisinde çalışma kriterlerine uyan ve çalışma anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 143 olgu prospektif olarak çalışmaya alındı.

3.1.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Perianal Abse varlığı
- 18 yaşından büyük olmak

3.1.2 Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Mevcut abse için bir antibiyotik tedavisi almış olmak
- Diyabet hastası olmak
- Daha önce anorektal cerrahi geçirmiş olmak
- İltihabi bağırsak hastası (Crohn Hastası, ülseratif kolit) olmak
- Fournier Gangreni şüphesi bulunması
- Başvuru sırasında internal fistül ağzı bulunması
- Altta yatan başka patolojiye sekonder abse (tümör, kondilom, travma, HIV gibi) gelişmiş olması
- Gebelik
- İmmün yetmezliği olmak

3.2 YÖNTEM

3.2.1 Hastaların Kabulü ve Ameliyata Hazırlanma

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma anlatıldı, gönüllü onam formu dolduruldu ve imzalatıldı. Başvuru şikayeti, semptomları süresi, ciddi yandaş hastalıklar (ASKH, KOAH, DM gibi), düzenli ilaç alışkanlığı, geçirilmiş operasyonlar açısından hikayeleri alındı.

Preoperatif rutin testler dışında fizik muayene ile absenin değerlendirilmesi tam olarak yapılamamışsa ya da tanıya yönelik kuşku varsa Abdominopelvik BT, Abdominopelvik USG, Çift Kontrastlı Kolon Grafisi, Endorektal USG, Rektosigmoidoskopi/ Kolonoskopi gibi tetkikler yapıldı.

Sonrasında hastalar Anesteziyoloji Anabilim Dalı tarafından değerlendirildi ve gereği halinde preoperatif olarak kardiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları gibi bölümlerce konsülte edildiler. Anesteziyoloji tarafından uygun görülen ve hasta tarafından tercih edilen şekilde genel ya da rejyonel anestezi uygulanarak ameliyata alındılar.

Hastanın hikayesi, fizik muayene bulguları ve yapılmış olan tetkik sonuçları hasta takip formuna kaydedildi.

3.2.2 Ameliyat

Hastalar üç merkezde de standart litotomi pozisyonunda ameliyat edildiler. Povidin iodin ile cilt temizliği ve steril örtünmenin ardından muayene tekrarlanarak absenin türü bir kez daha belirlendi. Fistül ağzının olup olmadığı bir kez daha değerlendirildi. Fistül ağzı görülen hastalar çalışmadan çıkarıldı bu hastalara uygun cerrahi tedavi yapıldı. Fluktuasyon veren bölge üzerinden cildin durumuna göre basit kesi ya da nekrotik cildi içine alacak eliptik kesi yapılarak abse açıldı. Abse boşaltıldıktan sonra

sağlam doku travmatize edilmeden Kavite içerisindeki mevcut septasyonlar açıldı ve abse kavitesi içerişi yıkandı. Kavitenin boyutları ve konumuna göre cerrah tarafından dren konulup konulmayacağına ameliyat sırasında karar verildi. Eğer dren konulacak ise Penrose ya da Pezzer dren konuldu. Ameliyat sonrasında cerrah tarafından işlemin ayrıntıları takip formuna kaydedildi.

3.2.3 Grublama ve İlaç Tedavisi

Ameliyat sonrasında hastalar kapalı zarf çekme yöntemi ile randomize edildiler ve iki gruba ayrıldılar. Bir gruba 10 gün süresince 1000 mg Amoksisilin/klavulanik asit oral yoldan günde iki kez (Bioment®-BID 1000 mg film tablet, Fako İlaçları A.Ş., Levent, İstanbul), diğer gruba ise 10 gün süresince plasebo oral yoldan günde iki kez verildi. Çalışmada kullanılan antibiyotikler Fako İlaçları A.Ş. tarafından sağlanmıştır. Antibiyotik ve plasebo Ankara Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı tarafından gruplandırıldı tamamen aynı görünümde paketlenerek bir gruba A diğer gruba B adı verildi. Bu sayede hem hastanın hem de ilaç tedavisini veren doktorun çalışmaya kör kalması sağlandı. Hangi hastanın hangi gruba alındığı hasta takip formuna işlendi.

3.2.4 Takip ve Çalışmanın Sonlandırılması

Hastalar ameliyattan sonra 3., 6. ve 12. Ayın sonunda kontrole çağırıldılar ve fistül gelişimi açısından muayene edildiler. Fistül gelişmiş hastalarda fistül gelişim zamanı belirlendi ve hasta takip formuna not edildi. Bu hastalar için çalışma sonlandırılarak fistüle yönelik uygun tedavi verildi. Bir yıllık sürenin sonunda fistül gelişmeyen hastalar için de çalışma sonlandırıldı ve durumları hasta takip formuna işlendi.

3.3 İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel değerlendirmeler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafınca gerçekleştirildi. İstatistiksel analiz SPSS 14.0 (Statistical package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak yapıldı. Her iki grup için fistül gelişimi ile değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Ki-kare testi kullanıldı. Fistül gelişimi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisini değerlendirmek için çok değişkenli regresyon analizi yapıldı.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşları 37.9 idi. %23.7 (n:33) kadın, %76.3 (n:106) erkekten oluşmaktaydı. Hastaneye başvurulduğundaki ortalama semptomların var olma süresi 4.47 gündü. Hastaların %89.9'unda eşlik eden kronik bir hastalık mevcut değildi. Bu Veriler tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastalardaki demografik özellikler

| | | | Hastalar (n=139) | | |
|----------------------------|--------------|-------------|------------------|---------|----------|
| | | | Ortalama | Minimum | Maksimum |
| Yaş | | | 37,90 | 18 | 67 |
| Cinsiyet | <i>Erkek</i> | 106 (%76.3) | | | |
| | <i>Kadın</i> | 33(%23.7) | | | |
| Semptomların Süresi | | | 4,47 | 1 | 45 |
| Eşlik Eden Hastalık | <i>Var</i> | 14 (%89,9) | | | |
| | <i>Yok</i> | 125 (%10.1) | | | |

n:hasta sayısı

Hastaların abselerinin sınıflandırılması tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre en sık görülen tip perianal tip (%56.8) iken, bunu sırasıyla intersfinkterik tip (%21.6) ve iskiorektal tip (%20.9) izlemiştir. Sadece 1 hastada Supraleuator tip görülmüştür (%0.7).

Tablo 2. Hastalardaki abselerin türlerine göre sınıflandırılması

| Abse Türü | Hasta Sayısı | % |
|------------------------|---------------------|--------------|
| <i>Perianal</i> | 79 | 56,8 |
| <i>İntersfinkterik</i> | 30 | 21,6 |
| <i>İskiorektal</i> | 29 | 20,9 |
| <i>Suprlevator</i> | 1 | 0,7 |
| Toplam | 139 | 100,0 |

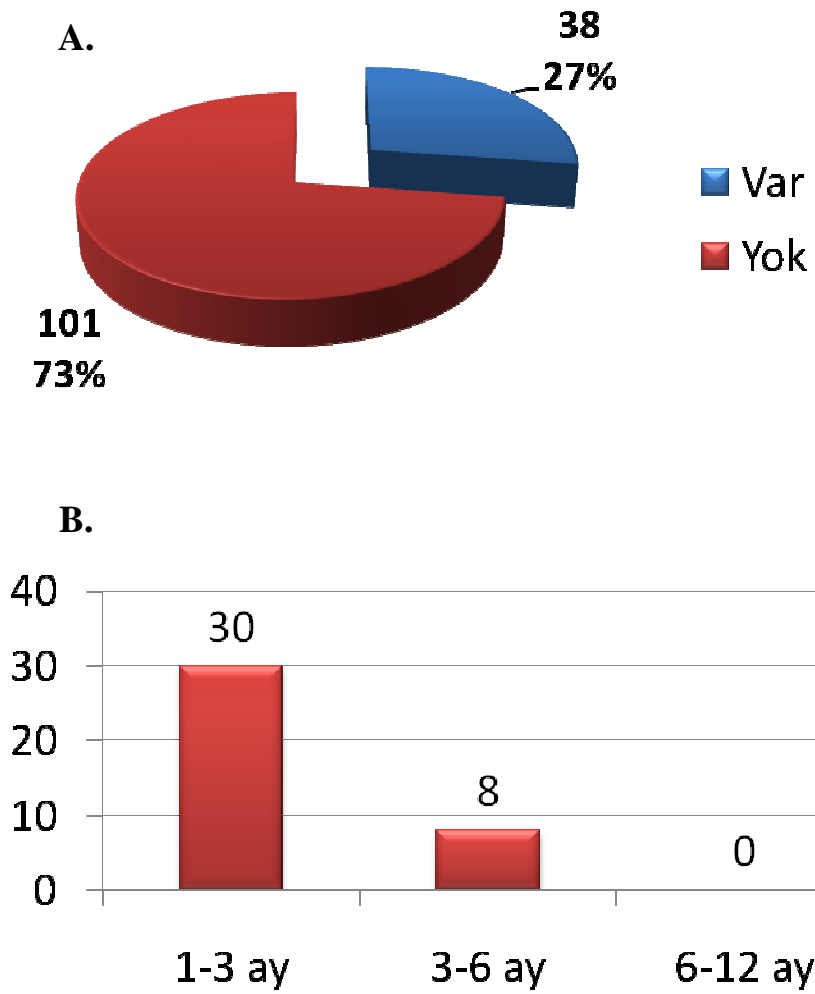
Ameliyat sırasında hastaların klinik durumuna göre drenaj yöntemi seçilmiştir. Buna göre 102 hastaya (%73) basit cilt kesisi ve drenaj uygulanırken, 37 hastaya (%27) abse üzerindeki cilt dokusunu da içine alan eliptik kesi ile drenaj uygulandı. 46 hastaya (%33) dren konuldu, 93 hastaya (%67) ise dren gerekli görülmedi. Dren koyulan hastalarda 36'sına Penrose dren, 10'una ise Pezzer dren konuldu. Bilgiler tablo3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Ameliyat türü ve dren kullanımı

| | Hasta Sayısı | % |
|---------------------|---------------------|----------|
| Kesi Türü | | |
| <i>Basit kesi</i> | 102 | 73 |
| <i>Eliptik kesi</i> | 37 | 27 |
| Dren | | |
| <i>Konuldu</i> | 46 | 33 |
| Penrose | 36 | |
| Pezzer | 10 | |
| <i>Konulmadı</i> | 93 | 67 |

Ameliyattan sonra 75 hastaya (%54) A grubu (plasebo), 64 hastaya (%46) ise B grubu (antibiyotik) ilaç verilmiştir.

Hastaların tedavileri bittikten sonra 1 yıl süresince kontrolleri sonucunda 101 hastada (%73) fistül gelişimi gözlenmezken, 38 hastada (%27) fistül gelişmiştir. Fistül gelişim sürelerine bakıldığında en sık olarak tedavisi sonrası ilk 3 ay içerisinde fistül geliştiği (30 hasta) görülmüştür. Bunu 3-6 ay arasında fistül gelişen 8 hasta izlemiştir. Çalışma süresince 6. Aydan sonra hiç bir hastada fistül geliştiği gözlenmemiştir (Şekil 4). İzlemler sırasında 2 hastada (%1.4) tekrar abse gelişmiş ve uygun şekilde drene edilmiştir.



Şekil 4: A. Fistül gelişim oranı B. Süre içerisinde dağılımı

Hastalarda kaydettiğimiz değişkenler ile fistül gelişim arasındaki ilişkiyi araştırdık. İstatistiksel değerlendirmeyi değiştireceği için tek supralavator abse hastası değerlendirmeden çıkarıldı.

Absenin türü ile fistül gelişimi arasındaki ilişkiye bakıldığında iskiorektal abselerde fistül gelişme insidansının anlamlı şekilde arttığı görüldü ($p<0.001$). Perianal ve intersfinkterik abselerde bu oran yüksek bulunmadı (Tablo 4).

Drenaj sonrasında verilen antibiyotik tedavi ile fistül gelişim arasındaki ilişkiye bakıldığında, plasebo ya da antibiyotik kullanımı ile fistül gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p=0.075$) (Tablo 5).

Hastaları her bir abse türü için gruplandırıp fistül gelişimi ile ilişkileri değerlendirildiğinde, perianal, intersfinkterik ve iskiorektal abselerde plasebo ya da antibiyotik kullanımı ile fistül gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı (sırası ile $p=0.13$, $p=0.5$, $p=0.91$) (Tablo 6).

Drenaj sonrasında dren yerleştirilip yerleştirilmemesi ile fistül gelişim arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p=0.36$) (Tablo 7).

Semptomların süresi ile fistül gelişim arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p=0.67$) (Tablo 8).

Fistül gelişimi üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin belirlenmesi için çok değişkenli regresyon analizi yapıldığında, abse türünün fistül gelişimi üzerine bağımsız bir değişken olarak etkisinin olduğu gözlemlendi. Diğer parametrelerin bağımsız değişken olarak etkileri görülmedi (Tablo 9).

Tablo 4. Abse türü ile fistül gelişimi arasındaki ilişki

| Abse Türü | Fistül Gelişimi | | | |
|-----------------|-----------------|------|-----------|------|
| | Yok | | Var | |
| | n | % | n | % |
| Perianal | 68 | 86,1 | 11 | 13,9 |
| İntersfinkterik | 22 | 73,3 | 8 | 26,7 |
| İskiorektal | 10 | 34,5 | 19 | 65,5 |
| Toplam | 100 | | 38 | |

*p<0.001

*: Pearson Ki-kare testi

Tablo 5. İlaç tedavisi ile fistül gelişimi arasındaki ilişki

| Tedavi | Fistül Gelişimi | | | |
|---------------|-----------------|------|-----------|------|
| | Yok | | Var | |
| | n | % | n | % |
| Plasebo | 59 | 78,7 | 16 | 21,3 |
| Antibiyotik | 41 | 65,1 | 22 | 34,9 |
| Toplam | 100 | | 38 | |

*p=0.075

*: Pearson Ki-kare testi

Tablo 6. Her bir Abse türünde uygulanan tedavi ile fistül gelişimi arasında ilişki

| | | Fistül Gelişimi | | | |
|------------------------|--------------------|-----------------|-------|-----------|-------|
| | | Yok | | Var | |
| | | n | % | n | % |
| <i>Perianal</i> | <i>Plasebo</i> | 41 | 91,11 | 4 | 8,89 |
| | <i>Antibiyotik</i> | 27 | 79,41 | 7 | 20,59 |
| | | *p=0.13 | | | |
| <i>İntersfinkterik</i> | <i>Plasebo</i> | 14 | 77,78 | 4 | 22,22 |
| | <i>Antibiyotik</i> | 8 | 66,67 | 4 | 33,33 |
| | | *p=0.5 | | | |
| <i>İskiorektal</i> | <i>Plasebo</i> | 4 | 33,33 | 8 | 66,67 |
| | <i>Antibiyotik</i> | 6 | 35,29 | 11 | 64,71 |
| | | *p=0.91 | | | |
| Toplam | | 100 | | 38 | |

*: Pearson Ki-kare testi

Tablo 7. Dren konulması ile fistül gelişimi arasındaki ilişki

| | | Fistül Gelişimi | | | |
|---------------|--|-----------------|------|-----------|------|
| | | Yok | | Var | |
| Dren | | n | % | n | % |
| Var | | 69 | 75.0 | 23 | 25.0 |
| Yok | | 31 | 67.4 | 15 | 32.6 |
| Toplam | | 100 | | 38 | |

*p=0.035

*: Pearson Ki-kare testi

Tablo 8. Semptomların süresi ile fistül gelişimi arasındaki ilişki

| Semptomların Süresi (Gün) | Fistül Gelişimi | | | |
|---------------------------|-----------------|------|-----------|------|
| | Yok | | Var | |
| | n | % | n | % |
| 1-3 | 54 | 74.0 | 29 | 26.0 |
| >3 | 46 | 70.8 | 19 | 29.2 |
| Toplam | 100 | | 38 | |

*p=0.67

*: Pearson Ki-kare testi

Tablo 9. Fistül Gelişimi için Hastalardaki bağımsız değişkenlerin değerlendirildiği çok değişkenli regresyon analizi

| Model | Katsayılar ^a | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------|---------------------|-------|------|
| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | | Sig. |
| | B | S.E | Beta | t | |
| (Sabit) | ,026 | ,188 | | ,136 | ,892 |
| Abse Türü | ,182 | ,032 | ,480 | 5,692 | ,000 |
| Dren Konulması | -,074 | ,080 | -,078 | -,923 | ,358 |
| Semptomların Süresi | -,006 | ,008 | -,062 | -,760 | ,448 |
| Cinsiyet | -,041 | ,084 | -,039 | -,483 | ,630 |
| Hastanın Yaşı | ,000 | ,003 | -,008 | -,101 | ,919 |
| Verilen Antibiyotik Grubu | ,104 | ,071 | ,116 | 1,464 | ,145 |

a. Bağımlı Değişken: Fistül Gelişimi

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Hemen her cerrah tarafından sıkça karşılaşılan ve tedavi edilmek zorunda kalınan bir hastalık olmasına rağmen, perianal abse hakkındaki bilgiler tam netlik kazanmamıştır demek yanlış olmayacaktır. Oluşma mekanizması, sınıflandırılması, tedavisi konusunda uzun yıllardır sayısız çalışma yapılmış olmasına rağmen, pek çok saygın çalışmanın çok farklı sonuçlar ve seçenekler öne sürmesi hastalık hakkında bilginin yetersizliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Sekonder perianal abseleri bir yana bırakırsak, primer perianal abselerin oluşum mekanizması için önerilmiş olan teorikler içerisinde en sık kabul edilene “kriptoglandüler teori”dir. Eisenhammer tarafından ortaya atılan teoriye göre, transizyonel epitel ile kaplı dallanmış tübüler yapılar olan anal bezler sıklıkla internal ve eksternal sfinkterler arasındaki planda sonlanırlar. Bu intersfinkterik alandaki enfeksiyon kriptoglandüler yapıda olup anorektal enfeksiyonun başlangıç noktasıdır (9). Parks perianal abseleri ve perianal fistülleri bu teoriye göre sınıflandırmıştır (7).

Günümüzde pek çok yazar abse ve fistülün aynı hastalığın değişik fazları olduğunu ve absenin bu sürecin akut kısmını fistülün ise kronik kısmını temsil ettiğini söylemektedir (6). Buna rağmen aynı koşullarda aynı tedavi verilen aynı tür abselerin bir kısmında fistül gelişmesi, bir kısmında ise tamamen iyileşme görülmesinin altında yatan sebep tam olarak aydınlık kazanmamıştır. Abse drenajı sonrasında fistül gelişme oranı farklı yayınlarda %5'te %83'e kadar değişmekle birlikte, çağdaş tedaviler sonucunda bu oranı %35 olduğu kabul görmektedir (4, 10-13) (Tablo10).

Tablo 10. Perianal abselerde fistül oluşumu oranları

| Yazar | Hasta Sayısı | Fistül oluşumu | |
|-----------------|--------------|----------------|----|
| | | Sayı | % |
| Doberneck (14) | 50 | 6 | 12 |
| Ramstead (15) | 139 | 25 | 18 |
| Seow-Choeh (16) | 89 | 10 | 11 |
| Vasilevsky (4) | 83 | 31 | 37 |
| Ramanjuam (17) | 668 | 22 | 3 |
| Hämäläinen (18) | 146 | 54 | 37 |

Çalışmamızda 139 hastanın 38'inde fistül gelişmiş olup (%27) bu oran literatürdeki oran ile uyumludur.

Absenin fistüle dönüşmesinde abseyi oluşturan mikroorganizmaların türünün önemini savunan yazarlar vardır. Whitehead, fistül gelişen abselerin etiolojisinin fistül görülmeyle farklı olduğunu ve uygun mikrobiyolojik inceleme yapılması gerektiğini savunmaktadır (19). Grace, daha da ileriye giderek kültürlerinde cilt kökenli mikroorganizmaların üretildiği abselerin fistül ile ilişkisi olmadığını öne sürmüştür (20). Eykyn, gastrointestinal sistem kökenli mikroorganizmaların üretildiği hastalarda, fistül gelişimi açısından ikinci bir muayenenin yapılmasını önermektedir (21). Henrichsen de, çalışmalarında sadece bağırsak kaynaklı organizmaların bulunduğu abselerde fistül geliştiğini belirtmiştir (22).

Hämäläinen, 170 hasta üzerinde yapmış olduğu bir araştırmada, cilt kökenli abse olgularında da fistül geliştiğini göstermiş ve mikroorganizmaların kaynağını ile fistül gelişimi arasında kesin bir bağ olamayacağını karşıt görüş olarak ortaya koymuştur (18).

Çalışmamızda mikroorganizmanın kökeninden çok mikroorganizmanın eradike edilmesi önemli olduğu ve etki spektrumunda hem cilt kökenli hem de gastrointestinal sistem kökenli mikroorganizmaları içeren bir antibiyotik kullanıldığı için rutin kültür çalışması yapılmamıştır.

Nomikos (6), Lunnis (23), Cox (24) ve Hughes (25), absenin mikrobiyolojik kökeninin araştırılmasından ziyade; perianal bölge anatomisinin ve abse yayılım biçimini iyi anlaşılmasının ve bu sayede uygulanacak uygun ve yeterli cerrahinin fistül gelişimini önlemede çok daha önemli olduğunu belirtmektedirler. Çalışmamızda sadece 2 hastada nüks abse görülmesini, ameliyatların abse cerrahisin konusunda deneyimli cerrahlarca ve standart olarak yapılmış olmasına bağlıyoruz.

Perianal abse tedavisinde özel durumlar dışında rutin antibiyotik tedavisi günümüzde önerilmemektedir (8). Rutin tedavide yeri olmamasının da etkisi ile, literatürde antibiyotik kullanımı ile fistül gelişimi üzerine yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Nunoo-Mensah ve arkadaşları (26) tarafından yapılmış retrospektif bir pilot çalışmada antibiyotik kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, fistül gelişimini azalttığı yönünde sonuçlar çıkmıştır.

Çalışmamızda antibiyotik kullanımının fistül gelişimi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını görüldü. Bu bulgu bize yeterli cerrahi drenajın tedavide çok daha önemli bir bileşen olduğunu düşündürdü.

Yine çalışmamızda fistül gelişiminin en sık olarak iskiorektal abselerde olduğu görüldü (% 65.5). Vasilevsky ve arkadaşları (4) çalışmalarında benzer şekilde en sık fistül gelişiminin iskiorektal grupta olduğunu göstermiştir. Yine Chrabot (27) ve arkadaşlarının yapmış oldukları yayında en sık fistül gelişimi iskiorektal ve intersfinkterik abse türlerinde görülmüştür. Ramanujam (17) da intersfinkterik abse tipinde fistül gelişimini daha fazla olduğunu gözlemiş ve bunu kriptoglandüler teori ile açıklamıştır.

Fistül gelişimi, 38 hastadan 30'unda (%79) takip süresinde ilk 3 ayda kalan 8 hastada da 3-6 ay arasına olmuştur. Gya (28) ve arkadaşları fistül gelişimini ilk 6 ayda en sık olduğunu söylemektedir. Ramstead (15) de abse tedavisinden sonra fistül gelişiminin erken dönemde olduğunu, bunun da kendini yara iyileşmesinde gecikme ile gösterdiğini belirtmektedir. Hastaların, yara tamamıyla iyileşinceye kadar takip edilmesi gerektiğini, iyileşme olmaması halinde fistül gelişiminden şüphelenilerek gerekirse genel anestezi altında muayene edilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

BÖLÜM 6

SONUÇLAR

- Perianal abse tanısı koyulur koyulmaz beklenmeden, uygun koşullarda yeterli cerrahi drenaj yapılmalıdır.
- Perianal bölge anatomisinin iyi bilinmesi, hastalığın ilerleme mekanizmasını anlamada ve tedavinin yapılmasında çok önemli olduğu için, drenaj ve drenaj sonrasında çevre sağlam dokulara zarar vermeden fistül değerlendirilmesinin deneyimsiz cerrahların yapmasından kaçınılmalıdır.
- Dren konulmasının fistül gelişimi üzerine bir etkisi olmadığından, uygun drenajın elde edilebilmesi için çekinmeden kullanılmalıdır.
- Antibiyotik kullanımını gerek absenin tedavisinde gerekse fistül gelişimini önlenmesinde herhangi bir yeri yoktur.
- İskiorektal abse varlığında fistül gelişim riskinin yüksek olduğu akılda tutulmalı ve hasta tamamen iyileşinceye kadar yakın takip edilmelidir.
- Abse alt gruplarına yönelik, özellikle iskiorektal abselere yönelik daha büyük vaka sayılarına sahip prospektif çalışmalar, fistül gelişiminin anlaşılmasına ve önlenmesi için uygun yöntemlerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

ÖZET

Perianal Abse Drenajından Sonra Verilecek Antibiyotik Tedavisi Perianal Fistül Gelişimini Etkiler mi?

Perianal abse vakalarının yaklaşık %35'inde cerrahi tedavi sonrasında fistül geliştiği bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı tedaviye antibiyotik eklenmesinin bu oranı değiştirip değiştirmeyeceğinin anlaşılmasıdır.

Eylül 2005 ve Ocak 2008 arasında üç büyük merkezde perianal abse drenajı yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce geçirilmiş anorektal cerrahi hikayesi, immün yetmezlik, gebelik, iltihabi bağırsak hastalığı varlığı, antibiyotik kullanım öyküsü, ve başvuruda fistül varlığı çalışmaya alınmama kriterleri idi. Drenaj sonrasında hastalar randomize edildi ve 10 gün süreyle antibiyotik ve plasebo tedavisi aldılar. Perianal fistül oluşumu açısından operasyon sonrası üçüncü, altıncı ve onikinci ayların sonunda kontrole çağırıldılar. Kontroller ilaç tedavisine kör bir doktor tarafından yapıldı.

Çalışmaya 139 hasta alınmıştır (%76.3 erkek). Ortalama hasta yaşı 38'di. Abselerin büyük çoğunluğu perianaldı (%57) ve bunu sırasıyla intersfinkterik ve iskiorektal abseler izlemekteydi. Sadece 1 supraleveator abse vakası mevcuttu. Uygun cerrahi drenaj ardından hastaların 64'üne (%46) antibiyotik tedavisi uygulanırken gerisine plasebo verildi.

Takiplerde hastaların %27'sinde fistül geliştiğın gördük. Antibiyotik ve plasebo grubu arasında fistül gelişimi yönünden anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0.08). İstatistiksel olarak anlamlı tek ilişki abse tipi ile fistül gelişimi arasındaydı. Bu ilişki için de iskiorektal abseler en artmış risk grubunu oluşturmaktaydı. Semptomların süresi, drenaj yöntemi ya da dren konulması ile fistül gelişimi arasında bir korelasyon görülmedi.

Postoperatif antibiyotik tedavisini fistül gelişimini önlemede bir etkisini görmedik. Buradan yola çıkarak, uygun ve yeterli cerrahi drenaj sonrasında abse tedavisi için ek bir yöntem gerekmediğın söyleyebiliriz.

Abse alt gruplarına yönelik, özellikle iskiorektal abselere yönelik daha büyük vaka sayılarına sahip prospektif çalışmalar, fistül gelişiminin anlaşılmasına ve önlenmesi için uygun yöntemlerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Perianal, Abse, Fistül, Antibiyotik, Anorektum

SUMMARY

Does Adjuvant Antibiotic Treatment After Drainage of Perianal Abscess Prevent The Development Anal Fistula?

It is known that approximately 35% of abscesses will lead to fistula formation after surgical drainage. The aim of our study is to determine if the addition of antibiotics to the treatment regimen changes this ratio.

Patients who underwent abscess drainage in 3 major colorectal units between September 2005 and January 2008 were included. Previous anorectal surgery history, immune compromised states, pregnancy, inflammatory bowel disease, antibiotic usage prior to surgery and presence of anal fistula at the operation were exclusion criteria. Patients were randomized and given placebo or antibiotic treatment for 10 days after drainage. Patients were followed for perianal fistula formation at the end of 3rd month, 6th month and 1st year by a physician who was blind to antibiotic treatment.

139 patients were included to the study (76.3% male). Mean age was 38. The majority of the anorectal abscesses were perianal (57%) which is followed by Intersphincteric and Ischiorectal respectively. Only 1 case of supralavator abscess was present. After proper surgical drainage, 64 patients (46%) were given antibiotic treatment while the rest received placebo.

We found that 27% of the patients developed anal fistula in the follow up. We did not find any difference in terms of fistula formation between the placebo and antibiotic groups ($p=0.08$). The only statistical significant relationship was between the abscess type and the development of fistula. In that relationship, ischiorectal group had the most increased risk for development of fistula. Duration of symptoms, drainage method or placement of drain had no correlation with the development of fistula.

We didn't find any preventive effect of postoperative antibiotic treatments in terms of fistula formation. We may conclude that, as long as adequate surgical drainage is performed, there is no need for additional treatment for perianal abscess.

Further studies should be conducted, especially focusing on Ischiorectal abscess patients, to better understand the mechanisms of fistula formation.

Key Words: Perianal, Abscess, Fistula-in-ano, Antibiotic, Anorectal

KAYNAKLAR

1. Beck DE, Vasilevsky CA: Anorectal abscess and fistula-in-ano. Handbook of Colorectal Surgery, 2nd ed. Beck DE, Ed. Marcel Dekker, New York, 2003, p 345.
2. Corman ML, Allison SI, Kuehne JP. Handbook of Colon and Rectal Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
3. Henrichsen S, Christiansen J. Incidence of fistula-in-ano complicating anorectal sepsis: a prospective study. Br J Surg 1986;73:371–372.
4. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1984;27:126–130.
5. Hamalainen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. Dis ColonRectum 1998;41:1357–1361.
6. Nomikos IN. Anorectal abscesses: need for accurate anatomical localization of the disease. Clin Anat. 1997;10(4):239-44.
7. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976;63(1):1-12.
8. Whiteford MH, Kilkenny J 3rd, Hyman N, Buie WD, Cohen J, Orsay C, Dunn G, Perry WB, Ellis CN, Rakinic J, Gregorcyk S, Shellito P, Nelson R, Tjandra JJ, Newstead G; The Standards Practice Task Force; The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano(revised).Dis Colon Rectum. 2005;48(7):1337-42.

9. Eisenhammer S. The internal anal sphincter and anorectal abscess. *Surg. Gynaecol. Obstet.* 1956; 103: 501–6.
10. Read DR, Abcarian H. A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis. Colon Rectum* 1979; 22: 566–8.
11. Winslet MC, Allan A, Ambrose NS. Anorectal sepsis as a presentation of occult rectal and systemic disease. *Dis. Colon Rectum* 1988; 31: 597–600.
12. Oliver I, Lacueva FJ, Perez Vicente F *et al.* Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int. J. Colorectal Dis.* 2003; 18: 107–10.
13. Rickard MJ. Anal abscesses and fistulas. *ANZ J Surg.* 2005; 75(1-2): 64-72.
14. Doberneck RC. Perianal suppuration: results of treatment. *Am Surg* 1987;53:569-72.
15. Ramstead KD. Do anal abscesses lead to fistulae-in-ano? *Br J Clin Pract* 1983; 37:58-60.
16. Seow-Choen F, Leong AF, Goh HS. Results of a policy of selective immediate fistulotomy for primary anal abscess. *Aust N Z J Surg* 1993;63:485-9.
17. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas: a study of 1,023 patients. *Dis Colon Rectum* 1984;27:593-7.
18. Hämäläinen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum.* 1998;41(11):1357-61; discussion 1361-2.

19. Whitehead SM, Leach RD, Eykyn SJ, Phillips I. The aetiology of perirectal sepsis. *Br J Surg.* 1982;69(3):166-8.
20. Grace RH, Harper IA, Thompson RG. Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1982;69(7):401-3.
21. Eykyn SJ, Grace RH. The relevance of microbiology in the management of anorectal sepsis. *Ann R Coll Surg Engl.* 1986;68(5):237-9.
22. Henrichsen S, Christiansen J. Incidence of fistula-in-ano complicating anorectal sepsis: a prospective study. *Br J Surg.* 1986 May;73(5):371-2.
23. Lunniss PJ, Phillips RK. Surgical assessment of acute anorectal sepsis is a better predictor of fistula than microbiological analysis.
24. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. *Am Surg.* 1997 Aug;63(8):686-9.
25. Hughes F, Mehta S. Anorectal sepsis. *Hosp Med.* 2002;63(3):166-9.
26. Nunoo-Mensah JW, Balasubramaniam S, Wasserberg N, Artinyan A, Gonzalez-Ruiz C, Kaiser AM, Beart RW Jr, Vukasin P. Fistula-in-ano: do antibiotics make a difference? *Int J Colorectal Dis.* 2006;21(5):441-3.
27. Chrabot CM, Prasad ML, Abcarian H. Recurrent anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum.* 1983;26(2):105-8.
28. Gya D, Fethers J, Brearley K, Jansz A. Perianal sepsis: drainage and fistulotomy or drainage only? *Med J Aust.* 1989;150(1):48.

