

## ANAL FİSSÜR( AKUT ANAL FİSSÜR – KRONİK ANAL FİSSÜR ) ve TÜM TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Anal fissür(Çatlak,Yırtık) anüs iç mukozal örtüsünde oluşan çatlaktır.Cilt ile dişli çizgi diye bilinen dentat line arasında gelişir. Büyüklüğü kişiden kişiye değişir. Genellikle arka orta hatta gelişmekle beraber önde orta hatta da gözlenebilir. Özellikle doğum yapmış bayanlarda önde orta hatta görülme sıklığı daha fazladır.

Akut ve kronik olmak üzere iki sınıfa ayrılır.Bazen görüldüğü lokalizasyona göre sınıflandırma yapılır.**Tipik ve Atipik Fissür** bu tip sınıflama da kullanılan tabirlerdir.Tipik anal fissür orta hatta görülen fissürler için kullanılırken diğer lokalizasyonlar atipik sınıfa sokulmaktadır.Atipik Anal fissürler kronik ishal,Crohn,AIDS,Anal sex veya Fili Livata vakalarında karşımıza çıkar.Orta hat harici lokalizasyonlarda fissürle karşılaşıldığında bu tür kronik hastalıklar ve durumlar sorgulanmalıdır.

**Akut Anal Fissür (AAF)**,mukozada bir çizik gibi gözlenir.Makatta şiddetli bir ağrı ve damlama şeklinde kanama gibi şikayetlere sebep olur.Derin değildir ve çizik etrafında kabarıklık yoktur. Skin Tag dediğimiz fissürün devamlı oluşması ve iyileşmesi sonucu cildi ve iç mukozayı iterek meme oluşturması ile oluşan katlantı yoktur.Kabızlık ve ishal sebebi ile oluştuğu için bebeklikten itibaren her yaş grubunda gözlenebilir.Kabızlıkta mukozanın sürtünmeye bağlı yırtılması varken ishilde patlayıcı tarzda yapılan dışkılama sonucu basıncın ani artması ile yırtık oluşmaktadır.

Barsak alışkanlığının düzeltilmesi, ılık su oturma banyosu ile sfinkter dediğimiz makat kaslarının gevşetilmesi ve lokal ilaçlarla 4-6 haftada tedavi edilebilir. Burada özellikle barsak alışkanlığının düzeltilmesi önemlidir. Öğünler düzenli olarak yenmeli, her öğünde mutlaka posalı gıdalar tüketilmeli, dışkılama esnasında ıkınılmamalıdır. Sabahları aç karna büyük bir bardak ılık su barsakları çalıştırmak açısından çok faydalıdır.

**Kronik Anal Fissür(KAF)** ise akut anal fissürün tam olarak tedavi edilmemesi sonucu veya sık tekrarlaması sonucu gelişir.Derin ve kenarları inflame yani kabarıktır.Tabanında sfinkter dediğimiz makat kası gözlenir.Makat çok sıkı ve dardır.Ağrı uzun sürelidir.Hastalar her dışkılamada makatın yırtıldığını ifade ederler.Dışkılama esnasında ve dışkılama işleminden 20-25 dakika sonra oluşan şiddetli ağrı tipiktir.Dışkılama sonrası kanama olabilir(Resim 1).Fissür tabanında görülen beyaz alan iç sfinkterdir.



Resim 1

Fissürün kronikleşmesinde makat kaslarının dışkı ile tahriş olup kasılması ve spazmı sonucu anal kanal basıncının artması rol oynar. Bu kasılma daha doğrusu spazm da fissürü oluşturur. Aslında kronik anal fissür bu kısır döngü nedeni ile oluşur. Bu kısır döngü kesilmedikçe de tedavisi mümkün değildir.

Muayenede derin fissür hattı ve tabanında sfinkter gözlenir. Kenar mukoza kabarılaşmış ve sertleşmiştir. Esnekliğini kaybetmiş bu doku her dışkılamada aynı yerden tekrar yırtılır. Skin Tag dediğimiz deri katlantısı hem içte hem dışta deride gözlenir. Bu katlantı sonucu oluşan meme nedeni ile hastalar Hemoroid olduklarını düşünürler. Tedavi edilmeyen kronik fissürlerde hastalığın uzun sürmesi makat basıncında oluşan artış nedeni ile ileri dönemde Hemoroid de gelişmektedir. Hemoroid oluşma sürecindeki en önemli etmen bu basınç artışıdır. Oluşan bu hemoroidin dışarıya prolabe olması ise makat basıncını düşürerek ağrının azalmasına ve hastalığın iyileştiği kanısına sebep olur. Aslında fissür geçmemiş üzerine Hemoroid eklenmiştir.

Fissürün kronikleştiğinin tesbiti konusunda değişik yaklaşımlar bulunmakla birlikte bizce kronikleşmenin en önemli bulgusu skin tag dediğimiz deri katlantısının oluşmasıdır. Skin Tag oluşmamış fissürler tıbbi tedavi dediğimiz ilaçlı tedavi ile tedavi edilebilirken Skin Tag oluşan fissürler ancak cerrahi tedavi ile tedavi edilebilmektedir.

## TEDAVİ

Fissür tedavisinde akut ve kronik anal fissür olup olmadığı önemlidir. Akut anal fissür daha önce de belirttiğimiz gibi tıbbi tedavi ile kesin olarak tedavi edilebilirler.

Kronik anal fissürde ise tedavi iki ayrı grupta incelenebilir. Her ne kadar şu anda Cerrahi dışı tedavileri terk etmiş ve Kronik Anal Fissür tedavisinde altın standart Cerrahidir tecrübesine erişmiş olsak da bu tedavilerle olan tecrübelerimizi de aktarmak hem etik hem de tıbbi görevimizdir.

**1-Cerrahi Dışı Tedaviler:**Bu grup içinde tıbbi tedaviler ve Botox uygulaması gibi minimal invazif uygulamalar yer alır.

Ülkemizde hazır olarak makat uygulaması için ruhsatı bulunmayan ancak eczanelerde majistral olarak hazırlatılabilen **GliserolTrinitratlı** ve **İsosorbitDinitratlı** kremler ile makat kası gevşetilmeye çalışılır. Her iki ilaçta düz kaslarda oluşan spazmı bloke etmektedir. GliserolTrinitrat piyasaya antihipertansif olarak sunulmuş bir ilaçtır ve damarların çeperinde bulunan düz kasları gevşeterek tansiyonu düşürür. İsosorbitDinitrat ise kalp krizinde kullanılan ve benzer etki mekanizması ile etki gösteren bir ilaçtır.

Her iki ilaçta makat kasları üzerinde gevşetici bir etki için kullanılmaktadır. Lokal olarak hazırlatılan pomad formları çok düşük dozlarda kullanılmaktadır.

Ancak tarafımızdan yapılan bu tedavi uygulamalarında hasta tolerabilitesinin çok zayıf olduğuna şahit olduk. Hastalarımızda hipotansif etki ile sersemliğe ve halsizliğe yol açtığından dolayı uzun süre kullanılmamıştır. Ayrıca şiddetli baş ağrısına neden olmaktadır. Çok dikkatli ve düşük dozda kullanılmış olsa bile bu yan etkiler uygulamayı yaptığımız bütün hastalarımızda gözlemlendi. Uzun süre kullanımı tolere edilemediği için de faydalı etkisinin gözlemlenebilmesi mümkün olmamıştır. Literatürde de bu uygulama ile ilgili olarak tedaviye dönük doyurucu uzun süreli uygulamalara ait bilgiler bulunmamaktadır. Çünkü makatta oluşan sertliğin vücut tarafından tamir edilebilmesi için uzun süre (3-4 ay) kullanılması gerekmektedir.

Bu nedenlerle tarafımızca bu tip tedaviler terk edilmiştir.

**Botox uygulaması** tıpta geniş bir sahada uygulanmasına rağmen kronik anal fissür tedavisinde kullanılması da sınırlı olmuştur. Uygulaması esnasında sulandırmaya bağlı ağrılar bir engel teşkil etmekte ve oluşan ağrı ise hastalarca zor tolere edilebilmektedir. Uygulamayı yaptığımız hastalarda etki süresi 4-5 ay sürmesine rağmen fissür hattının iyileşmesi mümkün olmamıştır. Mükerrer enjeksiyon yapmış olmamıza ve anal esneklik sağlanmış olmasına rağmen iyileşmeyi sağlayamadık. Mükerrer enjeksiyon yapılan bir hastamız da ise oluşan inkontinans (gaz- dışkı kaçırma) sonucu ıslak anüs gelişmiştir.

Bu uygulamaları yaptığımız tüm hastaları daha sonra ameliyatla tedavi ettik. Bu nedenle cerrahi dışı işlemlerin tümü tarafımızca terkedilmiştir. Kronik Anal Fissür tedavisinde altın standart cerrahidir diyebiliriz.

## 2-Cerrahi Tedavi:

Kronik Anal Fissürün cerrahi tedavisi dendiğinde akla ilk olarak yanlış bir kanaat olmasına rağmen Lateral İnternal Sfinkterotomi-LİS(İç makat kasının kesilmesi) gelmektedir.

3 değişik teknikle uygulanabilir.

1-Kapalı LİS

2- Yarı Açık LİS

3- Açık LİS

**Kapalı LİS** uygulamasında tuşe ile lokal anestezi altında iç sfinkterin hissedilerek bistürinin gireceği kadar bir kesi açılıp iki sfinkter arasına girilerek iç sfinkterin kesilmesi esasına dayanır.Bu uygulamada dış sfinktere zarar verme riski bulunduğu tecrübeli ellerde yapılmalıdır.Ayrıca istenen sonuçta edilmeyebilir. Sfinkterotomi tam yapılamayabilir ve makat esnekliği tam sağlanamayabilir.

**Yarı açık LİS'te** makat kenarından çok küçük bir kesi ile iç sfinkter görünür hale getirilip kesilmektedir.Dışkı ile kesi hattının ilişkisi az olması nedeni ile en çok kullanılan teknik budur.

**Açık LİS'te** ise mukozal kısımdan sfinkter ortaya konur ve kesilerek mukoza dikişle tekrar kapatılır.Bu uygulamada sfinkterin tamamı ortaya konmakta,dış sfinkter tamamen korunmaktadır. Dentat çizgiye kadar inmek gerektiğinde ve anal kanal boyunun uzun olduğu vakalarda kullanımı yaygındır.Bu uygulama tecrübeli anorektal cerrahlar tarafından uygulandığında oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır. Makat esnekliğinin en iyi kontrol edilebildiği metod olması da taraftar toplamasına bir sebeptir.

LİS'in bir çok yayında altın standart olarak sunulması uygulama kolaylığı ve komplikasyonlarının geri dönüşümünün uzun süreli olmasındandır diye düşünüyorum. LİS kolay uygulama tekniği nedeni ile her türlü ortamda uygulanabilmektedir.Özellikle kapalı ve yarı açık uygulama çok taraftar toplamaktadır.

Ancak LİS'in oldukça büyük bir handikapı oluşan **inkontinanstır(Gaz ve dışkı kaçırma)**.Değişik çalışmalarda %45'e kadar varanlar ile inkontinans bildirilmiştir . Ayrıca %20-30'a varan oranlarında **nüks-hastalığın tekrarı-** bildirilmiştir.%10 vakada ise **apse ve fistül** bildirilmektedir.Her ne kadar % 90 tedavi oranları veren yayınlar bulunsa da daha öncede bahsettiğimiz gibi her iki hastadan biri gaz ve dışkı kaçırmaktadır.Bu oranlar kısa süreli takip oranlarında böyledir. Uzun süreli takip oranları tam olarak yayınlanmamaktadır.Uzun yıllara yayıldığında bu oran çok daha yüksektir kanaatindeyim. Özellikle genç yaşta anal kontinanstı

dış makat kaslarının sağlamlığı fayda sağlamakta yaşın ilerlemesiyle bu sfinkterin zayıflaması sonucu inkontinans derinleşmektedir. Bu teknikle ameliyat edilen her iki kişiden biri gaz ve dışkısını tutamamaktadır. Bu ise bu tekniğin güvenilirliğine gölge düşürmektedir. Bu nedenlerle aslında altın standart olan Cerrahi tedaviye yine cerrahi tedavi yerine tıbbi bir çok alternatifler aranmaktadır.

Tüm bu yüksek komplikasyon oranlarının en önemli sebebinin sfinkterotominin tam yapılması yani iç sfinkter kasının tamamının kesilmesi olduğunu düşünüyorum. Tecrübelerimiz de bu noktadadır. İç sfinkter tamamen kesilmediğinde makatta fissür nedeni ile oluşan sertlik nedeni ile yeterli esneklik sağlanamamakta tamamı kesildiğinde ise inkontinans olmaktadır. Gerçi fissür hattı kaldığında sfinkter tam olarak kesilse bile yüksek nüks oranları bildirilmiştir.

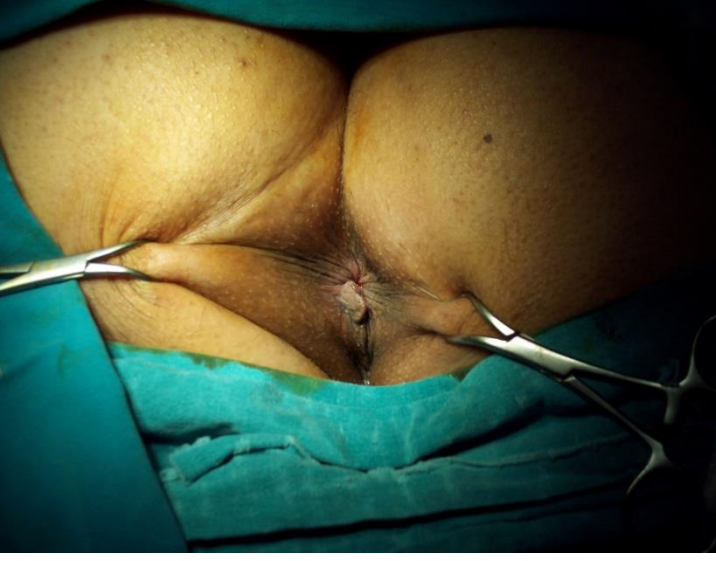
Bu iki handikapın çözümünü biz **Parsiyel Sfinkterotomi ve Anoplasti** yaparak bulduk. Uyguladığımız Anoplasti tekniğine ise Martin Anoplasti tekniğinin tarafımızdan modifiye edilmesi ile ulaştık. Tekniğimizin adına Modifiye Martin Anoplasti denilebilir.

Biz ameliyatlarımızda fissür hattını mutlaka çıkartıyor ve Modifiye Martin Anoplasti ile anal darlığı ortadan kaldırıyoruz. Buna Parsiyel Sfinkterotomiyi ilave ederek nükslerin önüne tamamen geçiyoruz. Sfinkterotomi tam yapmadığımız için hiçbir hastamızda anal inkontinans yaşamadık. Bizim tekniğimizin uygulamasındaki zorluklar olarak ise mutlak ameliyathane şartlarının olması gerekliliği ve ameliyat sonrası ağrı duyulması sayılabilir. Ancak tüm hastalarımız inkontinans konusu açıldığında ağrıyı tercih etmişlerdir. Bizce de doğru olan budur. Ameliyatını yaptığımız yüzlerce hastanın hiçbirinde inkontinans gelişmemiştir. Anoplastiye ait hiçbir komplikasyon ile karşılaşmadık. Sadece iki hastamızda sfinkterotomi yaptığımız alanda apse-fistül gelişmiştir. Erken müdahale ile basit fistül olarak tedavi edilmişlerdir. Bu oran da literatürde bildirilen oranların çok çok aşağısındadır.

Bu teknikle birden fazla fissürü olan hastalar da başarı ile tedavi edilebilmektedir.

Şimdi tekniğimizi görsellerle anlatalım.

Bu vakamız anteriorda skintag'ı bulunan anterior ve posterior orta hatta kronik anal fissürü olan bir hastadır. (Resim 2).



Resim 2

Öncelikle fissür hattı baklava dilimi şeklinde mukozal olarak çıkarılmaktadır(Resim 3).



Resim 3

Bu resim de ortada görülen band sfinkterdir.Bu mukozal açıklık anal kanal mukozası ve cilt kısmen diseke edilip serbestleştirilerek anal çizgide dikişle birleştirilmektedir(Resim 4).





Resim 4

Daha sonra farklı bir bölgeden -ki bu da yan kısımlardır- iç anal sfinkter tamamen açık bir şekilde ortaya konup koter dediğimiz aletle cut modunda %70-75 oranında kesilmektedir(Resim 5). Sfinkterotomi hattı dikişle kapatılıp anal kanal genişliği kontrol edilmektedir(Resim 6).



Resim 5



## Resim 6

Bunda da çift parmakla tuşe yapıp, her iki parmağı 0.5 cm açacak açıklığın sağlandığını görmek yeterli olmaktadır. Açıklığın kontrolü için literatürde önerilen Buji, kalibratör veya dilatatör kullanma gereği hissetmedik. Anal kanal uzunluğu fazla olan hastalarımızda açıklığı biraz daha fazla tutmak faydalı olmaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde özellikle sfinkterotomiye % 70 oranında yapmamızdan kaynaklı olarak duyulan ağrı hiçbir zaman -hastaların ifade ettiğine göre - akut atak ağrısını geçmemektedir. Bu bütün hastalarımıza sorulmuş ve kıyaslanması istenmiştir. Hemoroidektomi ile beraber yapılan fissürektomili hastalar bu sorgulamadan aridir. Onlar ağrısı daha fazla olarak tariflemişlerdir.

## TARTIŞMA

Uzun yıllar boyunca Kronik Anal Fissür tedavisinde LIS literatürde tek seçenek olarak sunulmuştur. Ancak daha öncede bahsettiğimiz yüksek inkontinans ve nüks oranları alternatif arayışlara sebep olmuştur. Son yıllarda Avrupa ve Amerika'da tıbbi tedavilerin ilk seçenek olarak sunulması, tedavi olmayan fissürlerin ameliyata yönlendirilmesi tartışılmaktadır. Hastaya minimum zarar verme ön plana çıkmakta tedavi edici yönelim ikinci planda kalmaktadır. Hastalığın seyrinde ortaya çıkan abse ve fistül gibi komplikasyonlar ise göz ardı edilmektedir. Bunda Malpraktis cezalarının oldukça yüksek olması rol oynamaktadır diye düşünmekteyiz. Hastalara etik değerlerle yaklaşmak ve tıbbın gereği olan risk almak yerine tedavi edici değeri tartışmalı olan bir çok uygulama ortaya atılmaktadır. Organ hasarında yüksek tazminatlar ödeyen Sigorta sistemi de bunu körüklemiştir. Maalesef tıbbi bir makalede tıp dışı bu türden bilgilere de yer vermek durumunda kalmaktayız. Ülkemizde de durum bundan farklı değildir. Çalışmalar nasıl daha faydalı oluruzdan çok nasıl daha ekonomik yaparız dönmüştür.

Uzun yıllardır anorektal cerrahide yaptığımız çalışmalar ile literatürde aslında olan ama uygulama metodolojisi ile oldukça sıkıntılı olduğuna inanılan teknikleri modifiye ederek daha basit ve uygulanabilir hale getirdik ve çok da iyi sonuçlar elde ettik.



Yukarıda ayrıntılandığımız metod ile yüzlerce belki binlerle ifade edilebilecek sayıda hastayı sorunsuz olarak tedavi ettik.Komplikasyon sayımız literatürle karşılaştırıldığında yok denecek seviyededir.Ekonomik olarak ifade edilen LİS yöntemine oranla daha ekonomik olduğunu da iddia etmekteyiz.Komplikasyon tedavisi için harcanan zaman, efor ve maddiyat bir değer olarak alındığında bu iddiamızın gerçekliği ortaya çıkacaktır.Çekilen sıkıntılar ise işin cabasıdır.İnkontinansdan şikayetçi bir çok hastanın sfinkter tamiri arayışına defalarca şahit olduk.

LİS uygulaması kasın tamamının kesildiği durumda hangi teknikle yapılırsa yapılsın yüksek oranda komplikasyonlar içeren bir tekniktir.Buna rağmen en çok kullanılan methodur.Bunda uygulama kolaylığı nedeni ile Genel Cerrahların en çok bu metodu tercih etmesi rol oynamıştır.Bu kadar çok kullanılan bir metod olmasına rağmen bir standardının olmaması ise oldukça gariptir. Bu ameliyatı yapan ve bu konuda çalışma yapan her grup kendi bir teknik uygulama eğilimindedir. Literatürde bir çok çalışma vardır ve hepsi LİS'e farklı bir standart koymuştur.Ancak büyük çoğunluğu yüksek nüks oranlarını ve komplikasyonların fazlalığını engelleyecek bir metod önermemiştir.

Sadece uygulama kolaylığı ve komplikasyonlarının uzun dönemde çıkması ile cerraha olumsuz geri dönüşümü olmayan bir metod olması,Genel Cerrahlar tarafından tercih edilmesinde etkindir diye düşünüyorum.Alternatif cerrahi tedavilerin metodoloji olarak zor olduğu gibi yanlış bir inanış nedeni ile başka cerrahi arayışlara, alternatiflere yönelmemektedirler.Bu arayışlar sonucu ise tartışmalı tıbbi tedavilere yönelmişlerdir.

LİS kısa sürede muayenehane şartlarında bile yapılabilen bir metod olması, hastanın ağrısını kısa sürede hafifletmesi nedeni ile de taraftar bulmuştur.Bir tedaviden başka ne beklenir sorusu aklınıza gelmiş olabilir.Bir tedavi bunları sağlamasının yanında ileriye dönük herhangi kalıcı bir hasar da bırakmamalıdır.Tedavi sonucu her iki hastadan birisinde kalıcı, hem organik hem psikolojik hem de toplumsal sorunlar yaratan bir tedaviye tedavi demek ne kadar doğrudur tartışılır.

Önerdiğimiz tedavi metodolojisi ile daha öncede bahsettiğimiz gibi bu türden iki hastadaki apse dışında hiçbir sorunla karşılaşmadık.O nedenle Kronik Anal Fissür tedavisinde **altın standart** olarak **PARSİYEL İTERNAL SFİNKTEROTOMİ + MODİFİYE MARTİN ANOPLASTİ'Yİ** öneriyoruz.

Op.Dr.Ramazan Tarık Ünsal