

Perianal Fistüllerin Tedavisinde Sfinkterotomi'nin Yeri

Dr. Hasan DOĞRUYOL*
Dr. Onat ARINÇ**
Dr. Şerif BİRİNÇ***
Dr. Nusret KORUN****
Dr. Fikret KARACA*****

ÖZET

1975-1978 tarihleri arasında 69 perianal fistüllü hastaya tek ya da çok seanslı sfinkterotomi uyguladık. Komplikasyonsuz basit fistüllerde (alçak fistüller) setonla veya doğrudan bistüri ile keserek fistülotomi uyguladık. Yüksek fistüllerde ise Parks metodunu uyguladık. Toplam olarak 52 olguda (% 72,46) tam iyileşme sağladık. 14 olguda (% 20) ise çeşitli komplikasyonlara rastladık ve 3 olguda da (% 2,89) nüks gördük.

Alçak fistüllerin tedavisinde seton uygulaması ile çok zamanlı sfinkterotominin, yüksek fistüllerde ise Parks metodunun tatminkar sonuç verdiği kanaatine vardık.

SUMMARY

THE ROLE OF SPHINCTEROTOMY ON THE TREATMENT PERIANAL FISTULAS

Sphincterotomies in one or more stages were performed in 69 cases of perianal fistulas during the period of 1975-1978 in our clinic. In uncomplicated cases of simple (lower) fistulas direct excision or seton were applied. In higher fistulas the Parks method was performed.

As a result, we attained complete healing in 52 cases out of 69 (% 72,46) complications were noted in 14 cases (% 20) and recurrence in 3 cases (% 2,89).

According to our experience, seton application and multi-staged sphincterotomy are satisfactory procedures in the treatment of lower fistulas and the Parks method is superior in higher fistulas.

Perianal fistüller Eski Mısır'dan beri bilinmektedir¹. Bu tarihlerdeki kesici aletlerin tedavide kullanılmasına bağlı enkontinans korkusu Hipokrates'i at kuyruğundan faydalanarak bir bakıma seton uygulamaya götürdü. Bu uygulama 18. yüzyılın sonuna kadar devam etmiş, bu tarihlerdeki cerrahi tekniklerdeki aşama hekimleri fistülektomiye tercihe yöneltmiştir. Zamanla bu metodun komplikasyonları görülmeye başlanmış, bunun üzerine eski metotlara yeniden başvurulmuştur. Bu arada gerek abselerin gerekse fistüllerin tedavisinde gerçekçi yaklaşımdan kaçmamak gereği olarak fistül yolu-

(*)	Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Uzmanı					
(**)	"	"	"	"	"	Profesörü
(***)	"	"	"	"	"	Asistanı
(****)	"	"	"	"	"	Asistanı
(*****)	"	"	"	"	"	Başkanı

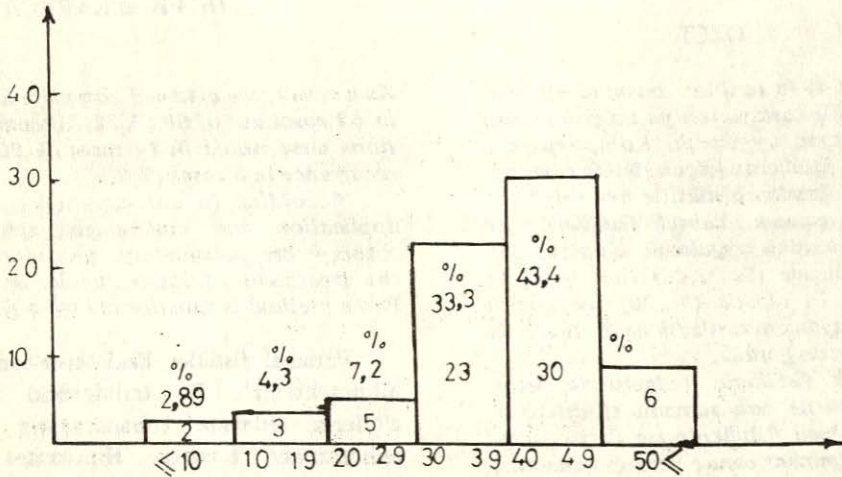
nun açılarak ortaya çıkarılması lazım geldiği fikri kabul edilmiş ve yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Çok faydalı ve yüz güldürücü sonuçlar veren bu yöntem yerinde ve usulüne uygun yapılmaz ise enkontinans gibi tamiri mümkün olmayan çok kötü sonuçlar doğurmaktadır.

1975-1978 tarihleri arasında bu metodu uyguladığımız 69 hastada fistül tiplerine göre tekniğin uygulanabilme özellikleri incelenmiştir.

Olgularımızın Parks ve arkadaşlarının yapmış oldukları sınıflandırmaya göre değerlendirilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre perianal fistüller 4 tipe ayrılırlar (Şekil: 2).

1. İntersfinkterik fistüller (Şekil: 3)
 2. Transsfinkterik fistüller (Şekil: 4)
 3. Suprasfinkterik fistüller (Şekil: 5)
 4. Ekstrasfinkterik fistüller (Şekil: 6)
- Ayrıca bu 4 ana tip çeşitli alt gruplara ayrılır.

Bulgularımıza göre 44 olgu (% 63,7) intersfinkterik, 21 olgu (% 30,4) transsfinkterik, 3 olgu (% 4,3) suprasfinkterik,



Şekil:1 Olgularımızda yaş gruplarının dağılımı

GEREÇ ve YÖNTEM

Olgularımızın 1975-1978 tarihleri arasında Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniğine müracaat edip ayakta veya yatırılarak tedavi edilmiş olan 69 hastayı kapsamaktadır.

Hastaların 56'sı erkek, 13'ü kadındır. Kadın-Erkek oranı 1/4,1 dir. Bu oran Ani ve Marks'ın verdiği değerlere benzerlik gösterir^{2,3}.

Hastalık en çok 30-50 yaş grubunda görülmektedir⁴. Bu grupta 53 olgumuz vardır. 2 olgumuz on yaşın altında, 8 olgumuz 10-30 yaş grubunda ve 6 olgumuz da 50 yaşın üzerinde idi (Şekil: 1).

1 olgu (% 1,4) ekstrasfinkterik idi. İntrasfinkterik olgulardan 29'u (% 42) ile transsfinkterik olgulardan 18'i (% 26) komplikasyonsuz basit fistüller olup "açık fistüller" diye de isimlendirilen tipteydiler. Toplam 47 olgudan oluşan bu fistüller % 68,1 lik bir oranla serimizin en büyük bölümünü oluşturmaktaydılar. Sınıflamada intersfinkterik ve transsfinkterik fistüllerden basit tipler hariç diğer şekiller ile suprasfinkterik fistüller "yüksek fistüller" diye de isimlendirilirler. Bu tip fistüllerden ise toplam 22 olgumuz (% 31,9) mevcuttu. Bunlardan 15'i

(% 21,7) intersfinkterik, 3'ü (% 4,3) transsfinkterik, 3'ü (% 4,3) suprasfinkterik, 1'i (% 1,4) ekstrasfinkterik idi (Tablo: 1).

Gerek fistüllerin tiplerine göre dağılımı, gerekse yüksek ve alçak fistüllerin oranları literatürlerle uyum gösterir^{3,5,6,7,8}.

Olgularımızda iç fistül ağzı 49 hastada (% 71) arka duvarda, 13 hastada (% 18,8) ön duvarda, 4 hastada (% 5,79) sol duvarda, 3 hastada (% 4,34) sağ duvarda idi (Şekil: 7).

Arka duvara açılım en sık görülen şekil olup bulduğumuz değerler Marks ve arkadaşlarının bulgularıyla benzerlik gösterir³.

Stile, metilen mavisini enjeksiyonu veya hava ensüflasyonu ile fistülün iç ağzı ve fistülografi ile yüksekliği tesbit edildikten sonra alçak fistüllerde tek veya çok seanslı fistülotomi uygulandı. Bu işlem 30 olguda seton, 17 olguda ise delikli sonda aracılığıyla kesilerek yapıldı.

Yüksek fistüllerde ise değişik yöntemler denendi. İntersfinkterik olanlardan yüksekte kör ucu olan 11 olguya tek seanslı sfinkterotomi, üst ucu rektuma açılan 4 olguya ise Parks ve arkadaşlarının tarif ettiği "parsiyel internal sfinkterotomi + küretaj + seton tatbikati" uygulandı⁹. Aynı işlem transsfinkterik yüksek ve suprasfinkterik fistüllerde uygulandı. Travmatik ekstrasfinkterik fistülü bulunan 1 olgumuz ise bize olaydan 15 gün sonra müracaat ettirildi. Hastaya geçici kolostomi uygulandı, fakat fistüle bir girişim yapılmadan eksitus oldu.

Seton uygulanan hastalara rivanollü su ile oturma banyosu önerildi. Tek seans fistülotomi yapılan olgularımız ortalama 3 gün yatırıldıktan sonra yine oturma banyosu önerilerek gönderildi. Yüksek fistüller ise ortalama 17 gün yatırıldı. Bu hastalar taburcu edildikten sonra genellikle pansumana gelmek üzere çağırılarak poliklinikte izlendi.

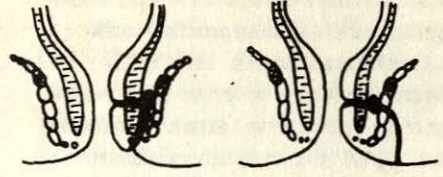
FİSTÜL TİPİ	SAYISI	% ORANI	DÜZEYİNE GÖRE FİSTÜLLER	
			ALÇAKTA	YÜKSEKTE
1. İntersfinkterik	44	63,7	29	15
a) Basit	29	42	29	—
b) Yüksekte kör ucu olan	11	15,9	—	11
c) Üst ucu rektuma açılan	4	5,7	—	4
2. Transsfinkterik	21	30,4	—	—
a) Basit	18	22	18	—
b) Yüksekte ucu olan	3	4,3	—	3
3. Suprasfinkterik	3	4,3	—	3
4. Ekstrasfinkterik	1	1,4	—	1
TOPLAM	69	100	47 (% 68,1)	22 (% 31,9)

TABLO: 1— Fistül Tipleri ve Görülme Oranları

Şekil : 2

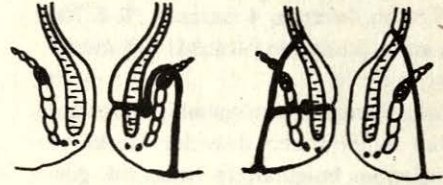
FİSTÜL TİPLERİ

1. İntersfinkterik fistüller
2. Transsfinkterik fistüller
3. Suprasfinkterik fistüller
4. Ekstrasfinkterik fistüller



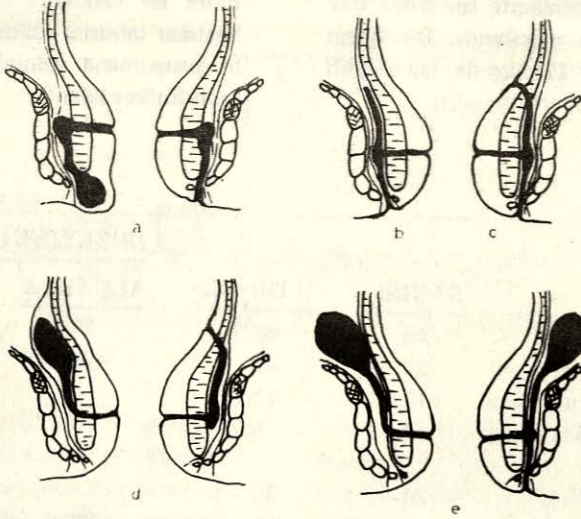
Tip 1

Tip 2



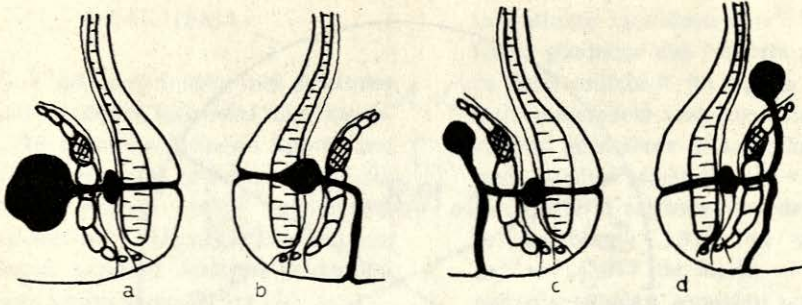
Tip 3

Tip 4



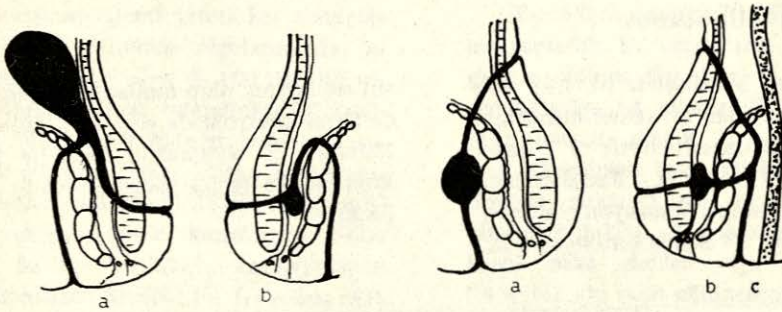
Şekil 3 İNTERSFINKTERİK FİSTÜLLER

- a) Basit
- b) Yüksekte kör bir yolu olan
- c) Üst ucu rektuma açılan
- d) Perineal ağzı olmayan
- e) Pelvis boşluğuna uzanan
- f) Diğer bir pelvik hastalıkla birlikte olan



Şekil: 4 TRANSFİNKTERİK FİSTÜLLER

- Akut faz (iskiorektal absse)
- Basit transsfinkterik fistül
- Iskiorektal çukurun tepesine kadar uzanan yüksek şekil (Anorektal fistül)
- Pararektal boşluğa kadar uzanan şekil

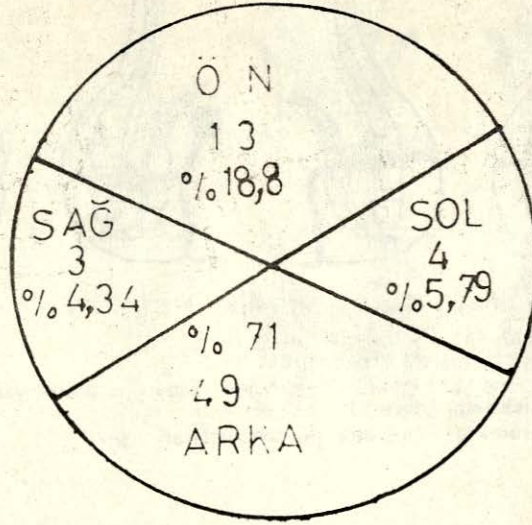


Şekil: 5 SUPRASFİNKTERİK FİSTÜLLER

- Süpra - levator absse (Pelvik absse)
- Kronik fistül

Şekil: 6 EKSTRASFİNKTERİK FİSTÜLLER

- Travmatik
- Transsfinkterik fistül sonucu oluşan
- Pelvik bir hastalığa bağlı olarak oluşan



Şekil: 7 İçağızın açıldığı kısım

BULGULAR

Hastaların 3 tanesinde (% 4,3) nüks bulundu. Bunlardan bir tanesi intrasfinkterik, 1 tanesi transsfinkterik ve 1 tanesi suprasfinkterik fistüldü. Hastalarımızın 50 tanesinde normal fonksiyon görülmüş, 1 tanesi ölmüş, 18 olguda fonksiyonel ku-

sur saptanmış olup bunlardan 10 tanesinde flatus kontrolünde güçlük, 6 tanesinde kirletme, 2 olgumuzda feçes ve flatus kontrolünde güçlük tesbit edilmiştir (Tablo: 2).

	İNTERSFİNK.	TRASSFİNK.	SUPRASFİNK.	EKSTRASFİNK.	TOPLAM
Normal kontrol	32 (% 72,72)	18 (% 85,7)	2 (% 66,66)	—	% 72,46
Gaz kontrolünde güçlük	8 (% 18,18)	2 (% 9,52)	—	—	% 14,49
Kirletme	4 (% 9)	—	—	—	% 5,79
Gaitayı güçlükte kontrol etme.	—	1 (% 2,39)	1 (% 33,3)	—	% 2,89
Nüks	1 (% 2,27)	1 (% 2,39)	1 (% 33,3)	—	% 4,36
TOPLAM	44 (% 100)	21 (% 100)	3 (% 100)	—	% 100

TABLO: 2— Tedavi Sonuçları

TARTIŞMA

Çok eski devirlerden beri doktorlar perianal fistüllerin tedavisini bilmektedirler. 1376 tarihinde Johnoof Arderna'nın hastalığın tedavisini gösteren resimli bir monografi yazdığı çeşitli kaynaklarda gösterilmektedir³. Hanley yazarın at nalı fistüllerde muhtelif komplet fistülotomi yaptığını kaydetmektedir⁵.

1975 tarihinde Hawley fistül tedavisinin genel prensiplerini şu şekilde özetlemiştir⁶: önce fistül yolunun pozisyonu araştırılmalı, bunun için stile, metilen mavis enjeksiyonu veya hava ensüflasyonu denenmeli⁰, sonra fistül yolunun anorektal ring ile ilgisi tayin edilmeli, daha sonra fistül tipine göre fistülotomi yapılmalıdır.

Genel olarak "alçak fistüller" diye isimlendirdiğimiz fistül tipleri tedavi bakımından güçlük arz etmezler. Bu olgulara uygulanan gerek tek, gerekse çok seanslı sfinkterotomi işlemi tatminkar sonuçlar vermektedir. Nitekim olgularımızda bu tip fistüllerde iyileşme % 100 dür. Bu sonuç Marks'ın basit intersfinkterik fistüllerden elde etmiş olduğu bulgulara uygunluk gösterir. Fakat Marks basit transsfinkterik fistüllerde % 29 oranında çeşitli komplikasyonlarla karşılaştığı halde bizde bu tip hastalarda komplikasyon görülmemiştir. Bizdeki bu iyi sonuç: gaz kaçırma, kilot kirlenme gibi beklenen küçük komplikasyonlara hastaların değer vermemesi ve bunlar için yeniden müraaat etmemeleri yüzünden olabilir.

Yüksek fistüllerin tedavisi sırasında anorektal halkaya zarar verme korkusu çoğunlukla cerrahları radikal yaklaşımdan alıkoyar ve fistülektomiye yöneltir. Fakat genellikle % 10-30 civarında bir nüks oranı ile karşılaşılır^{2,8,11}. Çok radikal bir girişim ise bir başka tehlikeyi beraberinde getirir. Anorektal ringi içine alan bir sfinkterotomiden sonra total

inkontinans kaçınılmaz olur³. Bu iki tehlikeyi gözönüne alıp bir orta yol arayan ve fistül orijinin % 98 olguda intersfinkterik mesafedeki anal glandlardan menşee aldığını gözönünde tutan Parks, 1961 yılında parsiyel sfinkterotomi + küretaj + seton tatbiki şeklinde bir tedavi önermiş ve bulgularını 1976 da yayınlamıştır^{12,13}. 1977 de Marks ve Jean aynı metodla aldıkları sonuçları açıklamışlardır³. Parks ve arkadaşları 158 olguluk serilerinde 106 olguda (% 67) tam iyileşme saptamışlardır. 30 olguda (% 18,9) gaz ve gaita tutmada güçlük, 3 olguda (% 1,89) ise total inkontinans saptamışlar ve 10 olguda (% 6) nüks tesbit etmişlerdir.

Marks ve Jean 793 fistülden 590'ında (% 74,4) tam iyileşme elde etmişlerdir³. 203 olguda (% 25,5) ise çeşitli komplikasyonlarla karşılaşmışlardır. Bunlardan 19 olgu (% 2,3) total inkontinans, diğerleri ise gaz ve gaita tutmada güçlük göstermekteydi.

Biz 52 olguda (% 72,46) tam iyileşme saptadık. Bu oran Parks ve Marks'ın vermiş olduğu değerlere benzerlik göstermektedir. 14 olguda (% 20) gaz ve gaita tutmada güçlük, 2 olguda (% 2,89) tam inkontinans tesbit ettik. Bu bulgularımızda yukarıda adı geçen yazarların vermiş oldukları değerlere uymaktadır. Bizde nüks görülen olgu sayısı 3'tür (% 4,34). Bu oran sfinkterotomi yapılanlara göre çok düşük, Parks, Marks ve Henley'e göre ise biraz yüksektir^{3,6,14}.

Alçaktaki fistüllerin tedavisinde çok seanslı sfinkterotomi uygulamasının anal sfinkter fonksiyonunu bozması, deforme bırakmaması, hastanın iş ve gücünden kalmaması gibi avantajlarından bahsedilmiştir¹⁵. Biz bu tip fistüllerde tek veya çok seanslı fistülektomiler arasında tedavi ve komplikasyonlar bakımından fark görmedik. Yalnız tek seanslı sfinkterektomi uyguladığımız olguların ortalama üç gün yatırılması, seton uygulamanın daha avantajlı olacağı kanısını uyandırmaktadır.

Yüksekteki fistüllerin tedavisi ise hala güçlük arz etmektedir. Modern tedavi ile nüks ihtimali iyice azaltılmıştır, fakat inkontinans tehlikesi halen devam etmektedir. Bununla beraber inkontinans oranı fistülektomilerde görülenlerden fazla değildir^{2,8}. İntersfinkterik fistüllerin tedavisinde fistülektomi korkusuzca uygulanabilir. Puborektal adaleye çok yakın olan transsfinkterik basit fistüllerde uygulanan sfinkterektomi esnasında bu kas'a zarar verilmemelidir. Yüksek ve komplekse fistüllerde ise Parks metodu nisbeten iyi sonuçlar vermektedir. Herhangi bir pelvik hastalık sonucu oluşan fistüllerde ise girişim primer sebebe yöneltilmelidir^{16,17,18}.

SONUÇ

Bu çalışma ile tedavisi güçlük arz etmeyen alçak fistüllerin tedavisinde seton uygulaması ile çok zamanlı sfinkterektominin ve tedavisi güçlük arzeden yüksek fistüllerin tedavisinde Parks metodunun tatmin edici sonuçlar verdiğini gördük.

Bu diğer ülkelerde yapılan yayınlarla da doğrulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. ROOL, G.: Sphincterotomies anales dans Le Traitement des Fissures et Fistules. Paris, Masson-Cie, 1969, 69-88.
2. ANİ, A.N., SOLANKE, T.F.: Anal fistulas. A Review of 82 cases. Dis. Colon. Rectum 19 (1): 51-55, 1976.
3. MARKS, C.G., RITCHIE, J.K.: Anal Fistulas at St. Marks Hospital Br. J. Surg. 64 (2): 84-91, 1977.
4. HANLEY, H.P.: Treatment of Abscess and Fistulas Dis. Col. Rec. 18 (8): 657-660, 1975.
5. HANLEY, H.P. et al.: A Ten-Year Follow-up Study of Horseshoe Abscess Fistula-in-Ano. Dis. Col. Rec. 19 (9): 507-515, 1976.
6. HAWLEY, P.R.: Anorectal Fistulas Clin. Gastro-enterology 4: 635-649, 1975.
7. LOCKHARD, H.E., MUMMERY, M.: Treatment of Abscess Dis. Col. Rec. 18 (8): 650-651, 1975.
8. Mc. ELWAIN, J.W. et al.: Experience with Primary Fistulectomy for Anorectal Abscess Dis. Col. Rec. 18 (8): 646-651, 1975.
9. PARKS, A.G.: The Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br. Med. J. 1: 463-469, 1961.
10. DUHAMEL, J.: Proctologie aux divers ages. Flammarion-Paris, Chapitre 3, 1972, p. 112.
11. HAMILTON, C.H.: The Deep Postanal Space Surgical Significance in Horseshoe Fistula and Abscess Dis. Col. Rec. 18 (8): 642-645, 1975.
12. PARKS, A.G., STITE, R.W.: The Treatment of High Fistulas in-ano. Dis. Col. Rec. 19 (9): 487-499, 1976.
13. PARKS, A.G., GORDON, P.H.: Perineal Fistula of Intraabdominal or Intrapelvic Origin Simulating Fistula in-ano-Report of seven Cases Dis. Col. Rec. 19 (6): 500-506, 1976.
14. PARKS, A.G., GORDON, P.H. and HARDCASTLE, J.D.: A Classification of Fistula in-ano. Br. J. Surg. 63 (1): 1-12, 1976.
15. HANLEY, H.P.: Rubber Band Seton in the Management of Abscess Anal Fistulas Ann. Surg. 187 (4): 435-437, 1978.
16. FRIEND, W.G.: Surgical Incisions for Complicated Anal Fistulas Dis. Col. Rec. 18 (8): 652-656, 1975.
17. GOLIGHER, A.J.: Management of Perianal Suppuration Dis. Col. Rec. 19 (6): 516-517, 1976.
18. WILLIAMS, A.J.: Management of Crohn's Fistula Dis. Col. Rec. 19 (6): 518-519, 1976.