

Anal Stenoz Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of The Results of The Patients who Underwent Surgery for Anal Stenosis

İBRAHİM ALİOSMANOĞLU, MESUT GÜL, FIRAT TEKEŞ, BURAK VELİ ÜLGER, ABDULLAH OĞUZ, MUSLUH HAKSEVEN, BİLSEL BAÇ

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır - Türkiye

ÖZET

Amaç: Anal stenoz; ağrılı, hastada ağır rahatsızlığa ve iş göremezliğe yol açan, önlenebilir olması nedeniyle özel öneme sahip bir sorundur. Anodermden skar oluşumuna neden olan tüm patolojilerin sonucu anal stenoz gelişebilir. Bu çalışmadaki amacımız anal stenoz nedeni ile ameliyat ettiğimiz hastaların sonuçlarını sunmaktır.

Yöntemler: Kliniğimizde 2000-2012 yılları arasında anal stenoz nedeniyle ameliyat edilen 17 hastanın karakteristik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Anal stenozun etyolojisi, 15 (%88.2) olguda hemoroidektomi sonrası, 1 (%5.9) olguda fissürektomi sonrası, 1 (%5.9) olguda ise kondiloma akuminata sonrası gelişmişti. Olguların 8'ine (%47.1) striktüroplasti uygulanırken, 9'una (%52.9) V-Y flep prosedürü

ABSTRACT

Objective: Anal stenosis is a condition causing severe discomfort, pain and disability in the patient, which has emphasized significance due to its preventability. All pathologies causing scar formation in the anoderma can result in anal stenosis. Our aim in this study is to present the results of the patients that we operated due to anal stenosis.

Methods: The characteristics and treatment results of the 17 patients operated for anal stenosis in our clinic between the years 2000 and 2012 were recorded retrospectively.

Results: The etiology of anal stenosis was that it arised after hemoroidectomy in 15 (%88.2) cases, fissurectomy in one case (%5.9) and condiloma acuminado in one case (%5.9).

Conclusion: Protection is the easiest and most

Başvuru Tarihi: 04.12.2012, Kabul Tarihi: 26.12.2012

✉ Dr. İbrahim Aliosmanoğlu
Seyrantepe Mevkii 21280 Diyarbakır-Türkiye
Tel: 0505.5409307
e-mail: ialiosman@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:173-177

uygulandı. Erken ve geç dönem takiplerinde toplam 2 (%11.8) hastada komplikasyon (inkontinans, nüks) görüldü. İnkontinans ve nüks gelişen iki olguda striktüroplasti uygulanan gruptaki hastalardı (p=0.20). Ortalama takip süreleri 59.6±41.1 ay olarak hesaplandı. **Sonuç:** Anal stenoz ile mücadele ederken en kolay ve etkin yöntem korunmaktır. Bu nedenle perianal bölge cerrahisinde özellikle hemoroidektomi uygularken kurallara tamamen uymak gerekmektedir. Anal stenozun cerrahi tedavisinin tercihinde hastanın klinik durumu, stenozun şiddeti ve cerrahın tecrübesinin yanı sıra flep prosedürlerinin uygulanmasının daha iyi sonuçlar verdiğini gördük.

Anahtar Kelimeler: Anal stenoz, Cerrahi tedavi, Sonuçlar

Giriş

Anal stenoz (AS), ağrılı, hastada ağır rahatsızlığa ve iş göremezliğe yol açan, önlenabilir olması nedeniyle özel öneme sahip bir sorundur.¹ AS, nadir görülen bir patoloji olup, epitelyum hattının farklı derecelerde fibröz bağ dokusuna dönüşerek anal kanalın anormal daralmasıyla karakterize bir durumdur. Anodermde skar oluşumuna neden olan tüm patolojilerin sonucunda anal stenoz gelişebilir.^{2,3} AS'un en önemli nedenleri; anal kanal cerrahisi, travma, inflamatuvar barsak hastalığı, radyoterapi, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar, tüberküloz ve kronik laksatif kullanımındır. Anal kanal darlığının %90'a yakınının hemoroidektomi sonrası geliştiği gösterilmiştir.⁴ AS'lu hastaların klinik semptomları, tipik olarak sürekli dışkılama isteği, zorlu dışkılama, tam dışkılayamama, kabızlık veya barsak hareketleriyle kanama olmasından şikayet ederler.^{5,6} Tıbbi ve cerrahi tedavi darlık derecesine göre planlanmalıdır. Hafif darlık konservatif olarak dışkı yumuşatıcılar ve lif takviyeleri ile tedavi edilebilir. Gerekliğinde günlük olarak parmakla ya da mekanik anal dilatasyon uygulanabilir.⁷ Cerrahi tedavi, konservatif tedaviden yarar görmeyen veya görmeyeceği tahmin edilen orta veya ileri dereceli AS'larda tercih edilen yöntemdir. Anal stenozun etkili cerrahi tedavisi güçtür. Stenozun şiddetine ve yerleşimine göre bugüne kadar pek çok ameliyat tekniği uygulanmıştır (Tablo 1).^{1,8} Bu çalışmada anal cerrahi sonrası meydana gelen AS olgularının cerrahi tedavi sonuçlarını sunduk.

efficient way of fighting anal stenosis. So all surgery of the perianal region, especially hemoroidectomy must be done in accordance with the rules. We observed that the clinical condition of the patient, the severity of stenosis and the experience of the surgeon along with the application of flap procedures give better results.

Key words: Anal stenosis, Surgical treatment, Results

Tablo 1. Anal stenozda cerrahi tedavi seçenekleri.

<p>1. Anal dilatasyon</p> <p>Dilatatör veya buji ile anal dilatasyon</p> <p>Striktüroplasti</p> <p>Lateral internal sfinkterotomi</p>
<p>2. Mukozal ilerletme flebi</p>
<p>3. Cilt İlerletme Flepleri</p> <p>Kaydırma Flepleri</p> <p>Y-V ilerletme flebi</p> <p>C flebi</p> <p>Musiari flebi</p> <p>Pediküllü adacık flepleri</p> <p>V-Y ilerletme flebi</p> <p>Diamond şekilli (rectangular) flep</p> <p>House flebi</p> <p>U flebi</p> <p>Sarner flebi</p> <p>Kompleks teknikler</p> <p>Rotasyonel S-flebi</p> <p>Z -plasti</p> <p>İnternal pudental flep anoplasti</p> <p>Sünnet derisi grefti</p>
<p>4. Diğerleri</p> <p>Yeniden pelvik cerrahi ve koloanal anastomoz</p> <p>Stoma</p>

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Şubat 2000 - Ekim 2012 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde AS tanısı konulup cerrahi uygulanan hastalar dahil edildi. Buji

Tablo 2. Olguların detaylı verileri.

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Etyoloji	Cerrahi Prosedür	Komplikasyon	Nüks	Takip Süresi (ay)
1	38	Kadın	Fissürektomi	V-Y flep	-	-	152
2	42	Erkek	M-M. H.	Striktüroplasti	-	-	115
3	47	Kadın	M-M. H.	Striktüroplasti	-	-	114
4	65	Erkek	?Hemoroidektomi	Striktüroplasti	-	-	95
5	39	Erkek	M-M. H.	V-Y flep	-	-	73
6	47	Erkek	?Hemoroidektomi	V-Y flep	-	-	68
7	32	Kadın	M-M. H.	V-Y flep	-	-	61
8	31	Kadın	M-M. H.	Striktüroplasti	-	-	60
9	46	Erkek	M-M. H.	V-Y flep	-	-	57
10	60	Erkek	M-M. H.	Striktüroplasti	İnkontinans*	-	49
11	43	Erkek	?Hemoroidektomi	V-Y flep	-	-	44
12	48	Kadın	M-M. H.	V-Y flep	-	-	44
13	26	Erkek	?Hemoroidektomi	Striktüroplasti	-	Nüks*	42
14	42	Kadın	M-M. H.	Striktüroplasti	-	-	19
15	29	Erkek	Kondiloma	Striktüroplasti	-	-	9
16	31	Kadın	S.H.	V-Y flep	-	-	7
17	58	Erkek	M-M. H.	V-Y flep	-	-	4

*Başka bir merkezde tedavilerine devam kararı aldılar. M-M. H.; Milligan-Morgan hemoroidektomi, S.H; stapler hemoroidektomi, ?; hemoroidektomi işlemi dış merkezde yapıldığı için yöntemine ulaşılamadı.

dilatatörlerle tedavi edilen AS'lu hastalar çalışma dışı tutuldu. Hastaların, klinik semptomları, yaşı, cinsiyeti, AS'un etyolojisi, uygulanan cerrahi yöntem, komplikasyonları, nüks durumları retrospektif olarak dosyaları taranarak kaydedildi. Hastaların tümüne cerrahi öncesi mekanik barsak temizliği ve antibiyotik profilaksisi yapıldı. Hastalar uygulanan cerrahi yönteme göre iki gruba ayrıldı. Grup 1; striktüroplasti uygulananlar, grup 2; V-Y flep yapılan hastalar. Ameliyat sonrası erken dönemde dışkı yumuşatıcılar ve laksatifler kullanıldı. Hastaların son durumları hakkındaki bilgiler telefon ile aranarak öğrenildi (Tablo 2).

Cerrahi Teknik

Kliniğimizde AS'ların cerrahi tedavisinde AS'un şiddetine göre iki yöntem uygulandı. Birincisi striktüroplasti, ikincisi ise V-Y flep uygulaması idi. Anal dilatatörler gerekmeden uygulanan bir tür anal dilatasyon yöntemi olarak görülen striktüroplasti hafif veya orta seyirli AS'ların tedavisinde iyi sonuçlar verdiği rapor edildiği için denenebilir bir yöntemdir.¹ Bu yöntem de skar dokusu üzerinden linea dentata'ya dik bir kesi ile sağlam dokulara kadar diseksiyon ilerletilir. Sonrasında transvers planda tüm skar dokuları çıkarılır. Buji

dilatasyonuna cevap alınamayan orta ve ileri seyirli AS'ların tedavisinde kliniğimizde V-Y flep tekniği uygulandı. Bu yöntemde skar dokusu eksize edildikten sonra oluşan defekti kapatmak için anoderme doğru uzanan ve defekte göre geniş tabanlı V tarzında bir insizyon yapılır.

Cilt altına doğru inilerek damar pleksusu korunarak izole bir doku adacağı defekte doğru kaydırılır ve 4/0 polyglactin dikişlerle tespit edilir. Donör kısmı ise Y bacağı oluşturacak şekilde primer olarak kapatılır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS for Windows 11,5 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Gruplar arası nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılırken, nicel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı ve veriler ortalama \pm standart sapma olarak verildi. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların 10'u (%58.8) erkek, 7'si (%41.2) kadın, yaş ortalamaları 44.2 ± 15.6 idi. Anal

stenozun etyolojisi, on beş (%88.2) olguda hemoroidektomi sonrası, bir (%5.9) olguda fissürektomi sonrası, bir (%5.9) olguda ise kondilom sonrası gelişmişti. Olguların tamamında kabızlık (nadiren ishal), ağrı ve kanama bulguları mevcuttu. Anorektal cerrahi sonrası stenoz gelişen olguların cerrahi tedavisi en erken üç ay sonra yapıldı. Olguların 8'ine (%47.1) striktüroplasti uygulanırken, 9'una (%52.9) V-Y flep prosedürü uygulandı. Erken ve geç dönem takiplerinde toplam 2 (%11.8) hastada komplikasyon yaşandı. Bu olgulardan birinde anal inkontinans görülürken, diğer olguda nüks gelişti. İnkontinans ve nüks gelişen iki olguda striktüroplasti uygulanan gruptaki hastalardı (p=0.20). Komplikasyon gelişen iki olgu da tedavilerinin devamı için başka bir merkeze gittiler. Olguların ortalama takip süreleri 59.6±41.1 ay olarak hesaplandı (Tablo 2).

Tartışma

AS nadir olmasına rağmen, anorektal cerrahinin en sıkıntılı komplikasyonlarından biridir. Literatürde AS'a neden olan birçok etyolojik faktör bildirilmesine rağmen en sık hemoroidektomi sonrası görüldüğü bildirilmiştir.⁷ Hemoroidektomi sonrası vakaların yaklaşık %1.5-2 arasında AS görülebildiği rapor edilmiştir.⁹ Bizim çalışmamızda da hemoroidektomi etyolojinin %88.2'sini oluşturmaktaydı. Bundan dolayı hemoroidektomide temel ilke, eksternal hemoroidlerin üzerindeki deri fazlalıkları anal stenoza yol açmayacak kadar anoderm korunarak eksize edilmeli, eksize edilen hemoroid pakelerinin arasında sağlam anoderm köprücüklerinin bırakılmasına itina gösterilmeli ve akut hemoroidal hastalık atakları sırasında ameliyat yapılmamalıdır. AS stenozun şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır. Hafif: dar anal kanal iyice kayganlaştırılmış işaret parmağı veya orta boy bir Hill-Ferguson ekartörü ile muayene edilebilir. Orta: işaret parmağı veya Hill-Ferguson ekartörü ile daralmış anal kanalı muayene etmek için çok güçlü bir dilatasyon gereklidir. Şiddetli: ne küçük parmak ne de küçük boy Hill-Ferguson ekartörü çok güçlü bir dilatasyon yapılmadan dar anal kanala sokulabilir.^{2,5} Bizim olgularımız orta ve şiddetli stenozun meydana geldiği hastalardı. AS seviyesine göre alt, orta ve üst seviyeli olabilir. Alt seviye: distal anal kanalda dentat çizgiden 0.5 cm aşağıda, orta seviye: Dentat çizginin 0.5 cm altının 0.5 cm üstü, üst seviye: dentat çizginin 0.5 cm üstü. Bizim hastalarımızda alt seviyeli

AS grubundaydı. Hastalarda görülen başlıca belirtiler; ağrı (%37-71), kabızlık (%22-37), kanama (%21-47), akıntı (%10-23), diyare (%14)'dir.¹⁰ Bizim olgularımızda kabızlık veya nadiren ishal, ağrı ve kanama mevcuttu. AS en önemli tedavisi korunmaya yönelik önlemlerin alınmasıdır. Anorektal cerrahide kurallara uyulmalı, dokulara nazik davranılmalı, minimal doku eksizyonu yapılmalı, uygun emilebilir sütür malzemesi kullanılmalıdır.¹¹ AS'nin konservatif tedavisi hafif stenozlarda denenebilir. Öncelikle diyet düzenlemeleri yapılır ve dışkı yumuşatıcı ilaçlar verilir. Parmakla anal dilatasyon yapılabilir. Bu yeterli olmazsa lokal veya genel anestezi altında Hegar bujileri ile dilatasyon denenebilir.^{2,10,11} Orta ve şiddetli derecedeki AS olgularında cerrahi tedavi gereklidir. Literatürde birçok cerrahi tedavi tekniği tanımlanmış ve başarıyla uygulanmıştır.¹² İdeal bir cerrahi tekniğin düşük morbiditeye yol açması, hasta tarafından kolayca tolere edilmesi, uygulanmasının kolay olması ve uzun süreli sonuçlarının iyi olması amaçlanır. Fakat bu beklentilerin hepsini kapsayan bir yöntem yoktur.¹ Bu nedenle hangi cerrahi tekniğin seçileceğine hasta bazında karar verilmelidir. Cerrahi aşamada AS'un nedeni, derecesi ve lokalizasyonu iyi değerlendirilmelidir. Tüm bunların yanında hastaya hangi tekniğin uygulanacağı konusunda cerrahın alışkın olduğu yöntem de önemlidir. Literatürde mukozal ilerletme flepleri ve cilt flepleri ile ilgili başarılı sonuçlar bildirilmiştir.¹³⁻¹⁷ Bizim çalışmamızda da olguların %52.9'una V-Y flep ilerletilmesi prosedürü uygulandı. Olgularımızın erken ve geç dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon veya nüks saptamadık. Stapler hemoroidopeksi sonrası oluşan AS'li hastalardan oluşan bir seride striktüroplasti tekniği etkin olarak kullanılmıştır, ancak olguların birinde gelişen komplikasyon sonrasında stoma uygulanması gerekmiştir.¹⁸ Bizim çalışmamızda olguların %47.1'ine striktüroplasti uyguladık. Bir olguda erken dönem takiplerinde anal inkontinans gelişirken, başka bir olguda takibinin 6. ayından sonra nüks gelişti. Uyguladığımız cerrahi yöntemleri karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak bir fark olmamasına rağmen V-Y flep uyguladığımız olgularda sonuçların nispeten daha iyi olduğunu saptadık.

Sonuç

AS'lar seyrek görülen durumlardır ve genellikle ağrı, rektal kanama ve konstipasyonla kendilerini gösterirler.

Hemoroidektomi başta olmak üzere perianal bölgede yapılan ameliyatlara veya perianal bölge hastalıkları AS'un en sık nedenleridir. AS ile mücadele ederken en kolay ve etkin yöntem korunmaktır. Bu nedenle perianal bölge cerrahisinde özellikle hemoroidektomi uygularken kurallara tamamen uymak gerekmektedir. AS'un cerrahi tedavisinin tercihinde hastanın klinik durumu, stenozun şiddeti ve cerrahın tecrübesinin yanı sıra flep prosedürlerinin uygulanmasının daha iyi sonuçlar verdiğini gördük.

Kaynaklar

1. Altuntaş YE, Öncel M. Anal Stenoz. In: Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Leventoğlu S (editörler). Anorektal bölgenin selim hastalıkları. 1. Baskı Ankara 2011;145-64.
2. Eryılmaz R, Okan İ, Baş G, *et al.* Hemoroidektomiye bağlı anal stenoz tedavisinde V-Y anoplasti. Kolon Rektum Hast Derg 2009;19:32-5.
3. González AR, de Oliveira O Jr, Verzaro R, *et al.* Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. Am Surg 1995;61:526-9.
4. Brisinda G. How to treat haemorrhoids. Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators. BMJ. 2000;321:582-3.
5. Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. Am J Surg 2000;179:325-9.
6. Maria G, Brisinda G, Civello IM. *et al.* Anoplasty for the treatment of anal stenosis. Am J Surg 1998;175:158 - 60.
7. Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F, *et al.* Surgical treatment of anal stenosis. World J Gastroenterol. 2009;15:1921-28.
8. Szeto P, Ambe R, Tehrani A, *et al.* Full-thickness skin graft anoplasty: novel procedure. Dis Colon Rectum. 2012;55:109-12.
9. Welton ML, Way LW, Doherty GM. *et al.* Anorectum. In: Way LW, Doherty GM (Eds). Current Surgical Diagnosis treatment. 11 th Ed. pp. McGraw-Hill Companies. 2003;756-70.
10. Lagares-Garcia JA, Noguera JJ. Anal stenosis and mucosal ectropion. Surg Clin North Am 2002;82:1225-31.
11. Khubchandani IT. Anal stenosis. Surg Clin N Am 1994;74:1353-60.
12. Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araújo SE, *et al.* Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. Clinics 2005;60:17-20.
13. Casadesus D, Villasana LE, Diaz H, *et al.* Treatment of anal stenosis. Aust NZ J Surg 2007;77:557-9.
14. Sayfan J. Ergotamine-induced anorectal strictures: report of 5 cases. Dis Colon Rectum 2002;45:271-2.
15. Eu KWV, Teoh TA, Seow-Choen F, *et al.* Anal stricture following hemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment. Aust NZ J Surg 1995;65:101-103.
16. Carditello A, Milone A, Stilo F, *et al.* Surgical treatment of anal stenosis following hemorrhoid surgery. Results of 150 combined mucosal advancement and internal sphincterotomy. Chir Ital 2002;54:841-4.
17. Fillingeri V, Gravante G, Cassisa D. *et al.* Radiofrequency Y-V anoplasty in the treatment of anal stenosis. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2006;10:263-7.
18. Ng KH, Ho KS, Ooi BS, *et al.* Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. Br J Surg 2006;93:226-30.