

Anal Fissür Tedavisinde Anokutanöz V-Y İlerletme Flebi

Anocutaneous V-Y Advancement Flap in the Treatment of Anal Fissure

HACI BOLAT¹, UĞUR SUNGURTEKİN¹, HÜLYA SUNGURTEKİN²

¹Pamukkale Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı-Denizli, ²Pamukkale Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı-Denizli

ÖZET

Amaç: Tıbbi tedavi sonrasında iyileşmemiş kronik anal fissür tedavisinde lateral internal sfinkterotomi seçkin tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Fakat özellikle kadınlarda anal inkontinans riski ile birlikte dir. Sunulan prospektif çalışmanın amacı tıbbi tedaviye dirençli kronik fissürlerde anokutanöz V-Y ilerletme fleplerinin tedavideki etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metod: Tıbbi tedaviye cevap vermeyen 40 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup tüm hastalara anokutanöz V-Y ilerletme flebi uygulanmıştır. Tam iyileşme, semptomların düzelmesi, erken ve geç komplikasyonlar kaydedilmiştir.

Bulgular: 30 gün içerisinde 39 hastada tam iyileşme olmuştur. Bir yıl sonunda primer iyileşme sağlanan hastaların hiçbirinde kontinans bozukluğu saptanmamıştır.

ABSTRACT

Purpose: Lateral internal sphincterotomy is considered the surgical treatment of choice of chronic anal fissure after failure of medical therapy, but it is associated with the risk of anal incontinence, especially in females. The aim of this presented prospective study was to evaluate the efficacy of the treatment with anocutaneous V-Y advancement flap for chronic anal fissure resistant to medical therapy.

Material and Methods: Forty patients with chronic anal fissure unresponsive to previous medical treatment, were included in the study. All patients underwent anocutaneous advancement V-Y flap treatment for fissure. Complete healing, relief of symptoms and early and long-term complications were recorded.

Results: Complete healing occurred in 39 patients within

Başvuru Tarihi: 26.03.2010, Kabul Tarihi: 01.04.2010

✉ Dr. Hacı Bolat

Pamukkale Üniversitesi Genel Cerrahi

Anabilim Dalı, Denizli-Türkiye

Tel: 0258.4440728, 0533.3504404

e-mail: usungurtekin@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:24-28

Bir hastada ise nüks anal fissür nedeniyle lateral internal sfinkterotomi gerekmiştir.

Sonuç: Anokutanöz ilerletme flebi kronik anal fissür tedavisinde kullanılabilecek alternatif bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Anokutanöz V-Y ilerletme flebi, Kronik anal fissür

30 days. At one year, none of the patients experienced a continence disturbance. Further lateral internal sphincterotomy for recurrent anal fissure was necessary in one patient.

Conclusion: Anocutaneous advancement flap can be used an alternative treatment method in chronic anal fissure treatment.

Key words: Anocutaneous, V-Y advancement flap, Chronic anal fissure

Giriş

Anal fissür klasik olarak dentate çizginin distalindeki anal kanal epitelinde oluşan yırtık olarak tanımlanır. 6-8 haftadan daha uzun süreli şikâyeti olan hastalarda hastalığın kronik durum kazandığı kabul edilir.¹⁻⁴ Kronik fissür varlığı durumunda deri takıntısı, fissür zeminindeki internal anal sfinkter liflerinin görülmesi yanında hipertrofik papilla varlığı fissür üçlüsü olarak bilinir ki bu durumdaki fissürlerin medikal tedaviye cevap verme olasılığı %40-50 arasındadır. %10-15'i anterior, %1'i lateral yerleşimli olmasına karşın büyük oranda posterior yerleşimlidirler.⁵ Hastalığın etiyojisi tam olarak belli olmamasına karşın ana hipotez anal kanalın arka orta kesiminde damar konfigürasyonu nedeniyle kanlanmanın bozulmasıdır.² Burada yırtığın oluşması sonrası gelişen internal sfinkter spazmının da yardımcı olması ile iskemi gelişir. Kronik fissürlü hastaların büyük kısmında anüste dinlenme basıncının manometrik ölçümlerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.^{3,6} Gerek tıbbi gerekse cerrahi tedavideki amaç bu kısır döngüyü kırarak iyileşmeyi sağlamaktır. Bu döngü nedeniyledir ki zayıf yara iyileşmesi sonucu fissür yarası kapanamaz ve oluşumuna neden olan faktörler ortadan kaldırılmadığı ölçüde kronikleşmesi kaçınılmazdır. Anal fissür tedavisinde kullanılan sıcak su oturma banyoları, Botulinium toksin ve topikal gliseril trinitrat (GTN), diltiazem (DLT) uygulanmasının yanı sıra açık veya kapalı lateral internal sfinkterotomi'nin ortak amacı anal kanal dinlenme basıncının azaltılması ve kan akımının düzenlenerek iyileşmenin sağlanmasıdır.⁷⁻¹² Literatürde önceden tarif edilmiş olmakla beraber kullanımı yaygınlaşmayan ancak lateral internal sfinkterotominin yan etkileri nedeniyle operasyona sıcak bakmayan bir grup hastada tedavi seçeneği olarak sunulmaya devam eden bir diğer yöntem

anokutanöz flep uygulanmasıdır.¹³⁻¹⁸ Burada hedeflenen kanlanması bozulmuş fissür zeminine tabandan kanlanması nedeniyle canlılık oranı yüksek olan anokutanöz deriden hazırlanan flebin değişik yöntemlerle (V-Y ilerletme flep, house flep) getirilmesidir. Böylelikle hazırlanan fleple kaplanan fissür zemini kapatılarak şikâyetlerin ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Bu çalışmada prospektif olarak anal fissür tedavisinde V-Y flep ile tedavi uyguladığımız hastalardaki sonuçlar verilmiş ve literatürde bu yöndeki farklı görüşler irdelenmiştir.

Materyal ve Metod

Pamukkale Üniversitesi Genel Cerrahi polikliniğinde kronik anal fissür tanısı alan 40 hasta çalışma grubunu oluşturmaktadır. Çalışmaya katılma kriterleri:20-40 yaşları arasında ve operasyon onam formunu imzalamış olmak, kronik fissür tanısı almış olmak, 8 haftadan daha uzun süreli fissüre bağlı şikâyetlerinin olması ve daha önceden uygulanan konservatif yöntemlere cevap almamış olmak olarak belirlenmiştir. Operasyon onam formunu imzalamayan hastalar, daha önce perianal bölgede cerrahi girişimi geçirmiş olanlar, nüks anal fissür olguları, operasyonda eş zamanlı başka bir perianal bölge patolojisi (hemoroid, anal fistül) için girişim uygulanan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Kronik fissür; proksimalde hipertrofik papilla, fissür zemininde sfinkter liflerinin görülmesi ve deri takıntısının (skin tag) bulunması olarak tanımlanmıştır. Tüm hastalara operasyon sabahı başvurmuş olup rektal fosfat lavman uygulanmış olup operasyon intravenöz genel anestezi altında Lloyd-Davis pozisyonunda Fansler ekartör kullanılarak uygulanmıştır. Operasyonda hipertrofik

papilla eksize edildikten sonra fissür kenarları bisturi ile avive edildikten sonra fistül tabanındaki granülasyon dokusu kürete edilmiş ve internal anal sfinkter ortaya konmuştur. Deri takıntısının aşırı büyük ve sert olduğu hallerde tamamı eksize edilmiştir. Operasyonun hiçbir aşamasında flep beslenmesinde önceden tahmin edilemeyen lateral yanık gelişimine neden olmamak üzere koter kullanılmamıştır. Fissür tabanını kapatmak üzere tüm hastalarda V-Y iletme flebi uygulanmıştır. Flep 3 cm kenarlı tabanı dentate yönüne bakacak tarzda yerleşmiş eşkenar üçgen şeklinde, deri ve subkutanöz yağ dokusunu içermektedir. Flebin oluşturulmasını takiben 3/0 poliglukolik asit ile tek tek sütür yöntemi ile fissür zeminini tam olarak örtecek şekilde tespiti yapılmıştır. Fissür'ün en proksimaldeki kısmı V-Y iletme flebinin üçgen şeklindeki tabanının ortasına gelecek şekilde olmasına dikkat edilmiştir. Girişimin sonlanmasını takiben operasyon bölgesi gazlı bez ile kapatılmıştır. Hastaların operasyondan 4 saat sonra gıda alımına başlanmış ve yatışlarından itibaren en geç 24 saat içerisinde taburcu edilmişlerdir. Postoperatif dönemde Metronidazol 2x1 500 mg PO, Diklofenak Sodyum SR 2x1 PO ve laktüloz süspansiyon 1x1PO kullanılmıştır. Gerekli olduğunda kullanılmak üzere Diklofenak Sodyum IM formunu kullanabilecekleri belirtilmiştir. Hastalar postoperatif önemde 3, 7, 14 ve 30. günlerde kontrole çağrılmış ve flep nekrozu, flep yara kenarı ayrılması, yara iyileşmesi ve hasta şikâyetleri açısından kontrolleri yapılmıştır. Flep nekrozu kanlanma yetersizliği nedeniyle beslenme bozukluğu gelişimi sonucu yerinden tamamen ayrılması, flep yara kenarı ayrılması ise konulmuş sütürlerden bir veya birkaçının yetersizliği nedeniyle flebin beslenmesinde bozulma olmaksızın yara kenarında saptanan 1-2 mm'lik hafif ayrılma olarak tanımlanmıştır. Erken komplikasyon ilk hafta içerisinde gelişen komplikasyonlar, geç komplikasyon ise 30. günden itibaren saptanan komplikasyonlar olarak tanımlanmıştır. Hastalar taburcu olurken önerilenin dışında ilaç kullanıp kullanılmadığı ve kullanıldı ise miktarını kaydetmeleri istenmiştir. Hastaların tamamı bir sene süre ile izlenmiş olup bu süre sonunda geçirdikleri operasyona ait sonuçlar telefon ile elde edilmiştir.

Bulgular

40 hastaya anokutanöz flep uygulanmış olup hastaların tamamı çalışmayı tamamlamıştır. Hastaların demografik

özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir. Erken komplikasyon olarak 3 hastada idrar retansiyonu, 1 hastada flepte ekimoz, 3 hastada ise flepte yara ayrılması saptanmıştır. Flep nekrozu gelişen hasta olmamıştır. Retansiyon olan hastalardan erkeklerin olan ikisine de kalıcı olmayan üriner kateter uygulaması gerekirken diğer bir kadın hasta daha sonra spontan olarak idrarını yapmıştır. Bir hastada gelişen ekimoz daha sonra yara ile ilişkili başka bir soruna yol açmadan kendiliğinden düzelmiştir. Flep ayrılması gelişen 3 hastanın 2'si (1 kadın, 1 erkek) konservatif yara bakım önlemlerine cevap vermiş ve sekonder olarak iyileşirken 1 kadın hastada flep yara kenarları tamamen ayrılmıştır. Fissürün yeniden ortaya çıkması nedeniyle şikâyetleri yineleyen hastaya 6 hafta sonra nüks anal fissür nedeniyle kapalı lateral sfinkterotomi uygulanmış ve operasyonu takiben hasta tamamen iyileşmiştir. Geç olarak gelişen komplikasyonu olan hasta yoktur. Yapılan kontrollerde hastaların belirtilenden başka ilaç kullanmadığı 3 hastada ilk 4 gün süre ile yazılan analjezik antiinflamatuvar ilacın IM formunun oral alıma ek tek doz olarak kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan sorgulamada hiçbir hastada kontinans değişikliği bildirilmemiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Cins	Erkek	Kadın
Sayı	18	22
Yaş(Ort)	35.8	32.2
Yerleşim yeri	Posterior	Posterior

Tartışma

Anal fissürün cerrahi olmayan yöntemlerle tedavisi genel olarak akut fissürlerin tedavisinde %90 oranında başarılı iken bu oran kronik fissür tedavisinde %40'lara kadar düşmektedir. Amerikan Kolorektal Cerrahlar Derneğinin anal fissür tedavi kılavuzunda da anal fissürün ilk basamak tedavisinin tıbbi olması gerektiği söylenmiş ise de lateral internal sfinkterotominin yan etkilerinden bahsedilmesi şartıyla lateral internal sfinkterotomisinde ilk basamak tedavisi olarak kullanılabilceği vurgulanmıştır.¹⁹ Tüm bunlara rağmen lateral internal sfinkterotomi sonrasında postoperatif dönemde saptanan anal inkontinans oranı %0-45 arasındadır. Elde edilen sonuçlar dolayısıyla hastalarda alternatif operasyon seçeneklerinin kullanımı gündeme gelmiştir. Bunlardan

biriside anal stenoz tedavisinde kullanılan ilerletme flebinin kullanımınıdır. İlk kez Samson ve ark. 1970'li yılların başlarında 2072 adet gibi geniş bir hasta grubunun sonuçlarıyla karşımıza gelen bu yöntemin sonuçları daha sonra literatürde değişik yazarlarca farklı sayılardan oluşan seriler şeklinde olmak üzere bildirilmiştir.²⁰ Ancak değişik flep uygulamalarının (V-Y ilerletme, house ilerletme flebi, adacık ilerletme flebi, rotasyon flebi, anoplasti) sonuçlarının karşılaştırılmasında en büyük güçlük sunulan hastaların homojen hasta gruplarından oluşmaması, sfinkterotomi gibi uygulamalarla birlikte operasyonun uygulanmış olması ve kullanılan flep çeşitlerine bağlı olarak tedavi oranlarında farklılıkların bulunmasıdır.¹³⁻¹⁸ Fissüre ait farklı operasyon sonuçlarının değerlendirildiği Cochrane derlemesinde çalışmaya dahil olma kriterlerini taşımadığından dolayı değerlendirme yapılmamıştır. Tedavide en büyük beklenti anal sfinkterin tonusunun hipotonik olduğu olgularda değil hipertonic olduğu olgularda flep sonuçlarının ne olacağıdır. İlk

yayınlarında yöntemin internal anal sfinkterin hipotonik olduğu olgularda kullanılması durumunda sonuçların daha iyi olduğu belirtilmesine karşın daha sonraki çalışmalarda anal tonusun durumuna bakılmaksızın bu yöntemin kullanılabileceği vurgulanmıştır.¹⁹⁻²² Çalışmamıza katılan olgularda anal manometrik inceleme yapılmamıştır. Çünkü nüks olgular dışında anal fissür olgularında anal manometrik inceleme yapılması rutin bir uygulama değildir. Bununla birlikte sadece bir hastada flep ekimozu, üç hastada ise flepte yara ayrılması saptanmış olması sadece bir hastada flep ayrılmasına bağlı nüks olmasında internal anal sfinkter tonusunun çok önemli olmadığı spekülatif olarak söylenebilir. Flep ekimozu sütür yetmezliğine bağlı olup lokalize olarak kalmıştır. Hastalarımız operasyon sonrası ertesi gün taburcu olmalarına karşın yukarıda belirtilen analjezik uygulanması dışında ek doz ilaç kullanımı gerekmemiştir. Sonuçlarımız (Tablo 2) literatür ile karşılaştırıldığında uyumluluk göstermektedir.²⁰

Tablo 2. Sonuçlarımızın literatürle²⁰ karşılaştırılması

Flep tipi	Yıl	Hasta Sayısı	Flep ayrılması (%)	Donör alan komplikasyonu	Fissür iyileşmesi (%)	Nüks (%)	İnkontinans
İlerletme flebi	1970	2072	2	-	-	0,5	-
İlerletme flebi	1995	20	5	-	85	-	0
Adacık ilerletme flebi	1995	21	0	14	100	-	0
İlerletme flebi	2002	8	0	0	12,5	0	0
Rotasyon flebi	2005	21	5	10	81	10	0
Basit Kutanöz ilerletme flep Anoplastisi	2007	51	5	0	100	0	0
V-Y İlerletme (Serimiz)	2010	40	7,5	-	97,5	1	-

Ayrıca hastalar postoperatif dönemde yara bakımı konusunda zorluk çekmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların operasyonunda sahanın ortaya konması amacıyla rutin olarak Fansler ekartör kullanılmıştır. Farklı ekartörlerin değişik açıklık ölçüleri ile kullanılması hastalarda postoperatif kontinans etkileyebileceğinden dolayı bu uygulama yapılmıştır. Hiç şüphesiz tek bir yöntemin tüm hastalara uygulanabileceğini düşünmek yanlış olacaktır. Ancak bununla birlikte anokutanöz ilerletme flebi uygulaması anal fissür tedavisinde kullanılabilecek güvenli bir girişimdir ve kolay öğrenilebilir uygulanabilme özelliğine sahiptir. Hastaların uygulanan cerrahi tedavisi sonrası iyileşme

oranı %97,5 olmuştur. Bir sene sonra telefon ile yapılan kontrollerde hastaların hiç birinde şikâyetinin olmadığı öğrenilmiştir. Herhangi bir çalışma sonucunda bir yöntemin iyi olduğunun önerilmesi için gerekli olan hasta sayısından daha az sayıda hasta ile çalışmamızın tamamlandığını bilmekteyiz. Ancak hastada flep yetersizliği durumunda bile, hastanın sfinkter mekanizmasına yönelik bir girişim yapılmaması nedeniyle hastayı olumsuz etkileyebilecek bir durum söz konusu olmamaktadır. Bu sebeple yöntemin başarılı olmaması durumunda internal sfinkterotomi gibi girişimlerin kullanımı bir sonraki seansa bırakılabilmesi mümkündür. Böylelikle lateral internal sfinkterotomi

sonrası en sık korku sebebi olan anal inkontinanstan da kaçınmak mümkün olabilir. Bu cevabın sonucu almak için gelecekte daha fazla sayıda hastayı içeren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1997;40:229-33.
- Nelson R. A systematic review of medical therapy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2004;47:422-31.
- Romano G, Rotondano G, Santangelo M, Esercizio L. A critical appraisal of pathogenesis and morbidity of surgical treatment of chronic anal fissure. *J Am Coll Surg* 1994;178:600-04.
- Hananel N, Gordon PH. Lateral internal sphincterotomy for fissure-in-ano-revisited. *Dis Colon Rectum* 1997;40:597-602.
- Dorfman G, Levitt M, Platell C. Treatment of chronic anal fissure with topical glyceryl trinitrate. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1007-10.
- Khubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 1989;76:431-45.
- Gui D, Cassetta E, Anastasio G, *et al.* Botulinum toxin for chronic anal fissure. *Lancet* 1994;344:1127-28.
- Brisinda G, Cadeddu F, Brandara F, *et al.* Randomized clinical trial comparing botulinum toxin injections with 0.2 per cent nitroglycerin ointment for chronic anal fissure. *Br J Surg* 2007;94:162-67.
- Maria G, Brisinda G, Bentivoglio AR, *et al.* Influence of botulinum toxin site of injections on healing rate in patients with chronic anal fissure. *Am J Surg* 2000;179:46-50.
- Jost WH. One hundred cases of anal fissure treated with botulin toxin: early and long-term results. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1029-32.
- Altomare DF, Rinaldi M, Milito G, *et al.* Glyceryl trinitrate for chronic anal fissure-healing or headache? Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:174-179;discussion 179-81.
- Menteş BB, Tezcaner T, Yılmaz U, *et al.* Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1045-51.
- Leong A. Internal sphincterotomy versus rotation flap to treat chronic anal fissures. *Asian J Surg* 2005;28:192.
- Singh M, Sharma A, Duthie G, *et al.* Early results of a rotation flap to treat chronic anal fissures. *Asian J Surg* 2005;28:189-91.
- Nyam DC, Wilson RG, Stewart KJ, *et al.* Island advancement flaps in the management of anal fissures. *Br J Surg* 1995;82:326-28.
- González AR, de Oliveira O Jr, Verزارo R, *et al.* Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. *Am Surg* 1995;61:526-29.
- Leong AF, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995;38:69-71.
- Alver O, Ersoy YE, Aydemir I, *et al.* Use of "house" advancement flap in anorectal diseases. *World J Surg* 2008;32:2281-86.
- Whiteford MH, Kilkenny J 3rd, Hyman N, *et al.* Standards Practice Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon Rectum* 2005;48:1337-42.
- Giordano P, Gianpiero G, Grondona P, *et al.* Simple cutaneous advancement flap anoplasty for resistant chronic anal fissure: Prospective study. *World J Surg* 2009;33:1058-63.
- Nelson R Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD002199.
- Singh M, Sharma A, Gardiner A *et al.* Early results of a rotational flap to treat chronic anal fissures. *Int J Colorect Dis* 2005;20:339-42.