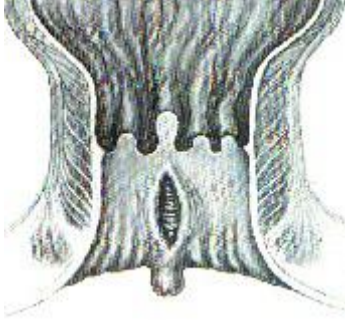


HİZMET İÇİ EĞİTİM PROGRAMI

AD Başkanlığı	: Genel Cerrahi
Eğitim yeri ve tarihi	: Genel Cerrahi Dersanesi
Eğitime katılacak personel	: 4. sınıf tıp fak. öğrencileri
Eğitim konusu	: Perianal bölge hastalıkları ve pelvik taban hastalıkları
Eğitici personel	: Doç. Tbp. Kd. Alb. Sezai Demirbaş

ANAL FİSSÜR



Anal fissür makatın ağzında ağrılı bir yara oluşmasıdır. Hastaların üçte birinde sürekli kabızlık yakınması vardır,

Anal fissürlerin önemli bir kısmı ameliyat gerekmeden ilaçla tedavi edilebilir. İlaçla tedavi edilemeyen hastalar ameliyat edilir. Ameliyatta görevi dışkı kontrolünü sağlamak olan kaslar belli bir ölçüde kesilerek gevşetilir. Burada kesilecek kas miktarı son derece önemlidir. Eğer gereğinden az kas kesilirse hasta iyileşmez. Yakınmaları devam eder. Gerektiğinden fazla kas kesilirse bu sefer dışkı kontrolü bozuklukları (inkontinans)

oluşabilir. Hasta gazını tutamayabilir veya zaman zaman büyük abdestini kaçıır.

Neden oluşur ?

Bazı hastalarda anal fissür oluşumunu kolaylaştıran bazı faktörler vardır:

1. Dışkılama problemleri
 - Kabızlık veya ishal,
 - Sık dışkılama,
 - Aşırı ıkınma.
2. Bu bölgenin kötü hijyeni ve bazı infeksiyonlar
3. Makatın travmaya maruz kalması
 - Sert dışkı,
 - Doğum,
 - Lavman,
 - Anal ilişki
4. Bazı hastalarda ise fissür oluşumunu kolaylaştırıcı bir neden bulunamaz

Belirtileri nelerdir ?

1. Büyük abdesti takiben makatta şiddetli ağrı,
2. Makattan kan gelmesi,
3. Kaşıntı

Tanı nasıl konur ?

Anal fissür tanısı için çoğu hastada yakınmalar ile birlikte bu bölgenin muayenesi yeterli olmaktadır. Altta yatan başka bir hastalıktan şüphelenilmiyor ise tedavi öncesi değerlendirme için çoğu zaman sadece muayene yeterli olur

Hangi hastalıklar fissür oluşumuna neden olurlar ?

Bazı durumlarda ise anal fissür altta yatan bazı hastalıklar nedeni ile oluşur:

1. Makat (Anüs) kanserleri,
2. İnflamatuvar barsak hastalıkları,
3. Sifiliz,

4. Tbc,
 5. Herpes, CMV, AIDS gibi viral hastalıklar,
 6. Lösemi gibi bazı kan hastalıkları
- Nasıl tedavi edilir ? İlaç ? Ameliyat ?

Anal fissürlü hastaların çoğunda ilk olarak ameliyatsız tedavi denenmelidir. Çünkü anal fissür hastalarının önemli bir kısmı ilaç tedavisi ile iyileşirler

İlaçla tedavi

Anal fissürler eskiden sadece geleneksel tıbbi tedavi yöntemleri ile tedavi edilmeye çalışılır iken günümüzde ön plana bazı yeni ilaçlar çıkmıştır

Geleneksel tıbbi tedavi

1. Diet değişikliği (su, bol sebze-meyve, dışkı yumuşatıcılar),

2. Oturma banyosu,

3. Kremler(kortizon, anestezi).

Farmakolojik ajanlar

1. Kalsium kanal blokerleri (Nifedipine),

2. Nitratlar,

3. Botulinum toksin

İlaç tedavisinin avantajları

1. Dışkı kaçırma riskinin olmaması.

2. Günlük yaşama dönüş sorunu olmaması,

3. Başarı sağlanamaz ise cerrahi şansının her zaman olmasıdır,

4. Geçmişte bu tür tedavinin bir avantajı da ucuz olması idi. Ama özellikle Botulinum toksin gibi tedaviler ile bu avantaj ortadan kalkmıştır

Kimler ameliyat edilmeli ?

İlaçlarla iyileşmeyen veya iyileşip bir süre sonra tekrarlayanlar ameliyat edilmelidir.

Nasıl bir ameliyat ?

Anal fissürün tedavisinde üç tür ameliyat kullanılmıştır

1. Anal dilatasyon: Makat ağzında yer alan kasların kuvvet uygulanarak yırtılması işlemidir. Bu ameliyat, hastaların önemli bir kısmında yıllar içinde dışkı kontrolünde bozukluklar oluştuğu için artık terk edilmiştir.

2. Internal sfinkterotomi: Makat ağzında yer alan kasların belli bir ölçüde kesilerek gevşetilmesi işlemidir. Yeterli miktarda kas kesildiğinde hastalar çok kısa bir süre içinde iyileşirler.

3. Flep teknikleri: Başlangıçta dışkı kontrolü iyi olmayan (zaman zaman gazını veya dışkısını kaçıran) hastalarda tercih edilir. Avantajı hiç kas kesilmediği için dışkı kontrolünün etkilenmemesidir. Dezavantajı ise makatta şekil bozukluğu oluşması ve bazı hastalarda etkili olmamasıdır

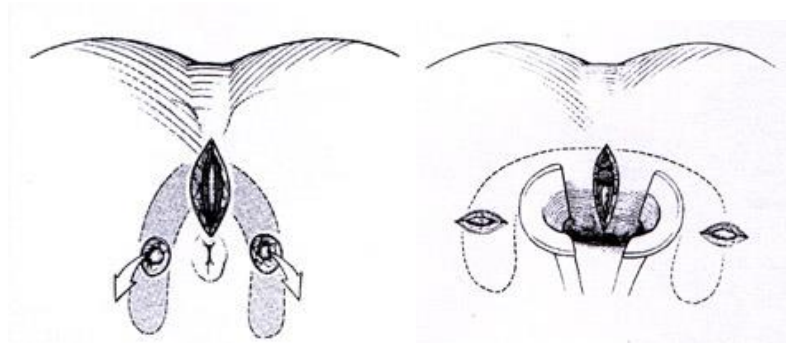
PERİANAL ABSE

Anüs ve rektum bölgesinin en sık görülen ve en problemlili hastalıklarından birisi de ANOREKTAL ABSELER VE FİSTÜLLER olup sebep ve başlangıç şekli muhtelif olmakla birlikte abse ve fistüllerde ortak noktası ; tedavisi ve kontrolü genellikle zor , zaman zaman akut hecmelerle seyreden akıntılı , kronik seyirli ve kişiyi biyolojik , anatomik , fizyolojik ve psikolojik olarak yoran , komplikasyonlu bir bakteriyel enfeksiyondur.

Halk arasında fistüller , kelime benzerliği sebebiyle anal fissürlerle karıştırılır . Fissür , anüsteki çatlak veya yırtıklara denir . Fistül ise anüsten birkaç santimetre uzakta , abse sonucu oluşan akıntılı deliklerdir .

Anorektal abseler genellikle gürültülü başlar ve cerrahi drenajdan hemen sonra belirgin bir rahatlama olur ; ancak akıntı azalsa bile tamamen kesilmez ; drenaj yerinde sürekli veya ikide bir akıntı yapan delik şekline , yani fistüle dönüşür . Demek ki abse ve fistül ; aynı hastalığın iki yüzüdür . Abse , anüs veya rektum civarındaki bir anatomik boşlukta cerahat toplanmasıdır . Fistül de ; bu absenin cilde veya başka bir komşu anatomik bölgeye açılarak sürekli akması ve absenin kronikleşmesidir .

ANOREKTAL ABSELERİN VE FİSTÜLLERİN SEBEPLERİ VE OLUŞ MEKANİZMASI
En sık sebep , anal kanalın 2 cm kadar ilerisinde , dentat cepler içinden sfinkter kasları arasındaki , muküs salgılamakla görevli CRYPTOGLANDULAR (kripta=mini cep) bezlerinin içine giren gaita(dışkı) ve bakterilerin , bir şekilde kripta içinde hapsolup kalması,burada , üremeye çok uygun ortamda hızla çoğalması sonucu cerahat ve abse oluşmasıdır(Şekil 1)(Fig 16-1a.b-S-151;Marti). Cerahat ve abse, Şekil 2 ve 3'te (Fig 16-2.a.b,c----Fig 16-4 S-152 ;Marti) görüldüğü gibi ,abseler, her hastada farklı yönlere ilerleyerek,anüs ve rektum lümeni dışında farklı yerlere lokalize olabilir.Lokalizasyona göre bunlara; PERİANAL, İNTERSFİNKTERİK, İSKİOREKTAL, PELVİREKTAL ve AT NALI abse denir. Bunlardan perianal abseler en yüzeysel ve en sık görülenidir; pelvirektal abseler ise çok şükür en az görülenidir.



Ayrıca anal bölgeye yönelik iğne, bistüri ve benzeri cerrahi veya travmatik herhangi bir delici alet ve cisimlerle yapılan müdahaleler veya muhtelif kazalar ile de abse oluşabilir. Anüsün yaygın bir hastalığı olan kronik anal fissürleri de abseye dönüşebilir. Crohn ve ülseratif kolit gibi enflamatuvar barsak hastalıkları,barsak tüberkülozu, perianal bölge cildi ter bezi kanallarının kıl dönmesi gibi bir sebeple iltihaplanması (hidradenitis suppurativa) sonucu dıştan içeriye anüs lümenine sessizce fistülize olması, bir de anorektal kanserlerin dışa doğru delinmesi ile de abse ve fistül gelişebilir.

ANOREKTAL ABSE SEMPTOMLARI: Anüs civarında,bir iki gün veya birkaç haftada gelişen ağrılı gerginlik, sertlik veya şişlik; dışkılamada zorluk; bazan anüs içinden gelen az bir iltihap; kasık bezlerinde şişme; bazan da sebebi ilkin anlaşılamayan ateş veya idrar tutukluğu veya halsizlik ve iştahsızlık şeklinde olabilir.

Muayenede, sıklıkla, anal bölgede bir asimetri, üzeri kızarıklık veya hassas, az ödemli şişlik görülür. Rektal tuşede,anüs veya rektum duvarında çok ağrılı,fluktuan şişlik farkedilir.Abse drenajı sırasında ,anoskopi yapılabilirse,%30-40 hastada,anal kanal duvarında iltihabi akıntı gösteren kripta girişi,yani absenin başlangıcı olan iç orifis görülebilir.

ANOREKTAL ABSELERİN TEDAVİSİ

Tereddütsüz cerrahi drenajdır, yani boşaltmaktır;çünkü kendiliğinden veya antibiotik ile gerileyip tamamen iyileşmeleri çok çok nadirdir.Erken boşaltılmayan abseler,eninde sonunda kendiliğinden delinirler ve daha kompleks sorunlu fistüllere dönüşürler.

1-Perianal abseler:Anüs çıkışına ve cilde yakın oldukları için hemen daima,basit bir lokal anestezi ile edilebilirler.Cerahatın rahatlıkla ve tamamen boşalması ve nüks olmaması için ; absenin en yumşak ve en tepe noktasından ,1x2 cm'lik bir cilt eksizyonu yapılmalı ve abse poşu fazla kurcalanmamalı,çünkü bakteriyemi veya septik şok gelişebilir.İla,seton koymak gibi daha definitif bir girişim planlanıyorsa,önce, İ.V. olarak geniş spektrumlu bir antibiotik injekte edilmeli ve işlem regional veya genel anestezi altında yürütülmeli.

2-İntersfinkterik abseler:Odukça derinde oldukları için muayene ve cerrahi girişimlerinde sıklıkla lokoregional veya genel anestezi gerekir.Antibiotk injeksiyonundan sonra,intersfinkterik mesafe hizasından , hilal şeklinde küçük bir deri eksize edildikten sonra, intresfinkterik alanın dışına çıkmadan diseksiyon yaparak abseye ulaşılır.Cerahat boşaltılır ve abse duvarındaki nekrotik debris kürete edilip yıkanır ve antibiotik melhem doldurulur.Eğer iç orifis bulunup,SETON yerleştirilebilirse,daha da iyi drenaj ve definitiv tedavi sağlanabilir.

3-İskiorektal ve pelvirektal abseler:Çok derinde oldukları için mutlaka kaudal,lokoregional veya genel anestezi ile drene edilirler.Mümkünse ,suçlu anal kripta ve iç orifis bulunup SETON dren yerleştirilir.Stile veya metal prob ile iç orifis aranırken sert davranıp yapay bir iç orifis ve yanlış bir fistül yolu oluşturulmamalı.Preoperatif ultrasonografide veya bidigital muayenede m.levator ani yukarisında da abse farkedilirse,levator kaslar ayrılarak,ayni yoldan, orası da drene edilmeli ve drenajın süreliiği için kalıcı kauçuk dren yerleştirilmeli ve cilde sütüre edilmeli.

Anorektal abselerin, rektum lümeni içinden drenajı sakıncalı ve komplikasyonlu olup asla tercih edilmemeli.Ancak,divertikülit,apendisit veya Crohn hastalığı gibi pelvik veya Douglas abseleri,rektum lümeninden drene edilebilir.

Drene edilen abseler kendiliğinden tamamen kapanır mı ve ne kadarı kronik fistüle dönüşür? Maalesef % 30 kadarı fistülize olur ve % 5 -25'i de , önce iyileşip , ilk bir yıl içinde nükseder . Demek ki çoğu abse , drenajdan sonra tamamen iyileşiyor . Eğer abse açılışı genel veya regional anestezi altında yapılırsa , drenaj insizyonu geniş tutulup yeterli küretaj ve iyi bakım yapılırsa ; kr. fistül oluşma riski %3.7'ye de düşebilir (Ramanujam).

Antibiotik verilmeli mi? Abse etrafında geniş sellülit varsa ; definitif cerrahi girişim ihtimali varsa , kalp kapak hastalığı veya protez kapak varsa ; antibiotik gerekir .

Abse drenajı sırasında , seton , lay open gibi definitif ilave işlemler yapılabilir mi? Evet ; yapılabilir ; ancak iç orifisin bulunması şarttır ve iç orifisin bulunabilme ihtimali %14 ila %24 kadardır . İntersfinkterik veya aşağı transsfinkterik abse gibi aşağı konumlu abselerde , iç orifisten dıştaki drenaj yerine kadar , boydan boya açılıp (lay open) , fistül gelişimine izin vermeyerek , tek aşamalı bir müdahale ile definitiv olarak tedavi edilebilirler . Daha yüksek konumlu abselerde ise , iç orifis bulunabildiği takdirde ideal bir drenaj ve düzgün bir fibröz fistül temini için seton yerleştirilebilir . Ancak seton yapımı için kullanılacak ipler , 4 veya 5/0 monoflaman naylon veya polyester olmalı ; geçirilecek ip sayısı iki veya üçü geçmemeli ; iplerin dışta kalan uçları gevşekçe ve ayrı ayrı düğümlenmeli , yoksa kalın ipler ve düğümler , arada kalan perine cildinde tahriş ve ağrı yaparlar . 3-6 hafta sonra definitif işlemin ikinci aşamasında ; kesilecek dış sfinkterin kalınlığına , inkontinens ihtimaline göre fistülotomi , kesici seton , fistülektomi , rerouting , advancement rektal flap veya intersfinkterik corout ve sütün tekniği uygulanır.

Drene edilmiş abselerin takibi nasıl olmalıdır?Yara , drenajı engellemeyecek şekilde , bol pamuklu pet ile gevşekçe kapatılmalı ; hasta her tuvalete çıkışta veya günde 3 kez 15'er dk ılık suya oturmalı ; haftada 1 kez kontrole gelmeli ; 3-6 hafta sonunda fistülün tedavisine bakılmalı.

Kaynaklar.

Lunniss PJ and Phillips R : The intershincteric approach ; In Phillips RKS and Lunniss PJ "Anal fistula" ; first edition , 1996, pp 114-121

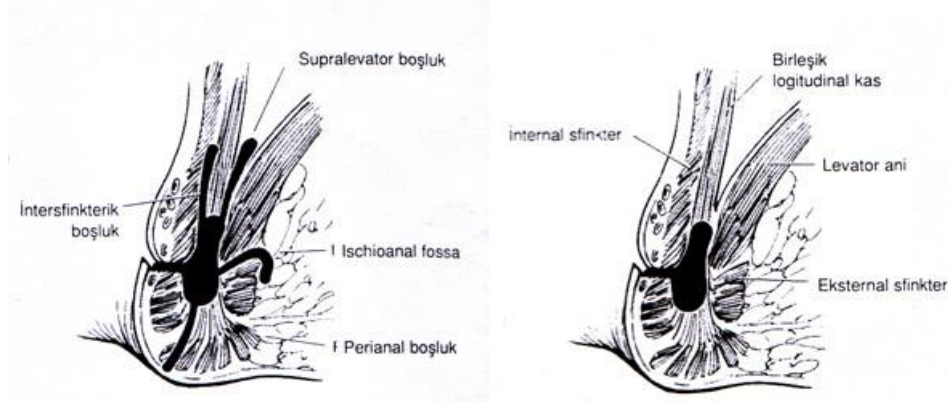
*Goldberg SM and Garcia-Aquilar J : The cutting seton ; In Phillips RKS and Lunniss PJ "Anal fistula" pp 95-102

*McCourtney JS , Finlay IG (1995) Setons in the surgical management of fistula -in-ano . Br J Surg 82: 448-452

*McCourtney JS , Finlay IG (1996) Cutting seton without preliminary internal sphincterotomy in the management of complex high fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 39:55-58

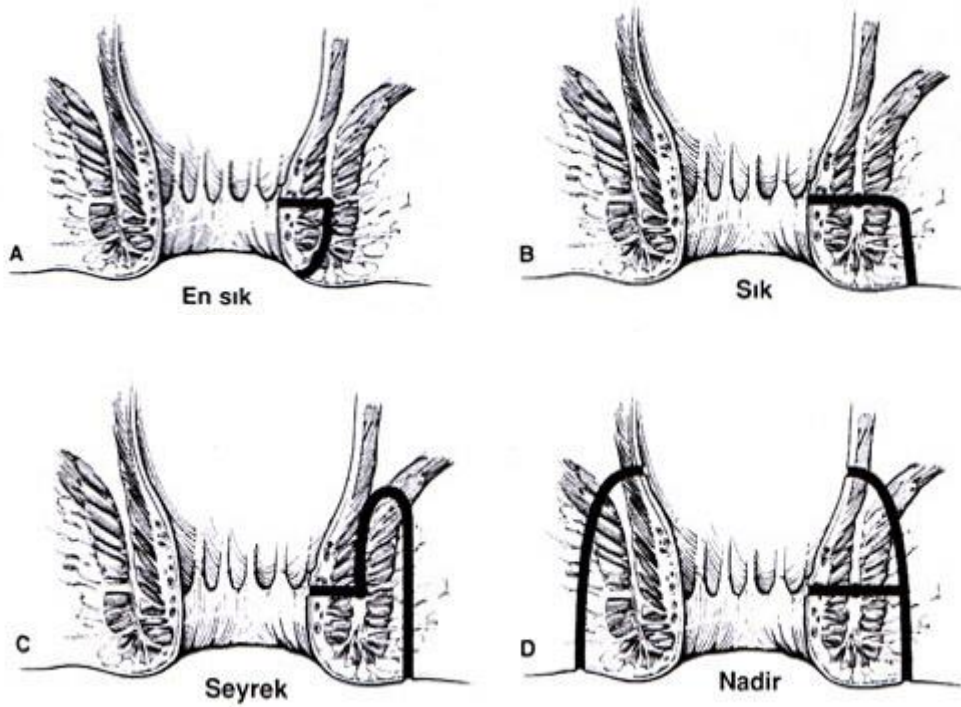
*Marti M-C and Givel J-C (1998) Anorectal abscesses and fistulas ; In Surgical Management of anorectal and colonic diseases ; Springer , Germany. pp 151-166.

PERİANAL FİSTÜLLER



Perianal fistüllerin %90'ı kriptoglandüler originlidir ; yani anal kanaldaki mukus bezlerinin bulunduğu cepçiklerden kaynaklanır ; %10'unda ise sebep ; anal fissür , kıl dönmesi , hemoroid ameliyatı , Crohn , ülseratif kolit , tüberküloz , aktinomikoz , kanser gibi spesifik nedenlerdir.

Fistüllerin üçte biri , herhangi bir abse belirtisi vermeden başlar ve spesifik bir sebep de bulunamaz.



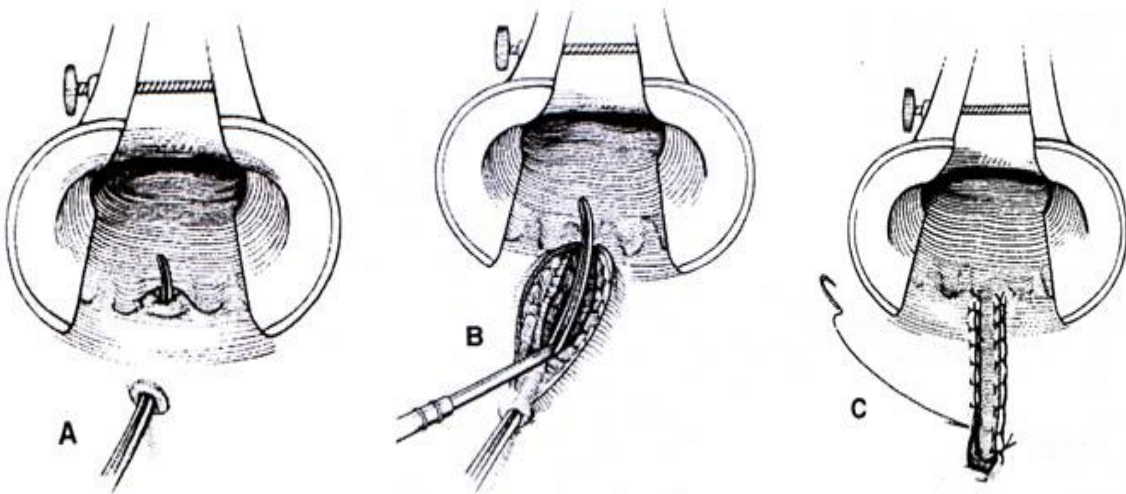
ANOREKTAL FİSTÜLLERİN BELİRTİLERİ: Anüs yakınında , çamaşırı kirleten , az kanlı , bazan dışkıının da karışımı ile pis kokulu , yeşil-sarı renkli , bazan da kanlı , iltihabi akıntı yapan ; sık sık leblebi büyüklüğünde şişmeler ve birlikte hafif ağrı ve hafif ateş yapan ve akınca da rahatlayan delik ; başlıca belirtilerdir.

MUAYENEDE ; akut abse durumu yoksa , perianal bölgede az akıntılı bir orifisten başlayıp cilt altından anal kanal mukozası altına doğru uzanan sert bir bant palpe edilir . Fistülün konumu yüksek seviyeli ise , bant palpe edilemez . O zaman bimanuel muayeneye geçilir ; böylece hem fistül traktının eksternal sfinkteri delip geçtiği seviye , hem de iç orifisin yeri anlaşılabilir . Eski bir kural olan Goodsall kuralına göre , anüsün arka tarafındaki fistüller düz bir hat ile anüse açılırken ön tarafındaki fistüller yay çizerek ve açı yaparak ilerleyip anüse açılırlar ; dolayısı ile daha komplikedirler . Ayrıca birden fazla fistül traktı da oluşturabilirler . Bu kural halen geçerlidir .

Fistülün lümen içi originini tespitte en etkili ve emniyetli , hem de pratik yöntem , az visköz bir MELHEMİN veya 1/3'LÜK OKSİJENİN dış fistülden trakt içine injekte edilmesidir . Oksijen , gerektiğinde endosonografinin etkinliğini de artırır ve ayrıca metal prob (stile) uygulamasının aksine ağrısız ve komplikasyonsuzdur . METAL STİLE ile probe etmeden önce basit bir lokal anestezi yerinde olur . Metal stile , dış orifisi verifiye etmede yararlı , ancak iç orifisi tespitte zararlı olabilir ; örneğin false orifis oluşumuna yol açabilir . Teşhiste FİSTÜLOGRAFİNİN değeri az olup yoruma olumlu katkısı %24'tür , bazan yanlış yorumlara da yol açabilir .

ENDOANAL ULTRASONOGRAFİ , BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ VE MRI ; iç orifisi , fazladan bir abse ve fistül traktı veya süpriz bir ek lezyon olup olmadığını , komşu organlarla ilişkiyi göstermek açısından çok faydalı ancak pahalı modern görüntüleme yöntemleridir . Teşhis ve tedavide zorlanılan veya başarısız kalınmış hastalarda endikedir . SINIFLAMA: Kriptoglandüler originli bir fistül traktı , anal sfinkterleri delip geçtikten sonra , yukarı , aşağıya , yana doğru veya daha farklı alanlara ilerleyerek kompleks lezyonlar oluşturabilir . Bunların anatomik yapılarla ilişkisine uygun olarak sınıflandırılması , cerrahi tedavinin planı açısından önemlidir . Parks ve arkadaşlarının fistülleri sınıflaması şöyledir: 1-İntersfinkterik: a) Basit , yüzeysel trakt, b) Yüksek kör sinüs, c) Rektuma açılan yüksek trakt, d) Perianal cilde açıklığı olmayan fakat rektuma açık trakt, e) Ekstrektal trakt, f) Pelvik hastalık originli trakt. 2-Transsfinkterik: a) Komplike olmamış trakt, b) Yüksek kör sinüs. 3-Suprasfinkterik: a) Komplike olmamış trakt, b) Yüksek kör sinüs. 4-Ekstrasfinkterik: a) Normal perianal fistül originli, b) Travma originli, c) Anorektal hastalık originli, d) Pelvik inflamasyon originli. İntersfinkterik ve transsfinkterik fistüller , diğerlerine göre daha sık görülür .

FİSTÜLLERDE CERRAHİ TEDAVİ



Anal fistüller cerrahi tedavi olmaksızın iyileşmezler . İyileşmesi için kaynağın kurutulması , yani anal kanal içindeki fistül başlangıç orifisinin yok edilmesi gerekir . Bunu yaparken şunlar gözönünde tutulmalıdır : 1) Abse , tamamen açılıp kürete edilmeli veya eksize edilmeli , 2)

Fistül traktı , fistülotomi veya fistülektomi tekniği ile giderilmeli , 3) Sekonder traktlar drene edilmeli , 4) İnkontinensten kaçınmak için eksternal sfinkterin tamamına yakını korunmalı , 5) Minimal skar ile emniyetli bir iyileşme sağlanmalı.

Yüzeysel fistüllerde fistülün basitçe açılması genellikle kolay ve başarılı iken yüksek fistüllerde bazı sorunlar yaşanır . Dolayısı ile uygulanan yöntem sayısı çoktur . Başlıca yöntemler şunlardır :

1-Tek aşamalı fistülotomi veya fistülektomi : Lokal , regional , kaudal , pudental , spinal veya genel anestezi altında , perineal , intersfinkterik ve low transsfinkterik fistüllerde , trakt içine sokulan bir metal prob boyunca fistül traktı , üzerindeki cilt ve mukoza ile birlikte insize veya eksize edilir . Fistülotomide , granülasyon dokusu kürete edilir , etrafındaki sert fibröz doku bırakılır . Fibröz doku eksize edilirse , buna fistülektomi denir ki o zaman yara büyük olur , iyileşmesi gecikir , keyhole deformitesi ve bir miktar inkontinens gelişebilir . Mamafih , yara kenarları kontinü teğel sütür ile invert edilerek yara küçültülebilir veya dentat çizgiden itibaren mukoza ve cilt sütüre edilerek kapatılır , sadece distal yara ucu açık bırakılır , böylece hem hemostaz sağlanmış olur , hem de keyhole deformitesi önlenmiş olur . Yaranın tamamen sütüre edilmesi tavsiye edilmez ; çünkü hematoma ve nüks oranı artar . Yara iyileşmesini hızlandırmak için split-thickness deri grefti kullanılabilir ; greft atsa bile iyileşme olur.

2-Gevşek Seton ile uzun süreli drenaj ve İki aşamalı cerrahi tedavi : Yüksek fistüllerde , yani fistül traktının , eksternal sfinkterin %30'undan daha fazlasını içine aldığı veya Crohn'da , inflamatuvar hastalıklarda , sekonder trakt ve abse şüphesinde veya akut abse döneminde (iç orifisin bulunup probe edilebildiği durumlarda) trakt içinden iki veya üç adet 3-4/0 naylon veya bir monoflaman ince ip geçirilerek gevşek seton yöntemi ile drenaj sağlanır . Cildin tahriş olmaması için iplerin uçları ayrı ayrı ve gayet gevşek olarak bağlanır . Az bir bakımla pü drenajı 3-4 hafta ile 3-6 ay içinde iyice azalır , fistül traktı ve özellikle dış orifis ve abse uzantıları toparlanır , düzgün ve olgun , iyice fibrotik bir fistül traktı oluşur . Bu noktadan itibaren , inkontinens riski düşük , herhangi bir definitif cerrahi tedavi uygulanabilir ; hatta efektif bir fistulotomi (lay open) bile yapılabilir veya kesici seton takılabilir.

3-Kesici seton:Genel veya regional anestezi altında , fistül traktı içinden bir adet 1 no. naylon ip veya daha az travmatik olması için ince bir lastik bant geçirilir ; uçları eksternal sfinkteri 8-36 hafta içinde yavaş yavaş kesmesi için makul bir sıklıkta bağlanır . Bağlama işleminden önce , tahrişi ve ağrıyı önlemek ve süreyi kısaltmak için , lastiğin değdiği anoderm ve perineal cilt ve yağ dokusu ve içten de mukoza ile birlikte internal sfinkter kesilir ve 3/0 krome ile marsupialize edilir(Şekil 1, sayfa 99, Fig 12.5 ve Şekil 2, sayfa 100, Fig 12.6; Robin). Hasta 3 hafta sonra kontrole çağrılır ve lastik bant sıkılmaya başlanır . Eksternal sfinkter kesilene kadar sıkılama işlemi 2-3 haftada bir yenilenir . Sıkılamada 3/0 ipek veya Baron band ligatöründen yararlanılır . Her şeye rağmen %7 vakada az çok bir inkontinens gelişebilir.

4-Mucosal advancement veya sliding flap : Daha gelişmiş ve kısa sürede iyileşmeyi sağlayan bu modern yöntemde fistül traktı ve iç orifis eksize edildikten sonra proksimal mukozadan flep kaldırılarak iç orifis kapatılır . Başarı şansı %70-%96 dir .

5-İntersfinkterik sütür : Önerilen bu yeni yöntemde intersfinkterik mesafeden fistül traktına ulaşılarak önce fistül traktı , kriptoglandüler septik odakla birlikte corout tekniği ile eksize edilir , sonra yine intersfinkterik mesafeden , önce iç orifis , sonra diğer kesiler 2/0 poliglaktin veya vikril ile onarılır . Başarı şansı yüksek görülmektedir .

Sonuç ; Anorektal fistül cerrahisi zor ve sabır isteyen bir iştir . Konuya yani başlayanlar için başarı şansı hayli düşüktür . Ameliyat sonrası iyileşme süreleri , düşük seviyeli fistüllerde 6 hafta ; yüksek seviyelilerde 16 haftadır . Cerrahi tedavilerden sonra başlıca 3 komplikasyon gelişir : 1) Nüks, 2) İnkontinens, 3) Mukorektal prolapsus.

Nükslerde en önemli sebep , iç orifisin bulunmadan işlemin sürdürülmesidir ki bu oran %10'dur . Girişim çok iyi olduğu halde , yine nüks oluyorsa , Crohn hastalığı düşünülmelidir . İnkontinenslerde en önemli sebep , iki aşamalı cerrahi tedavi sürelerinin arasındaki zamanın kısa tutulması ; inflamasyon ; doku deformitesi ; fistulektomilerde ve bazan fistülotomilerde eksternal sfinkterin %30'dan fazlasının zayıf edilmesidir . İnkontinensi önlemede en iyi yöntem ; sliding flap'tir .

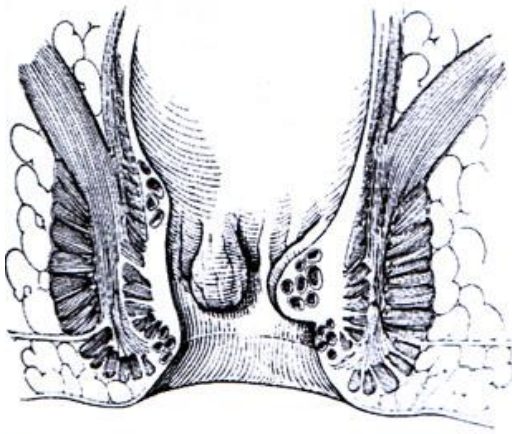
Mukorektal prolapsus , anorektal ringin kesilmesi sonucu , anorektal mukozanın anüs dışına çıkarak oluşan anatomik deformiteyi kapatmaya çalışmasıdır . Pek semptom vermeyen bu komplikasyonu illa da düzeltmek gerekiyorsa , abdominal rektapeksi yapılır.

KANSER : Anorektal fistüllerde nadir de olsa , uzun süreli iltihabi irritasyon sonucu mukoid adenokarsinoma gelişebileceğini unutmamak gerekir .

HEMORÖİD HASTALIĞI

Hemoroidler variköz venler değildir ve herkeste hemoroid bulunmaz.Ama herkeste anal yastıkçıklar bulunur.Anal yastıkçıklar,kan damarları,düz kas (Treitz kası) ve submukozadaki elastik bağ dokusunundan oluşmaktadır.Dentate çizgiden anorektal halkaya(puborektal kas) doğru üst anal kanalda yerleşmişlerdir. Bu üç ana yastıkçığın arasında genellikle daha küçük yastıkçıklar yerleşmişlerdir. Bu anatomik düzenleme dikkat çekecek derecede sabittir. Önceden sanıldığı gibi superior rektal arterin son dallanmalarıyla ilişkisizdir.

Bu yastıkçıkların görevi anal inkontinansa yardımcı olmaktır.Defekasyon esnasında, kanla dolduklarında anal kanalı tamponlarve kanal düzenine destek olurlar. Anal yastıkçıklar, kısmen internal sfinkter kısmen de birleşik longitudinal kastan kaynaklanan kaslarla desteklenir.Hemoroidler, anal yastıkçıkların patolojik olarak aşağı sarkmaları ve içerdikleri venüllerin genişlemesine yol açmalarına verilen isimdir.Bu sebeple, hemoroidler anal kanalın destek dokuları bozulduğunda gelişirler



External deri çıkıntıları, anal werge kaynaklı bağımsız cilt kıvrımlarıdır. Bu çıkıntılar , tromboze external hemoroidlerden kaynaklanabilir ya da herhangi bir hemoroidal şikayetten bağımsız olarak inflamatuvar barsak hastalığının bir komplikasyonu olabilir. External hemoroidler, dentate çizginin altında yerleşmiş skuamoz epitel ile örtülü genişlemiş vasküler yapılardan oluşur. İnternal hemoroidler ise semptomatik, abartılı, dentate çizginin üzerinde yerleşmiş, transizyonel ve kolumnar epitel ile örtülü submukozal vasküler dokudur.İnternal hemoroidler kategorilere ayrılabilirler

HEMORÖİDLER:

Hemoroitler normal anatomik yapılardır. Onlar anal kanalın içerisinde yastık benzeri kalınlaşmalardır. Hemoroitlerin üzeri mükoza yada anoderm ile kaplı olup, içerisinde; kan damarları, düz kaslar ve bağ dokusu bulunur. Bağ dokusu elamanları, hemoroitleri internal anal sfinkter kasına ve internal-external anal sfinkter kasları arasında bulunan kas fibrillerine bağlarlar. Bu durum zayıfladığı veya bozulduğu zaman (30 lu yaşlardan sonra başlar), sadece anal kanal içersinde gözükmekle kalmaz, anal kanaldan dışarıya sarkmaya da başlar. Aynı zamanda, hemoroitlerin damar ağında gerginlik oluşur bunu takiben hemoroidal hastalık denen klinik bulgu ve belirtiler oluşmaya başlar.

Hemoroitler iç ve dış olmak üzere iki bölümde değerlendirilebilir.Bunlar arasında da, birbirleri ile damarsal bağlantılar vardır.

Anal kanal içinde submükozal, görülür bir gerginlik hemoroidal hastalığın başlaması olarak yorumlanabilir. Hemoroitlerin büyüklükleri çok değişik olabilir.

1,derece hemoroitler: Makattan dışarı çıkmayan,sadece kanama yapan,

2.derece hemoroitler; Büyük abdest esnasında ve ıkınma ile dışarı çıkan ve sonra kendiliğinden içeri giren.

3.derece hemoroitler; Büyük abdestten sonra el ile geri itilebilen

4.derece hemoroitler: Devamlı makat dışında duran ,geri içeri itilemeyen

Şeklinde ,iç hemoroitleri tasnif edebiliriz. Bu derecelendirme, seçeceğimiz tedavi yöntemi açısından önemlidir.

Hemoroitlerin toplumdaki sıklığını tam olarak bilmek mümkün değilse de, yaşla birlikte belirgin bir şekilde arttığını biliyoruz. 50 li yaşlardan sonraki nüfusun yaklaşık yarısında, şikayete sebep olan yada oayan hemoroitler bulunmaktadır.



Normal Hemoroid



1. Derece Hemoroid



2. Derece Hemoroid



3. Derece Hemoroid



4. Derece Hemoroid

Hemoroitler normal anatomik yapılardır. Onlar anal kanalın içerisinde yastık benzeri kalınlaşmalardır. Hemoroitlerin üzeri mukoza yada anoderm ile kaplı olup, içerisinde; kan damarları, düz kaslar ve bağ dokusu bulunur. Bağ dokusu elamanları, hemoroitleri internal anal

sfinkter kasına ve internal-external anal sfinkter kasları arasında bulunan kas fibrillerine bağlarlar. Bu durum zayıfladığı veya bozulduğu zaman (30 lu yaşlardan sonra başlar), sadece anal kanal içersinde gözükmele kalmaz, anal kanaldan dışarıya sarkmaya da başlar. Aynı zamanda, hemoroitlerin damar ağında gerginlik oluşur bunu takiben hemoroidal hastalık denen klinik bulgu ve belirtiler oluşmaya başlar.

Hemoroitler iç ve dış olmak üzere iki bölümde değerlendirilebilir. Bunlar arasında da, birbirleri ile damarsal bağlantılar vardır.

Anal kanal içinde submükozal, görülür bir gerginlik hemoroidal hastalığın başlaması olarak yorumlanabilir. Hemoroitlerin büyüklükleri çok değişik olabilir.

1.derece hemoroitler: Makattan dışarı çıkmayan,sadece kanama yapan,

2.derece hemoroitler; Büyük abdest esnasında ve ıkınma ile dışarı çıkan ve sonra kendiliğinden içeri giren.

3.derece hemoroitler; Büyük abdestten sonra el ile geri itilebilen

4.derece hemoroitler: Devamlı makat dışında duran ,geri içeri itilemeyen

Şeklinde ,iç hemoroitleri tasnif edebiliriz. Bu derecelendirme, seçeceğimiz tedavi yöntemi açısından önemlidir.

Hemoroitlerin toplumdaki sıklığını tam olarak bilmek mümkün değilse de, yaşla birlikte belirgin bir şekilde arttığını biliyoruz. 50 li yaşlardan sonraki nüfusun yaklaşık yarısında, şikayete sebep olan yada olmayan hemoroitler bulunmaktadır.



HEMOROİDLER NASIL GELİŞMEKTEDİR;

Hemoroitlerin en sık sebepleri Müzmin kabızlık yada ishal, hamilelik, zorlu doğumlar, şişmanlık yada ailesel yatkınlıklardır. Liftten fakir diyetle beslenmek, kabızlıkta önemli sebeplerden biridir. (Sebze ve meyveden fakir diyet) Hemoroitler anal bölgenin en sık karşılaşılan rahatsızlıklarından biridir. Hastalar genellikle, tuvalette olan makattan gelen kanama şikayeti ile doktora gelirler. Kanama açık kırmızı renkte olur, Damla damla, tuvalet peçetesine bulaşık bazen de oldukça fazla fışkırır gibi kanama olmaktadır. Zaman zamanda, hastada Kronik demir eksikliği anemisine sebep olur. Bunun neticesi olarak hastada değişik derecelerde solukluk, halsizlik, nefes darlığı, yorgunluk şikayetleri olabilmektedir.

Hemoroidal hastalık ilerledikçe tuvalet esnasında dışarı meme çıkması ve hatta tuvalet dışında, öksürme, ıkınma, çömelme gibi hareketlerle bile hemoroidal memelerin dışarı çıktıkları görülmektedir. Bunlara bağlı olarak ta, makat etrafında hafiften şiddetliye kaşıntılar olabilmektedir. Hemoroitte ağrı genellikle olmaz. Hemoroitlerin akut tromboz yada kangreninde çok şiddetli, dayanılmaz ağrılar olur. Bu halde kendisini makat dışında sert ,ileri derecede hassas, içeri dönmeyen memelerin varlığı ile kendini gösterir. Hemoroitle beraber makat yırtığı olursa da ciddi makat ağrıları olmaktadır. Hemoroidal hastalığı kendi arasında şu şekilde sınıflayabiliriz:

1.İTERNAL HEMOROİDLER(İÇ HEMOROİDLER)

A. BİRİNCİ DERECE HEMOROİTLER: Bu durumda hasta sadece tuvalette, büyük abdestte değişik derecelerde kanamalar olmaktadır.Kanın rengi açık kırmızı renklidir. Genellikle büyük abdestten sonra damla damla ve az miktarda gelir.

B.İKİNCİ DERECE HEMOROİTLER:Bu durumda kanama ile birlikte tuvalet sırasında dışarı çıkan ve sonra kendiliğinden içeri tekrar giren memeler oluşmaktadır.Aynı zamanda değişik ölçülerde makat kaşıntısı da olabilmektedir.

C.ÜÇÜNCÜ DERECE HEMOROİTLER:Bu durumda yine kanama ve kaşıntıya ek olarak tuvalet sırasında dışarı çıkan, değişik şiddette ağrıya sebep olan, ancak el ile içeri itilebilen, büyük yada küçük memeler dışarı çıkmaktadırlar. Kanama şiddeti fazla olabilir ve çoğu kez fışkırır gibi açık kırmızı renkli kanamalar olmaktadır.Bu hale gelen hastalar eğer ,tedavilerinde gecikmişlerse çoğu kez,gecikme söz konusudur.Bunlarda anemi denilen kansızlık oluşmaktadır.Ve kansızlığa bağlı oluşan:solukluk,halsizlik,nefes darlığı ve nadiren de ileri kan kaybına bağlı olarak kalp yetmezliği bulgu ve belirtileri de olabilmektedir.

D.DÖRDÜNCÜ DERECE HEMOROİTLER:Tuvalet yada sair zamanlarda sürekli dışarıda kalan makat kenarında şekil bozukluklarına neden olan ileri derece hemoroitlerdir. Bu hastalarda, yukarıda sıraladığımız hemoroitlerle ilgili olarak saydığımız tüm şikayetler daha şiddetli olarak bulunmaktadır. Ayrıca hastalarda, sosyal ortamlarda bulunmaktan kaçınmaya varan sıkıntılarda oluşabilmektedir.

Hemoroit hastalarında zaman içerisinde gelişebilen değişik ölçülerde tuvalete gitme korkuları gelişmektedir.Buna bağlı olarak üç gün ile on beş günde tuvalete gitme sıklığı ile de karşılaşabilmekteyiz.

Hastalar genellikle hastalıklarının ilk dönemlerinde durumu ciddiye almakla beraber, utanma sıkılma gibi duygularla hareket ederek gecikmektedirler. Yada kulaktan duyma bilgilerle krem ve fitiller, müshil ilaçları kullanılmaktadırlar. Bir kısım hastada doktora gitmekle beraber, verilen tedavilerden hoşnut kalmadıkları için hekime gitmekten de

vazgeçmektedirler. Ayrıca bu hastalıklarda cerrahi tedavinin, halk arasında kötü bir şöhreti olduğu için, ameliyat öneren hekimlerin, önerilerini de çoğu kere geri çevirmektedirler.

Bu noktada maalesef, ülkemizde çok sık yapılan cerrahi yanlışlıklar halkımızın bu tepkilerinde pek de haksız olmadıklarını, benim şahsi binlerce hastalık tecrübelerim göstermiştir. Yapılan tıbbi yanlışlıkları şu şekilde özetleyebiliriz: Ameliyat kararı çok erken ve zamansız olarak verilmektedir. Ama burada hekimi de suçlamak haksızlık olmaktadır. Çünkü hekimlerimizin çoğu aldıkları eğitim dolayısı ile sadece ameliyatı, tek çözüm olarak görmektedirler. Ama bu gün biliyoruz ki hemoroidal hastaların %95 lerine varan oranlardaki kısmı klasik cerrahi kullanmadan çözülebilmektedir. Kalan %5 hasta gurubuna da minör operatif işlemlerle mükemmel bir tedavi yapılabilmektedir.

Halkımızdaki diğer bir korkuda başarılı geçen bir ameliyattan sonra hastalığın zaman içerisinde tekrar ortaya çıkması, değişik ölçülerde gelişebilen makat işlevindeki problemler ve ameliyat sonu iyileşmenin çok sıkıntılı olması ve çok zaman kaybedilmesi şeklinde özetleyebiliriz. Bu günkü modern tedavi imkanları halka yeterince duyurulabildiği takdirde, endişelerin tamamen ortadan kalkması imkan dahilindedir. Çünkü uyguladığımız tedavi şekli mükemmel yakın bir yöntemdir. Bu gün tedavi nerdeyse dış çekmekten kolay hale gelmiştir. Yalnız bu işlem ülkemizde çok küçük bir hekim grubu tarafından yapılabilmektedir.

INTERNAL HEMORİDLE BİRLİKTE EKSTERNAL KOMPONENTLER:

İnternal hemoroitlerin ilerlemesi ile birlikte zaman içerisinde makat dışında gelişen anatomik şekil bozukluklarıdır. Buda daha çok external (dış) hemoroitlerin Trombozu veya perianal hematom yerlerinde gelişen büyümüş deri kıvrımlarıdır.

DIŞ(EKSTERNAL)HEMORİDLER:

Yukarıda kısaca değindiğimiz dış hemoroitler makat etrafındaki dış hemoroidal damar ağında gelişen hastalık halidir. Çoğu kez makat etrafında herhangi bir zamanda gelişebilen, kendini şiddetli ağrı ile ortaya koyan, ağrılı şişliklerdir. İnternal hemoroitlerin oluşumu ile birtakım farklılıklar gösterir. Fakat, iç hemoroitlerle eş zamanlı olarak ta gelişebilmektedir.



AKUT HEMORİDAL ATAK:

Bu hal hemoroidal hastalığın en ağır formudur. Hastalar çok şiddetli makat ağrısı duymaktadır, makat içinden dışına çıkan ağrılı sert, kanamalı şişlikler oluşmakta ve makatın anatomik görünümü değişik ölçülerde bozulmaktadır.



HEMORİDAL HAST. TEDAVİ:

Hastalığın oluşumunun önlenmesinde kabızlığın yada bozulmuş barsak düzeninin ortadan kaldırılması esastır. Bu işlem daha ilk tuvalet alışkanlıklarının oluşmaya başladığı ilk çocukluk dönemine kadar indirilerek başlatılmalıdır. Çünkü hastalık yıllar süren kabızlık yada barsak düzensizliğini takiben ortaya çıkmaktadır. İnsanlar günde bir yada iki defa rahat bir şekilde dışkılama yapabildiklerinde normal bir barsak düzeni olduğu

söylenbilir. Bunun oluşabilmesi için insanların düzenli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Özellikle sebze ve meyveden zengin, yeterli miktarda sıvı almak şartıyla. Belirli zaman aralıklarında dışkılama yapabilmelidirler. Konumuzla ilgili kabızlık, toplumda sık karşılaştığımız ve bahsettiğimiz makat hastalıklarına yol açan kabızlıktır. Ama bunun dışında bağırsakların yukarı kısımlarında oluşabilen tümoral lezyonlara bağlıda kabızlık yada diğer barsak düzensizlikleri olmaktadır. Bu durumun tespiti zaten hekimin sorumluluğundadır.

1.KONSERVATİF TEDAVİ

- A. Sebze, meyveden ve sıvıdan zengin diyet uygulanmalı
- B. Bölgesel olarak uygulanan merhem yada fitiller

2.SKLEROTERAPİ(ENJEKSİYON TEDAVİSİ)

3.RUBBER BAND LİGASYON

4.CRYOSURGERY

5.İNFRARED FOTOKUAGÜLASYON

6.LORD'UN MAXİMAL ANAL DİLATASYONU

7.ELEKTROSURGİCAL UNİT

8.LASER UYGULAMALARI

9.HEMOROİDEKTOMİ AMELİYATLARI

a. Miligan morgan metodu

b. Ferguson metodu

c. Whitted metodu

d. Stapler hemoroidektomi v.b. tarif edilen değişik cerrahi metotlar bulunmaktadır.

Biz kliniğimizde modern tedavi şekillerini uygulamakta ve bu tedaviyi hastalar için dış çektirmekten kolay hale getirmiş durumdayız. Beş yıllık tecrübemiz bulunmaktadır ve tedaviden sonra hastalığın yenileme ihtimali yok denecek kadar azalmıştır. Problem gelişen hastaların kontrolü için ise dakikalar yetmektedir.

SKİN TAK: hemoroit bahsini tamamlamadan bu kavramı da açıklamak istiyorum.

Çünkü,bu hal hastalar yada konuya çok vakıf olmayan hekimler tarafından sıklıkla, hemoroit kastı ile basur teşhisi konularak, ilgisiz tedaviler tatbik edilmektedir. Skin taklar anal bölgede oluşan değişik büyüklüklerdeki deri kıvrımlarıdır, hastada zaman zaman ağrı fakat daha çok kaşıntıya yol açarlar. Bu durum özel olarak anal fissürlerde (makat yırtıklarında) oluşmakla birlikte, chron hastalığında, pruritis anide görülür. Ama sebep olarak ortaya hiçbir şey koyamadığımız durumlarda olabilmektedir. Bunlar lokal anestezi altında basit bir işlemle çıkartılmalıdır. Yalnız crohn hastalığı yada kan kanserine bağlı gelişen skin taklarda aynı işlemlerden şiddetle kaçınılması gereklidir.

NON SPESİFİK HİPERTROFİK ANAL PAPİLLA

Bu durumda sıklıkla basur teşhisi alabilmektedir. Makatın yaklaşık 2cm iç kısmından gelişen, çoğu kez makat içinde bulunan, bazen de anüsten dışarı doğru sarkan, fibröz poliplerdir. Sarkmış hemoroitler gibi şikayete sebep olduklarından dolayı hastalarda makat kaşıntılarına yol açmaktadırlar. Tedavi prensipleri, skin taktaki gibidir.

Perianal kondüloma

Kondilom nedir ?

Kondilom human papilloma virüs adlı virüs adlı virüsün neden olduğu bir hastalıktır.

Kendiliğinden çok nadiren iyileşen bu hastalık uzun süre tedavi edilmediğinde kansere dönüşebilir

Görülme sıklığı hızla artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel ilişki ile geçen hastalıklar arasında üçüncü sıradadır

En sık yerleştiği bölgelerden biri makat çevresidir. Penis, vagen, idrar yolları ve kalın barsağın alt kısımlarında da yerleşebilir.Tek bir bölgede olabileceği gibi bazen vücutta birden fazla bölgede de görünebilir

Kimler risk altındadır ?

Hastalık normal sağlıklı bireylerde de görülebilirse de hastalık;

1. Homoseksüel erkekler,
2. Bağışıklık sistemi bozuk kişiler,
3. HIV + kişiler,
4. Böbrek nakli yapılanlar da daha sık görülür

Belirtileri nelerdir ?

1. Çoğu hastanın belirtilen bölgelerde ele gelen veya görünen karnıbahara benzer kabarıklıklar dışında yakınması yoktur. Bazı hastalar hemoroidal hastalığı olduğunu sanarak ile uzun bir süre doktora başvurmamaktadır,

2. Bazı hastalarda makatta kaşıntı, kanama veya ağrı,

3. Bazı hastalarda makat çevresinde ıslaklık veya kaşıntı

Tedavi?

1. Nüks (tekrarlama) olasılığı yüksek bir hastalık olduğu için hastalar tedavi sonrası mutlaka takip edilmelidir,

2. Vücudun başka yerlerinde de olup olmadığı araştırılmalı ve varsa tüm lezyonlar mutlaka tedavi edilmelidir,

3. Cinsel partner de bu hastalığın varlığı açısından araştırılmalıdır,

4. Tedavi süresince cinsel ilişki yasaklanmalıdır

1. İlaçla tedavi :

Kostik maddeler (podofilin, nitrik asit, biklorasetik asit ...gibi),

İmmunoterapi ve antineoplastik ilaçları,

İnterferon tedavisi.

2. Elektrokoagulasyon: Lezyonların yakılması işlemidir. Özellikle makatın içinde yerleşen küçük lezyonlarda etkili olur. Böyle hastalarda tek bir seansta tüm problem halledilir. Anestezi altında yapılır. Hastalık çok yaygın ise makatta darlık veya dışkı kaçırma gibi problemler gelişebileceği için tercih edilmez.

3. Cryoterapi: Lezyonların dondurulması işlemidir. Anestezi gerektiren pahalı bir tedavi yöntemi olup diğer tedavi yöntemlerine bir üstünlüğü yoktur. Hastaların yaklaşık dörtte birinde hastalık tekrarlar.

4. Lazer ile tedavi: Yaygın lezyonlarda da kullanılabilen pahalı ve diğer lezyonlara belirgin bir üstünlüğü olmayan bir yöntemdir.

5. Ameliyat ile ıkartma: Nüks olasılığı olmasına rağmen özellikle yaygın hastalıkta en iyi tedavi yöntemidir. Anestezi altında yapılan bu işlemin en önemli avantajı çıkarılan parçaların patolojiye gönderilme şansı olmasıdır.

PELVİK TABAN HASTALIKLARI

Pelvik taban hastalıkları, anatomik olarak aynı lokasyonda yoğunlaşmalarına karşın, etyolojileri iyi anlaşılamamış geniş bir fonksiyonel hastalık spektrumunu kapsamaktadır. Bu spektrum içinde; konstipasyon ile karakterli defekasyon bozuklukları, ağrı sendromları (r. proktalgia fugaks) ve pelvik herniler - rektosel gibi anatomik bozukluklar mevcuttur (Tablo 1). Bütün bu hastalık gruplarından daha karmaşık bir etyopatogeneze sahip olan fekal inkontinens de pelvik tabanda yer alan nöromuskuler komponentler ile ilgili olduğu için genellikle bu spektruma dahil edilir.

Pelvik taban hastalıklarının ortak özellikleri; hastalar tarafından genellikle "ok özel"

kabul edilen ve kolay ifade edilemeyen semptomları olması, çoğunun halen iyi tanımlanamamış etyopatogenezlere sahip olmaları, kesin tanı için anal manometri, sinedefekografi gibi sofistike tanısal testlere gereksinim olması ve konuyla ilgili tanısal tedavi edici gelişmelere karşın tedavilerinin belli oranlarda başarısız olabilmesi ya da mümkün olmamasıdır. Pelvik taban hastalıklarının cerrahi pratiğe yansiyandan çok daha yüksek bir insidansa sahip olması nedeniyle, bu hastalık grubunun iyi anlaşılması ve doğru tanı ile hastaların uzman merkezlere yönlendirilebilmeleri amacıyla konunun ana hatları bu bölümde irdelenmiştir.

PELVİK TABAN FİZYOANATOMİSİ

Pelvik taban, aşağıya doğru daralan kemik pelvis kaudalinde, pelvis ile perineum'u birbirinden ayıran ve kas-kiriş tabakalarından oluşan bir diaframdır. Pelvik diafram olarak da adlandırılan bu tabakayı, çizgili kas yapısında levator ani kas kompleksi meydana getirir. Diğer bir ifadeyle, levator ani kasları yukarıdan aşağıya ve mediale doğru huni şeklinde oblik

Tablo I. Pelvik taban hastalıkları kapsamındaki patolojik entiteler

Anorektal obstrüksiyon tipi konstipasyon (outlet obstruction constipation)

Levator sendromu, proktalgia fugaks, koksigidini (coccygodynia)

Pelvik taban hernileri, Rektosel

Rektal prolapsus

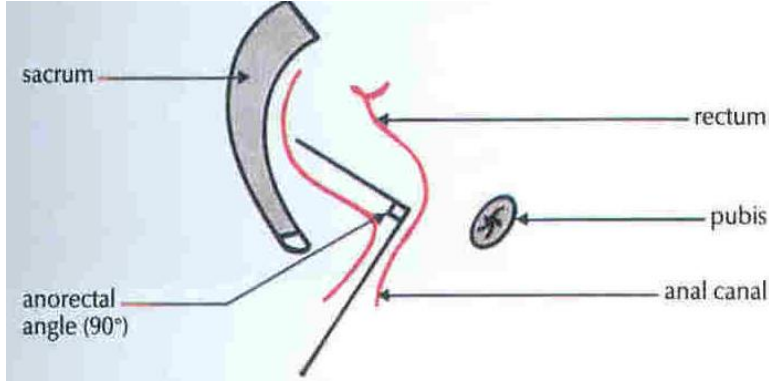
Soliter rektal ulser sendromu

Fekal inkontinens

bir seyirle ischium pubis, pubic rami, symphysis pubis ve sacrum-coccyx tarafından çevrelenen pelvik çıkışı yanlardan ve alttan sararlar. Bu diafram yapısı içinde, orta hatta ürogenital ve anorektal hiatuslar yer alır. Pelvik taban, anatomik sınır oluşturan bir diafram yapısı ötesinde anorektal fizyolojiye aktif olarak katkıda bulunan dinamik bir yapıdır.

Pelvik tabanın majör komponentleri; pubokoksigeus ve iliokoksigeus kaslarıdır. Daha posteriorde lokalize koksigeus kası da bazen bu kompleks dahilinde kabul edilir. Puborektalis kası, hem levator kompleksi hem de eksternal anal sfinkter kompleksine katılır ve bir geçiş aşamasını oluşturur. İnférieur pubik ramustan başlayan lifler anorektumun posteriorundan dolar ve U-şeklinde bir askı oluşturur (puborectali sling). Çizgili kas histolojisinde olmasına karşın tonik kontraksiyona sahip olan bu kas, internal ve eksternal anal sfinkterlerin üst sınırlarıyla birlikte anorektal halka'yı (anorectal ring) oluşturur ve anal kanalı rektumdan ayırır. Puborektalis kasının tonik kontraksiyonu, anal kanal ile rektum arasındaki dar açığı (anorektal açığı) yaratır (Figür I).

Pelvik diafram dahilinde olmamakla birlikte, pelvik taban fizyolojisi ve özellikle de

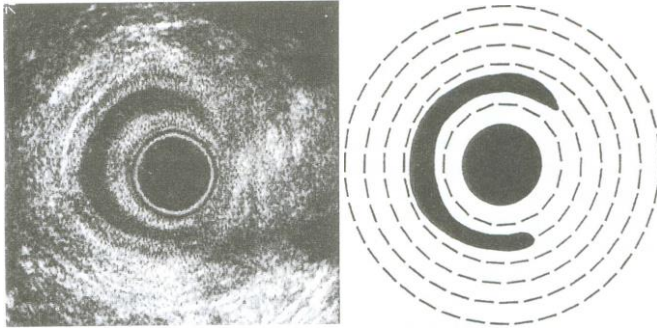


Figür I. Anorektal açısı

anorektal fizyoloji kapsamında çok önemli bir unsur eksternal anal sfinkter (EAS) kompleksidir. Puborektalis kası ile entegre olan derin, yüzeysel ve subkutanöz komponentleri halinde ayrılmasına karşın cerrahi disseksiyonda ve fonksiyonel olarak bir bütün halindedir. Derin tabakanın arkada koksikse, yüzeysel ve subkutanöz tabakaların da önde perineye tendinöz uzantıları da doğrulanamamıştır. Tek tendinöz yapışma konformasyonu, puborektalisin inferior pubik ramusa uzantısıdır. EAS somatik orijinlidir, ancak tonik kontraksiyona sahiptir. Anorektal fizyoloji kapsamında değinilmesi zorunlu diğer bir kas yapısı da internal anal sfinkter (İAS) dir. Visseral orijinli bu kas tabakası, kolorektumun sirküler kas tabakasının bir devamı özelliğindedir ve anal kanal etrafında 2-3 mm'lik bir kalınlığa ulaşır. İAS, otonomik innervasyona ve tonik kontraksiyona sahiptir. Anal kanal dinlenme basıncının %90'ı İAS'in tonik kontraksiyonu ile sağlanır. Pelvik taban kaslarının anatomik değerlendirilmelerinin en çağdaş ve ayrıntılı yöntemi transanal ultrasonografi'dir.

Anorektumun lumbal 1, 2, 3 sempatik ve sakral 2, 3, 4, parasempatik (nervi errigentes) kaynaklı ve presakral sinir aracılıklı otonomik innervasyonu dışında, pelvik taban kaslarının ve anal sfinkterlerin somatik innervasyonu önemlidir. Sakral 3, 4 düzeyinden direkt olarak çıkan somatik lifler, iliokoksigeus ve iskiokoksigeus kasları arasından geçerek levator ani kaslarına motor ve perianal bölgeye duyuşal lifler iletirler. Yine sakral 2, 4 kaynaklı pudendal sinir, iskiokoksigeus ve piriformis kasları arasından önce pelvis dışına çıktıktan sonra gluteal bölgeden bir seyirle Alcock kanalı içinden tekrar levator kompleksi içine yönelir (bu nedenle anorektumun cerrahi disseksiyonu sırasında, otonomik sinirlerin tersine zarar görmez). İnförior rektal sinir, perineal sinir ve penis ya da klitoris dorsal siniri adlarıyla anılan dalları; EAS ve levator ani'ye motor, anal kanal, perianal bölge, penis veya klitorise de duyuşal lifler iletirler.

Kısaca tanımlanan bu nöromuskuler yapı doğrultusunda, anorektumun ve pelvik tabanın son derece iyi gelişmiş ve koordine duyuşları, basınç zonları ve rölatif arkları mevcuttur.



Figür II. Transanal endoskopik US.

Rektumun yalnız otonomik innervasyonu olması nedeniyle relativ duyarsızlığına karşın, pelvik taban kasları rektal ampullaya ulaşan 1 cc su ya da 10 cc havayı dahi algılama yeteneğindedir. Yine anal kanal, pudental sinir aracılıklı serbest ve organize sinir uçları (Golgi-Mazzoni cisimcikleri, Pacinian korpüskülleri, vs) ile ağrı, sıcaklık, dokunma ve basınç değişikliklerine son derece duyarlıdır. Bu duyular, pudental sinir afferentleri ile spinal medulla ve kortekse iletilir. Defekasyon (dışkılama) eylemi de, bu nöromuskuler kompleksin kısmen refleks kısmen de istemli bir aktivitesidir. Rektuma fekal bolusun geçmesiyle İAS refleks olarak gevşer (rektoanal inhibitör refleks) ve fekal bolus anal kanal ile temas eder. Anal kanal böylece fekal bolusun mevcudiyetini hisseder ve yapısını (gaz, sıvı, katı feces, vs) ayırıştırır (ömekleme tepkisi). İAS'ın refleks olarak gevşemesi esnasında EAS de refleks olarak daha da kasılır ve kontinens (dışkılamanın engellenmesi) sağlanır. Bu aşamada defekasyon istenmiyorsa İAS de yavaş yavaş tonik kontraksiyonuna döner (uyum tepkisi) ve fekal bolus kişi tarafından algılanmakla birlikte rektum içinde muhafaza edilir. Bu uyumu zorlayacak hız ya da miktarda fekal bolus mevcudiyeti ya da birikmesi ve kişinin istemli olarak defekasyona yönelmesi halinde ise dışkılama eylemi gerçekleşir. Büyük fekal bolus mevcudiyetinde İAS zaten gevşeme halindedir.

Puborektalis kası istemli olarak gevşetilir ve anorektal açığı genişletilerek fekal bolusun distale geçişine izin verilir. Valsalva manevrası ile karın içi basıncının da artırılması ile EAS basıncı yenilir ve fekal bolus anüsten dışarı çıkar.

TANISAL TESTLER

Transanal Ultrasonografi: 1980'li yılların sonunda, rektal tümörlerin endoskopik ultrasound taraması çalışmaları sırasında ve özellikle ince ve sert endoultrasound problemlerinin kullanıldığı vakalarda sfinkterlerin mükemmel görüntülenebildiği dikkati çekmiştir. Zamanla daha da geliştirilen bu ultrasound problemleri ile ve 7.5-10 mHz frekanslarda, anorektumun duvar tabakaları ve komşu kas/sfinkter yapılarının ayrıntılı görüntülenmesi mümkün olmuştur. Komputerize tomografi ve nükleer magnetik rezonans gibi tekniklerin dahi anorektumun duvar tabakaları ve etrafı kas yapılarını ayırıştıramadığı günümüz teknolojisinde, anorektal bölgenin anatomik olarak en ayrıntılı ve gelişmiş inceleme yöntemi transanal endoskopik ultrasound incelemesidir (Figür II).

Anorektal fizyolojik testler - anorektal manometri: Transanal ultrasound ile anatomik incelemenin yanısıra, yukarıda tanımlanan fizyolojik olguların da kantitatif duyu ve basınç ölçümleriyle irdelenmesi önemlidir. Bu amaçla, 0.5 mm aralıklarla basınç ileticileri içeren özel kateterler (su perfüzyonlu sistem ya da balonlu basınç ileticileri) ile anal kanal (ve aşağı rektum) basınçları çeşitli koşul ve manevralarla komputerize olarak incelenir ve kaydedilir. Bu kateterlerin en ucuna ilave edilen ve hava ile şişirilebilen balonlar yardımıyla, defekasyon ile ilgili duyu ve sfinkter yanıtları da irdelenir. Bu sistemle irdelenen parametreler (örneğin; dinlenme basıncı → normal 40 mm Hg, kontraksiyon basıncı → 80 mm Hg, rektoanal inhibitör refleks → 10-30 cc balon hacmi ile), pelvik taban hastalıklarının fonksiyonel yönünü tanımlar ve ayırıcı tanısını sağlar. Pelvik taban hastalıklarında saptanan tipik fizyolojik anormal parametrelerden, aşağıda bu hastalıkların tanımlandığı bölümlerde bahsedilmiştir.

Fizyolojik testler kapsamında yer alan diğer testler, EAS elektromyografi (EMG) ve pudental sinir terminal motor latency (bekleme süresi) - PNTML'dir. Pelvik taban kaslarının tonik aktivitesi, uygun elektrodlarla kaydedilebilen devamlı bir elektrik aktivite oluşturur. Bu elektrik aktivitenin konvansiyonel EMG teknolojisi kullanılarak değerlendirilmesi mümkündür. EMG çalışmalarının yorum farklılıklarına açık olması ve gluteal ya da adduktor kaslar gibi komşu kasların elektrik aktivitelerinden etkilenmesi gibi zayıf noktaları olmasına karşın, özellikle tek lifli iğne (singlefiber needle) EMG ile kantitatif olarak kas liflerinin densitesi ölçülerek yoruma gidilebilir. EAS'ın EMG'de kas lifi densitesi, 60 yaşın üzerindeki şahıslarda ve fekal inkontinente artar ve kollateral reinnervasyona işaret eder. PNTML ise pudental sinir integritesini gösteren son derece önemli ve duyarlı bir testtir. Elektrik stimülatör ve alıcı içeren bir parmak elektrodu ile, rektal yolla pudental sinire stimulus verilir ve EAS kasılması kaydedilir. Stimulus verilmesiyle EAS kasılması arasında geçen süre (terminal latency) normalde 2.0 ms'dir. Pudental sinir harabiyetinde bu süre tipik olarak artar. Bütün bu ölçümlerin sonunda balon ile defekasyon simulasyonu (baloon pseudodefecation) uygulanır.

Kateter ucundaki balon yine rektum içine yerleştirilir ve şişirildikten sonra hastanın ıkınarak bunu çıkarması istenir. Normalde 40 cc hava ile şişirilmiş balonun ıkınmakla çıkarılabilmesi gerekir. Aşağıda bahsedilen anorektal çıkış obstrüksiyonu vakalarında bu manevra hasta tarafından gerçekleştirilemez.

Sinedefakografi: Defekasyon mekanizmasının dinamik radyolojik incelemesidir. Rektumun retrograd baryum ile doldurulmasından sonra, hasta radyolüsent bir klozete oturtulur ve defekasyon işlemi skopik olarak kaydedilir. Anal kanalın boyu, anorektal açı ve defekasyon sırasında genişlemesi gibi yukarıda bahsedilen unsurların incelenmesi dışında, rektal prolapsus, enterosel, rektosel gibi anatomik defektler de tanımlanır. Sinedefakografi, rektal mukozal yüzeyin ya da lümenin değerlendirilmesi için uygulanmaz.

ANOREKTAL OBSTRÜKSİYON TİPİ

KONSTİPASYON

Pelvik taban disfonksiyonuna bağlı konstipasyon; rektosel, rektal prolapsus gibi patolojilere sekonder olabilmesi dışında defekasyon sırasında pelvik tabanın gevşememesi nedeniyle de olabilir. Bu hastalar, yıllardan beri süren uzun ve başarısız defekasyon girişimleri şikayetiyle başvururlar. Çok az bir dışkı çıkarabilmek için dahi dakikalar hatta saatlerce tuvalette oturmak zorunda olduklarını ifade ederler. Laksatif kullanımının başansızlığına karşın, lavmanlarla kısmi bir rahatlık sağlamaları tipiktir. Fizik muayenede nispeten düzleşmiş bir perine ve digital rektal muayenede ıkınmakla anal sfinkterlerin ve pelvik taban kaslarının gevşemediği gözlenir. Anorektal fizyolojik çalışmalarda; defekasyon simulasyonu sırasında puborektalis ve EAS relaksasyonunun gerçekleşmediği saptanır (balon pseudodefekasyon gerçekleşmez) ve EMG bulguları ile teyid edilir. Sinedefakografide; yine defekasyon girişiminde puborektalis gevşemesinin olmadığı ve anorektal açının genişlemediği gözlenir. Sinedefakografi aynı zamanda rektal prolapsus ve rektosel gibi hastalıklarla ayırıcı tanıyı da sağlar. Bu hasta grubunda koinsidental yavaş geçiş zamanlı konstipasyon da mevcut olabileceği için baryumlu kolon grafisi, kolon geçişi çalışmaları ve serum kalsiyum, parathormon ve tiroid hormon düzeylerinin tayini önerilir.

Ayırıcı tanının bu şekilde sağlanması sonrasında, ilk aşamada konservatif tedavinin denenmesi gerekir. Geçmişte, puborektalis kasının kesilmesi veya anorektal myektomi gibi cerrahi girişimlerin yüksek komplikasyon oranıyla uzun dönemde başarısız olduğu görülmüştür. Her gün veya günde bir kez ılık su lavmanları ve posalı diyet ile hastaların kolay ve düzenli defekasyon alışkanlığına yönlendirilmeleri mümkündür. Bu yöntemin başarılı olmaması durumunda "biofeedback" tedavisinin denenmesi gerekir. Bu yöntemde anorektal fizyolojik çalışma düzeneği kurulur ve ıkınma sırasında puborektalis kasının paradoks kasılması görsel olarak veya sesle hastaya bildirilerek hastanın pelvik taban kaslarını eğitmesi sağlanır. Sofistike ve uzun bir tedavi yöntemi olması ve belli bir entellektüel düzey gerektirmesine karşın, yaklaşık bir saatlik 9-10 seansta %90 başarı oranı bildirilmiştir.

LEVATOR SENDROMU, PROKTALGİA FUGAKS, KOKSİGODİNİ

Bu anorektal sendromlar, anorektal hastalıklarla ilgilenen hekimleri en çok uğraştıran vakalardır.

Levator sendromunda; oturmakla artan ve ayağa kalkınca azalan anorektal künt ağrı, hastalar tarafından "bir topun üzerinde oturmak" şeklinde de tanımlanır. Daha sıklıkla kadınlarda ve özellikle aşırı duyarlı ve anksiyöz kişilerde görülen bu ağrı, digital rektal muayene ve araba kullanmakla provoke olur. Rektal muayenede, özellikle sol tarafta 'kordon gibi' levator spazmı saptanabilir. Hastalığın idiyopatik bir levator spazmı olduğu düşünülmektedir ve anorektal ağrıya neden olabilecek diğer hastalıklar ekarte edilerek tanıya varılması gerekir. Tedavisinde; hastalar öncelikle kötü huylu bir hastalığın mevcut olmadığına inandırılır ve sıcak oturma banyoları ve diazepam gibi kas gevşetici - trankilizan ajanlar düşük dozda önerilir. Daha ciddi ve inatçı vakalarda ise elektrogalvanik stimülasyon (EGS) önerilmektedir. Özel bir rektal prob aracılığıyla ve yüksek voltaj - düşük frekans elektrik osilasyon ile levator kasında fasikülasyon ve yorulma sağlanarak spazm döngüsü kırılmaya çalışılır. Günaşırı üç seansta %90 başarı sağlandığı bildirilmektedir. Bu yöntemlede başarısız

olunması durumunda genel anestezi altında levator masajı ya da levator kasına steroid enjeksiyonları önerilmiştir.

Levator sendromunun diğer bir varyantı proktalgia fugaks'tır. Bu varyantın ağrısı tipik olarak ani başlangıçlıdır ve genellikle geceleri hastayı uyandırarak başlar. Kramp tarzında, çakıcı ya da yakıcı karakterde olabilen anorektal ağrı, masaj, defekasyon ve sıcak banyo ile azalır. Levator sendromu ile aynı patogeneze sahip olduğu düşünülmektedir ve tedavi yaklaşımı da aynıdır.

Koksodini; koksiks (kuyruk sokumu) bölgesinde ağrı ve spazm ile karakterli bir fonksiyonel hastalıktır. Et yol oj isi bilinmemektedir ve levator spazmı ile ilgisi yoktur. Travma ve başkaca organik kemik hastalıklarının ekarte edilmesiyle tanıya varılır. Hastaların hemen tümü depresif hastalardır ve antidepresan kullanımıyla vakaların çoğunda ağrı kaybolur. Bu dönemde hastalar, analjezikler ve sıcak uygulama ile desteklenebilir.

PELYİK TABAN HERNİLERİ, REKTOSEL

Pelvik tabanın gerçek herniasyonları oldukça nadirdir. Pelvik herniler, yaşlılık, mükerrer gebelikler ve kronik konstipasyon gibi pelvik tabanın zayıfladığı ve zorlandığı koşullarda daha sık gelişir. Anterior ve posterior tipte olabilirler. Anterior pelvik herniasyon yalnızca kadınlarda olur ve ürogenital üçgen içine doğru gelişir. Posterior herniler ise levator ani kasları arasındaki ya da komşuluğundaki nispeten zayıf noktalardan gelişir (suprapiriformis, subpiriformis, subspinöz, obturator herniler). Erkeklerde, mesane ve rektum arası mesafeye doğru da herniasyon gelişmesi olasıdır.

Pelvik hernilerin tanısı son derece zor olabilir. Pelviste künt, oyucu ağrı, herninin rektum ya da mesane boynuna basısıyla defekasyonveya miksiyon zorluğu, bazen inkontinens, perine veya kalça bölgesinde kitle gibi şikayetler gelişebilir. Bu tür bir herni kitlesinin palpe edilemediği vakalarda proktoskopik inceleme dahil fizik muayene bulguları tümüyle normal olabilir. Pelvik herni ön tanısı olan hastalarda, hastalığın ayrıntıları ile tanınmasının tek yöntemi defekografidir. Tedavi, kas planındaki defektin cerrahi olarak onarılmasıdır ve genellikle transabdominal yol tercih edilir. Bu tür herni onarımları, oldukça major girişimlerdir ve rektumun levator düzeyine kadar mobilizasyonu gerekebilir. Küçük defektler primer olarak, daha büyük defektler ise grafit ile onarılırlar.

Rektosel, rektum ön duvarının vagina arka duvarına doğru fıtıklaşmasıdır ve aşağı, orta ya da yüksek tipleri tanımlanmıştır. Aşağı rektosel, doğum travmasıyla ve EAS'de anterior defektlerle birlikte olur. Defektin büyük olması ve fekal inkontinense sebep olması durumunda anterior sfinkter onarımı ile cerrahi tedavisi gerçekleştirilir. Daha yukarı düzeyde rektoselin tanısı ise daha zordur. Rektovaginal septumun zayıflaması doğrultusunda vaginaya doğru fıtıklaşan rektum, çıkış tipi obstrüksiyon (bk. obstrüksiyon tipi konstipasyon), anal ağrı, inkontinens ya da kanamaya neden olabilir. Defekasyon girişiminde öne doğru fıtıklaşan rektumun tam boşalması mümkün olmaz ve hastalar ancak parmaklarıyla vagina arka duvarına baskı uygulamak tarzında bir manevrayla boşalmayı sağlarlar. Tanı si-nedefekografi ile konur. İlk aşamada, posalı diet ve sıvı alımının artırılması ile denenen konservatif tedavi genellikle başarılıdır. Bu yaklaşımın başarısız olduğu vakalarda, transvaginal veya transrektal yaklaşımla rektovaginal septum onarımı gerçekleştirilir.

REKTAL PROLAPSUS

Rektum duvarının bir kısmı ya da tüm çevresiyle, defekasyon sırasında anüsden dışarı doğru çıkması (protrüzyonu) anlamındadır. 3 yaşın altında çocuklarda da mukozal prolapsus şeklinde raslanabilmekle birlikte, tipik olarak ileri yaşta erişkinlerde, daha sıklıkla kadınlarda ve özellikle çok sayıda doğum ve/veya kronik konstipasyon nedeniyle pelvik tabanın zayıfladığı kişilerde görülür. Prolapsus; mukozal prolapsus veya rektumun çepeçevre ve tüm tabakalarıyla intususepsiyonu (proci-dentia) şeklinde olabilir.

Etyoloji ve klinik: Hastalığın etyolojisi konusunda halen tam bir fikir birliği yoktur. 1900'lü yılların başlarında, olgunun bir tür sliding herni olduğuna inanılmaktaydı. 1970'lerden sonra yapılan çalışmalarda iki grup görüş ortaya çıkmıştır. Bir görüşe göre, rektumun asıcı ve destek dokularındaki zafiyet doğrultusunda rektum ıknmakla promontoryum düzeyinden başlayarak intususepsiyona maruz kalmaktadır. Diğer görüşte ise, pelvik taban kaslarının

zafiyeti nedeniyle distalden başlayan ve giderek ilerleyen bir prolapsus söz konusudur. Sinedefekografik ve anorektal fizyolojik çalışmalar sonucu, her iki teorinin de birlikte etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastalar, bele vuran rektal ağrı, rektumun dışarı çıkması ve değişik derecelerde fekal inkontinens şikayetleri ile başvururlar. Olayın ilerlemesi ile, protrude olan rektal segmentin mukozasında erozyon, ülserasyon ve kanama gelişebilir. Nadiren, bu segmentin kanlanmasının bozulması ile iskemi ve hatta gangren olabilir. Fizik muayene de EAS ve pelvik taban kaslarının fonksiyonel zayıflığı saptanabilir. İkinmakla prolapsusun belirginleşmediği çoğu vakada hastanın defekasyon sırasında gözlenmesi zorunludur. Proktoskopide, internal hemoroidal yastıkların normal lokasyonlarında görülemediği ve bu bölgenin normalin tersine soluk ve basık olduğu tespit edilir. Hastanın genellikle inkontinent olması nedeniyle her zaman yapılamamakla birlikte, sinedefekografide rektal intususepsiyon mükemmel demonstre edilebilir.

Tedavi: Yalnız mukozal prolapsus saptanan vakalarda, önce konservatif tedavi denir. Hastaya posalı di et önerilir ve pelvik taban egzersizleri öğretilip yaptırılır. Bazı fekal inkontinens vakalarında da uygulanan bu egzersizde, hastanın düzenli sayı ve aralıklarla EAS kontraksiyonu yapması ve pelvik tabanı güçlendirmesi sağlanmaya çalışılır. Başarısızlık ya da yetersiz olması durumunda, injeksiyon skleroterapi veya lastik band ligasyonu ile mukozanın kas tabakasına skarlaşarak yapışması sağlanmaya çalışılır. Son olarak, birkaç kadrandan cerrahi olarak mukoza eksizyonu yapılır. Mukozal prolapsus'lu hastaların bir kısmı, bütün bu girişimlere karşın uzun vadede tam bir rektal prolapsus geliştirebilirler.

Rektal prolapsus için onlarca operasyon yöntemi uygulanmış ve bildirilmiştir. Bunlar içinde günümüzde en yaygın kabul gören yöntem, rektumun normalde de kavisi üzerine yerleştiği sakral çukura sabitlenmesidir (rektopeksi). Böylelikle, rektumun ıkinmakla distale doğru prolapsusunun önleneyeceği düşünülmüş ve gerçekten de yüksek başarı elde edilmiştir. Laparotomi ya da laparoskopi ile ve serbestleştirilen rektuma önden (Ripstein) ya da arkadan (Notaras - posterior rektopeksi) dikilen bir greft, sakruma da fikse edilerek operasyon gerçekleştirilir. Greftin rektum ön duvarına dikilerek rektumun tümüyle çevrildiği vakalarda %40'a varan oranlarda obstrüksiyon bulgularının geliştiğinin saptanması nedeniyle, posterior rektopeksi daha yaygın olarak başvurulan yöntemdir. Bu hastalara postoperatif dönemde pelvik taban egzersizlerinin de yaptırılmasıyla vakaların büyük kısmında fekal inkontinens düzelir. Laparotomi ve laparoskopi kontrindikasyonu olan hastalarda, mukozal stripping + rektum duvarının plikasyonu (Delorme prosedürü) ya da anorektal bileşkenin mesh ya da tel ile sirkülajı (Thiersch prosedürü) uygulanabilir. Ayrıntılarına girmeyeceğimiz bu perineal yaklaşımların başarı oranları düşüktür.

SOLİTER REKTAL ÜLSER SENDROMU

Rektal prolapsus vakalarına bazen eşlik eden ve az rastlanan bir entitedir. Lamina propria'da fibrotik obliterasyon zemininde ülserasyon, eritem veya polipoid kitle tarzında özel bir histolojik yapısı olan bu lezyon, rektoskopide genellikle anal kenarın yaklaşık 8 cm proksimalinde ve rektum ön duvarında lokalize 1-3 cm bir ülser görünümündedir. Defekasyonla provoke şiddetli ağrı, mukuslu ve kanlı dışkılama semptomlarına neden olur. Crohn hastalığı, proktitis ve rektal kanserler ile karıştırılabilir ve ayırıcı tanı, biopsi ile sağlanır. Klinik olarak çok belirgin olmasa dahi, defekogram ile saptanacak internal prolapsusun cerrahi tedavisi ile ülser gerileyebilir. Bunun dışındaki tedavi girişimleri genellikle başarısızdır.

FEKAL İNKONTİNENS

Tanım ve epidemiyoloji. Son bir ay içerisinde iki defadan fazla olmak kaydıyla uygunsuz yer ve zamanda istem dışı gaita çıkarılması şeklinde tanımlanır. Genellikle üriner inkontinens ile birlikte dir. Yaşlılarda % 1-10, huzurevlerinde kalanlarda % 10-60'a varan oranlar bildirilmiştir. Minor fekal inkontinens, gaz ya da şekilsiz gaita kaçırılması anlamındadır ve daha kolay tedavi edilebilen bir tablodur. Major inkontinens ise şekilli gaitanın tutulamaması söz konusudur ve pelvik taban kaslarında ciddi anatomik ve/veya innervasyon defektinin sonucudur. Kanada'da yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre, inkontinensi olan bir kişinin

bu olaya bağlı senelik ek masrafı \$10 000 civarındadır. İşgücü kaybı, diare ön tanısıyla yapılan tetkik ve tedaviler, inkontinense ikincil gelişen üriner inreksiyonların ve perianal cilt lezyonlarının tedavisi, psikiatrik konsültasyon gibi unsurlar böyle bir rakamı oluşturmaktadır.

Etyoloji ve patofizyoloji. Fekal inkontinens etyolojisinde yer alan unsurlar; idiopatik, travmatik, nörolojik ve kongenital gruplar olarak irdelenir.

İdiopatik inkontinens, pudendal ve sakral sinirlerde oluşan gerilme tipi hasar sonucu pelvik taban kaslarının denervasyonu sonucu gelişir (bu olgunun yakın zamana kadar iyi tanınıp tanımlanamamış olması nedeniyle atfedilen "idiopatik" terimi halen kullanılmaktadır). Periferal bir sinirin, orijinal uzunluğunun %12'sinden fazla gerilip uzaması halinde gerilme tipi hasar (stretch injury) geliştiği saptanmıştır. Uzamış vaginal doğumlar, anismus ve kronik konstipasyonda pudendal sinirin % 20'ye varan oranda gerilip uzadığı bilinmektedir. Dolayısıyla, bu hasta grubunda gross anatomik bir kas veya sinir defekti olmamasına karşın, pudendal sinirdeki fonksiyonel hasar sonucu fekal inkontinens gelişebilir. Kadınlarda daha sık rastlanır, ancak ileri yaş erkeklerde de fekal inkontinensden birinci sırada sorumlu mekanizmadır. Tanısal çalışmalarda; anal ultrasound'da EAS ve İAS anatomik olarak normal görünümündedir. Anorektal fizyolojik çalışmalarda; anal dinlenme basıncı ve özellikle sıkma basıncı azalmıştır. PNMTL tipik olarak uzamış bulunur (bkz. anorektal fizyolojik testler). Anorektal duyduda da anormal değerler olabilir.

Travmatik inkontinens, pelvik taban kaslarına aksidental ya da iatrojenik travmalara bağlıdır ve kadınlarda en sık raslanan tiptir. Özellikle forseps kullanılan zor doğumlarda ya da yanlış uzatılan epizyotomiler sonucu anal kanal ön duvarında EAS ve İAS'de anatomik defektler gelişebilir. İatrojenik travmalar dahilinde; manuel anal dilatasyon, anal fissürün cerrahi tedavisinde uygulanan sfinkterotomi veya hemoroidektominin yanlış teknikle yapılması, ve kompleks anorektal fistül cerrahisinde oluşabilen sfinkter defektleri sayılabilir. Rektum içi yabancı cisimler ve anormal cinsel eylemler de etiolojide bildirilmiştir. Anal US ile İAS ve EAS defektleri tanımlanır. Anorektal fizyolojik testlerde; İAS veya EAS'de defekt olmasına bağlı olarak dinlenme ve/veya squeeze basınç değerleri azalmıştır. PNMTL genellikle normaldir. Doğum eylemi sonrası gelişen travmatik inkontinense pudendal sinirde gerilme hasarı da eşlik edebilir ve miks tip inkontinens tablosu ortaya çıkabilir (kombine idiopatik-travmatik fekal inkontinens).

Kongenital nedenlere ikincil inkontinens, erişkin anorektal cerrahi pratiğinde nispeten az raslanan vakalardır. İmperforate anus, aganglionik megakolon, spina bifida, myelomeningosel, meningosel gibi kongenital malformasyonlar sıklıkla fekal inkontinense sebep olurlar. İmperforate anus mevcudiyetinde perineal yaklaşımla oluşturulan yapay anus, doğal sfinkter mekanizmasından yoksundur ve zamanla kısmi bir adaptasyona karşın hastalar genellikle inkontinenttirler (bkz. fekal inkontinensde tedavi).

Nörolojik inkontinens (ya da nörolojik nedenlere ikincil fekal inkontinens), lokal, spinal veya serebral düzeyde nörolojik nedenlere bağlı olabilir. Lokal nörolojik nedenler içerisinde; laksatifler, fenotiazin ve antikolinergik ajanların uzun süreli kullanılmaları sonucu myenterik pleksusta toksik harabiyet gelişmesi sayılabilir. Bu toksik harabiyet, gevşek bir sfinkter ve anormal anorektal refleksler ile inkontinense yol açar. Spinal kordda aşağı seviyede yaralanmalar, aşağı motor tip lezyon tablosu ile karakterli bir tabloda anorektumun somatik afferent ve efferent yollarını bloke eder ve boşalma otonom ve tam inkontinent şekilde gerçekleşir. Pelvik yaralanmalar ve pelvisin metastatik tutulumlarında da benzer bir tablo ortaya çıkabilir. Spinal kordun suprasakral lezyonlarında ise (yukarı motor tip lezyon), refleks kolon oluşur ve duyu yokluğuna karşın refleks ve tam bir boşalma gerçekleşir. Demans ve serabrovasküler olaylarda, duyuların tam olmasına karşın rektal doluluk bilinçli olarak algılanmaz ve yanıtlanmaz. Tipik olarak, yemek sonrası gastrokolik refleks etkisiyle inkontinens ortaya çıkar.

Diabetli hasta grubunda, otonom nöropati ve İAS basıncının düşüklüğü nedeniyle inkontinens görülebilir. Genellikle yaşlılarda hareketsizlik, sağlıksız diet alışkanlıkları ve yetersiz hidrasyon gibi nedenlerle gelişebilen fecal impaction, rektal distansiyon ile sürekli bir İAS gevşemesine ve inkontinense sebep olabilir.

Fekal inkontinens patofizyolojisi, anorektal fizyolojinin major komponentleri olan pelvik taban kaslarında ve/veya bu kasların innervasyonunda oluşan defekt(ler) ile açıklanabilir.

Normal fizyolojide yer alan nöromuskuler faktörlerden (bk. anorektal fizyoloji) bir veya birkaçının yukarıda özetlenen etiolojik gruplar çerçevesinde yapısal ya da fonksiyonel zafiyeti, farklı tipte ve ciddiyette fekal inkontinens ile sonuçlanmaktadır. Ancak iyi bir fizik muayene ile kombine anal ultrasound ve anorektal fizyolojik testler doğrultusunda, sorumlu anatomik ve/veya sinirsel defektlerin doğru tanımlanması olasıdır.

Tedavi. Fekal inkontinensin uygun tedavisinin planlanmasında, olaydan sorumlu anatomik ve/veya sinirsel defektlerin tam tespit edilmesi zorunludur.

Etyolojisi ne olursa olsun, minor inkontinens vakalarında ilk planda konservatif yöntemlerin denenmesi gerekir. Hastalara düzenli bir diet ve defekasyon alışkanlığı kazandırılmaya çalışılır. Lomotil ve kodein gibi preparatlar ile kolon geçiş süresinin uzatılması ve su absorpsiyonunun artırılması faydalı olabilir. 12 mg/gün dozda loperamide uygulamasının anal dinlenme basıncı ve rektal kompliansı artırdığı saptanmıştır. Her düzeyde nörolojik komponentlere ait defektlere ikincil minor inkontinens hastalarında "biofeedback" tedavisi faydalı olabilir. Esasen anismus tedavisinde geçerli olan bu yöntemde (bk. anorektal obstrüksiyon tipi konstipasyon), anorektal fizyolojik çalışma düzeneği kurulur ve kasılmalar görsel olarak veya sesle hastaya bildirilerek hastanın pelvik taban kaslarını eğitmesi sağlanır. Yine hastalara pelvik taban egzersizleri öğretilip yaptırılabilir. Mukozal prolapsus vakalarında da uygulanan bu egzersizde, hastanın düzenli sayı ve aralıklarla EAS kontraksiyonu yapması ve pelvik tabanı güçlendirmesi sağlanmaya çalışılır.

İdiopatik inkontinens olarak da adlandırılan ve pudental sinirin gerilme tipi harabiyetine ikincil gelişen inkontinens vakalarında, konservatif yöntemlerle başarısız olunması durumunda önerilen bir cerrahi yöntem postanal sfinkter onarımıdır (daha doğru tanımıyla postanal sfinkteroplasti). 1975 senesinde Parks tarafından bildirilen bu prosedürde, perineal yaklaşımla İAS ile EAS arasından (intersfinkterik plan) yapılan disseksiyonla EAS puborektalis düzeyine kadar ortaya çıkarılır ve plikasyon sütürleriyle EAS kas lifleri yaklaştırılır. Bu şekilde anal kanal uzunluğu artırılarak, anorektal açı daraltılarak ve EAS dinamiği restore edilerek kontinensin sağlanabileceği düşünülmüştür. Değişik serilerde %30 dan %85'a kadar başarı oranları bildirilmiştir. Anatomik sfinkter defekti olmayan vakalarda mevcut tek cerrahi seçenektir.

EAS defektlerinin saptandığı travmatik inkontinens vakalarında, EAS'in disseksiyonu ve plikasyonla sfinkter onarımı uygulanır. İAS defektlerinde ise cerrahi onarım şansı yoktur. EAS'in çoğunluğunun harabiyete uğramış olduğu vakalarda ya da imperforate anus nedeniyle doğal bir sfinkter yapısının olmadığı vakalarda ise neoanal sfinkter konstrüksiyonu gereklidir. Bu doğrultuda, gluteus maksimus veya grasilis kas transplantlar (flepleri) ya da sartorius kast greftleri kullanılmaktadır.