



*Olgu Sunumu*

## **ANAL FİSSÜR, BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ, PENİL AĞRI, DİSÜRİ BİRLİKTELİĞİ**

### **Anal Fissure, Benign Prostatic Hyperplasia, Penile Pain, Dysuria Co-Occurrence**

*Serdar GEYİK<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Avrupa Hospital, Çukurova, Adana*

#### **ÖZ**

Pelvik taban sorunları komşuluk ve sinir duyu sistemleri ortaklığı nedeniyle bir bütündür. 66 yaşında erkek hasta, 10 yıldan bu yana prostat medikal tedavisi alıyor. Alfa bloker tedaviye rağmen düzelmeyen artıp azalmalarla devam eden ve 2 yıldan bu yana belirginleşen; idrar yanması, sık idrara çıkma, bekleyerek ve zorlanarak idrar yapma, idrar bitiminde uzun süren damlama, anal bölgeden penis boyunca uzanan ağrılar, tekrarlayan konstipasyon ve tenezm atakları ile başvurdu. Hastanın Fizik muayenesinde pozitif bulgu olarak rektal bölgede hassasiyet ve saat 12 hizasında anal fissür mevcuttu. Hastamız alfa bloker mevcut tedavisine devam etmek kaydı ile ek olarak; Rektal supozituar ( 0.92 mg Fluokortolon pivalat ve 0.95 mg Fluokortolon kaproat ) / gün. Oral tablet (172 mg Pankreatin)3 kez/gün. Anal pomad (Lidokain %5 Pomad Bazı) 3 kez/gün. Anal epitelizan pomad (Centella asiatica ekstresi) 3 kez/gün. Penis ve anal bölgedeki ağrı, tenezm ve idrar bitiminde damlama tamamen düzelmiş. Üroflowmetrik veriler ve voiding paterni düzelmişti. Anal bölgedeki birincil sorunların çözülmesi ürogenital sistem yakınmalarını da ortadan kaldırabilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Anal Fissür, Penil Ağrı, Benign Prostat Hiperplazisi, Disürü

#### **ABSTRACT**

Pelvic floor problems are due to using the same sensory-motor nerve system by different organ groups, which located near each other. 66 years old male patient, who is using alfa bloker treatment for 10 years. For last 2 years, despite to have used alpha blocker treatment, increasingly pollakiuria, dysuria, stranguria, dripping at the end of urine, pain from the anus to the penis, recurrent tenesmus and constipation had been described. Physical examination of the patient showed positive tenderness at the rectal region and anal fissure at 12 o'clock. In addition to registering to continue the current treatment of alpha blockers; Rectal suppositories (0.92 mg Fluocortolone pivalate and 0.95 mg Fluocortolone caproate) / day. Oral tablet (172 mg Pancreatin) 3 times / day. Anal pomade (Lidocaine 5% Pomade Blood) 3 times / day. Anal epithelium pomade (Centella asiatica extract) 3 times / day. 7<sup>th</sup> day of treatment he came for control. Penis and in the anal area pain, tenesmus, and dripping at the end of urine had completely healed. Uroflowmetric and voiding pattern had improved. Resolving the primary problems in the anal region may also remove the urogenital system complaints.

**Key words:** Anal Fissure, Benign Prostatic Hyperplasia, Penile Pain, Dysuria

## GİRİŞ

Üroloji kliniklerine prostat büyümesi, prostat irritatif bulguları, pelvik ve penil ağrı yakınmalarıyla çok sayıda hasta başvurmaktadır. Anamnezi detaylandırdığımızda defekasyon ve işeme sorunlarının sıklıkla birlikteliği dikkatimizi çekmektedir. Pelvik taban sorunları komşuluk ve sinir duyu sistemleri ortaklığı nedeniyle bir bütündür (Bharucha & Lee, 2016). Bazen hastaların anal bölge sorunları idrar yapma ve üriner sistemle ilgili belirgin yakınmaları tetikleyebilmektedir. Anal bölgedeki birincil sorunların çözülmesi ürogenital sistem yakınmalarını da ortadan kaldırabilmektedir.

### Olgu Sunumu

66 yaşında erkek hasta, 10 yıldan bu yana prostat medikal tedavisi alıyor. Alfa bloker tedaviye rağmen düzelmeyen Artıp azalmalarla devam eden ve 2 yıldan bu yana belirginleşen; idrar yanması, sık idrara çıkma, bekleyerek ve zorlanarak idrar yapma, idrar bitiminde uzun süren damlama, anal bölgeden penis boyunca uzanan ağrılar, tekrarlayan konstipasyon ve tenezm atakları ile başvurdu.

Hastanın Fizik muayenesinde pozitif bulgu olarak rektal bölgede hassasiyet ve saat 12 hizasında anal fissür mevcuttu. Prostat median sulcusu belirgin BPH ile uyumlu idi.

Üriner sisteme yönelik USG de sağ böbrek alt polde 49 mm kortikal kist ve 59cc prostat mevcuttu. Hastamızın idrar analizi ve kan biyokimyasal inceleme sonuçları tablo 1’de, tedavi öncesi üroflowmetrik inceleme sayısal değerleri tablo 2’de ve tedavi öncesi üroflometri paterni şekil 1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** Kan idrar incelemesinde

TIT:	Normal
mikroskopide:	Her sahada 1-2 lökosit
PSA total:	0,8 / free : 0,3 ng/ml
Tokluk şekeri:	166
HbA1c:	6,01

**Tablo 2.** Üroflowmetrik incelemede

Q max:	15.5 ml/sn
Q au:	6.2 ml/sn
Volum:	396 ml
Voiding time:	67 sn

Hastamız alfa bloker mevcut tedavisine devam etmek kaydı ile ek olarak; Rektal supozituar (0.92 mg Fluokortolon pivalat ve 0.95 mg Fluokortolon kaproat) / gün. Oral tablet (172 mg Pankreatin) 3 kez/gün. Anal pomad (Lidokain %5 Pomad Bazı) 3 kez/gün. Anal

epitelizan pomad (*Centella asiatica* ekstresi) 3 kez/gün. Medikal ek tedavi verildi. 10 gün sonra hasta kontrole geldi. Penis ve anal bölgedeki ağrı, tenezm ve idrar bitiminde damlama tamamen düzelmiş. İdrar yapması da daha rahat olarak ifade etti. Rektal muayenesinde hassasiyet yoktu. Üroflowmetri tekrarlandı. Tedavi sonrası üroflowmetrik inceleme sayısal değerleri tablo 3’de ve tedavi sonrası üroflowmetri paterni şekil 2’de verilmiştir.

**Tablo 3.** Tedavi sonrası 10. Gün Üroflowmetrik incelemede

Q max:	27,8 ml/sn
Q au:	11 ml/sn
Volum:	322 ml
Voiding time:	32 sn sn

Voiding paterni düzelmiş ve hasta daha mutlu idi. Hastaya uygun bir zamanda genel cerrahi kliniğine başvurması önerildi.

## TARTIŞMA

Her ne kadar sebepleri farklı olsa da disfonksiyonel işeme veya dışkılama; bozulmuş yaşam kalitesi ve artan sağlık hizmeti kullanımı gibi çeşitli benzerlikleri paylaşmaktadır. Patogenezinde pelvik taban kas gerginliği, periferik inflamasyon, periferik ve merkezi duyarlılaşma ve psikososyal faktörler gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Medikal veya cerrahi tedaviler semptomlara göre klinik çalışmalar baz alınarak düzenlenir. Tedavi planında, yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik ve davranışsal öneriler gibi multidisipliner yaklaşımlar gerekir (Bharucha & Lee, 2016).

Hastaların öyküsü ve fizik muayene (pelvik kaslarının palpasyonunu, prostat ve anal sfinkteri mutlaka içermelidir) idrar tahlili ve idrar kültürleri yapılmalıdır. Diğer testler arasında, prostat ultrasonografisi ve PSA ölçümü yer alır. Çok nadiren perineal ağrı ; lumbosakral bölge ve spinal kord patolojileri sonucu da olabilir. Hemoroid, anal fissür ve kronik perianal ağrı sendromu gibi kolorektal ağrıların genel nedenlerini göz önünde bulundurmakla birlikte, bazı yansıyan ağrıların lokal patolojileri taklit edebileceğini ve uygun şekilde değerlendirilmesi gerektiğini akılda tutmalıyız (Anothaisintawee vd., 2011). Anorektal ve pelvik ağrı; anal bölge ve rektum, mesane, prostat, testisler, pelvik taban kasları ve bölgenin innervasyonunu etkileyen çeşitli yapısal ve fonksiyonel bozuklukların bir sonucudur. *Pelvik bölge sorunları ve bozulmuş fonksiyonları tek bir patoloji ile genellikle izah edilemez* (Clemens, 2008). Fonksiyonel bozukluklar; anorektal, (levator ani sendromu ve belirtilmemiş anorektal ağrı vs.), mesane (interstisyel sistit, mesane ağrı sendromu vs.) ve prostatik sendromlar (kronik prostatit / kronik pelvik ağrı sendromu vs.) olarak sınıflandırılır. Geçmiş

yıllarda tüm bu grup rahatsızlıklar ayrı ayrı incelenmiştir. Bununla birlikte, daha yeni review incelemeler; ürolojik kronik pelvik ağrı sendromları terimiyle, mesane ve prostatik problemler arasındaki ortak özellikleri vurgulamaktadır (Collins, Stafford, O'Leary & Barry, 1998).

Hastalarda ön plandaki klinik pelvik rahatsızlık veya ağrı olabilir ; ayrıca disfonksiyonel işeme veya defekasyon problemleri de kliniğe eşlik edebilir (Bharucha & Lee, 2016). Erkeklerde perinede kronik ağrı, penis ucu, suprapubik bölge veya skrotal bölge ağrıları varlığında, işeme ve veya boşalma ile ilgili yakınmalar belirginleşir.

Erkek popülasyonda Kronik prostatit / kronik pelvik ağrı sendromu (Ulusal Sağlık Enstitüleri sınıfındaki tip III prostatit) semptomatik prostatit vakalarının >%90 oluşturur. Bu sınıflandırmadaki diğer tanılar arasında akut bakteriyel prostatit (tip I), Kronik bakteriyel prostatit (tip II) ve asemptomatik inflamatuvar prostatit (tip IV) yer alır (Groat, 2006; Moghaddasi, Aghaii & Mamarabadi, 2014).

Kronik pelvik ağrı ve kronik prostatitde; güçlü kanıtlarla desteklenen birinci basamak yaklaşımlar;

Enfeksiyonlar için 4- 6 hafta kullanım süreli antibiyotikler ve obstrüktif idrar semptomları için  $\alpha$ -blokerler ve veya depolama ve irritatif bulguların varlığında antikolinerjik ilaçları içeriyor (Nickel, Downey, Hunter & Clark, 2001).

Ağrıların ön planda olduğu olgularda; Basit analjezikler (asetaminofen ve nonsteroidal anti-inflamatuvar ilaçlar), gerekirse nöromodülatörler, trisiklik antidepresanlar (örn., Nortriptilin, amitriptilin) veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (örn., Duloksetin) ile takip edilmesi önerilmektedir.

Ağrı semptomlarına yönelik Fitoterapi (çavdar polen ekstresi ve biyoflavonoid kuersetin), küçük kontrollü klinik çalışmalarda ağrı ve QoL'yi iyileştirmiştir (Nickel vd., 2001; Potts & Payne, 2012).

Eşlik eden benign prostat büyümesi olan hastalarda, erektil disfonksiyon için 5 $\alpha$ -redüktaz inhibitörleri önerilmektedir (Nickel vd., 2001).

Üriner inkontinansalarda pelvik tabanı kasmaya ve güçlendirmeye yönelik tedaviler öneriyoruz. Ters durumlarında da pelvik tabanın kasılmasına neden olan irritasyonların (Anorektal patolojiler; anal fissür gibi) eksternal üretral sfinkter (EUS) kaslarına innervasyon sağlayan pudendal sinirde gevşeme sorununa sebep olarak işime zorluğu yapması olası bir durumdur. Sonuçta alfa-blokerin mesane boynu ve prostat düzeyinde gevşetme etkisi sfinkter düzeyinde kasılmaya neden olan durumlarla diskordans oluşturacaktır. Refleks pelvik taban

spazmı ile externalüretal sfinkter yeterince gevşeyemeyecek ve işeme disfonksiyonu gelişecektir. Bu mantıktan yola çıkarak tek başına alfa bloker tedavisinin anorektal patolojiler varlığında beklenen etkiyi gösteremeyeceği olası bir durumdur. Neticede işemede santral sinir sistemi ile beraber Pudental ve pelvik ile kaudal sempatik zincir gangliyondan postganglionik aksonlar görev alırlar. Bu üç sinir grubu, lumbosakral dorsal kök gangliyondan aferent aksonlar içerir. Detrisör kasılması mesane boynu prostatik bölge gevşemesi ile ortaya çıkan senkronize ve komplike bir hadisedir (Rees, Abrahams, Doble, Cooper & Prostatitis Expert Reference Group, 2015).

## SONUÇ

Olgumuz kliniğimize başvurmuş BPH'lı hastanın muayene ve anamnezinde daha dikkatli olunması durumunda, üriner sisteme yönelik ek tedaviler verilmeksizin rektal patolojinin tespitine dramatik bir örnektir. Kliniğimize başvuran hastalarda ayırıcı tanıların ne kadar önemli olduğunu bir kez daha hatırlatması bakımından önemlidir.

## KAYNAKLAR

- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis, JAMA, 2011;305:78–86.*
- Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain, In Mayo Clinic Proceedings, October 2016; 91(10):1471–1486.*
- Clemens JQ. Male and female pelvic pain disorders—is it all in their heads? J Urol, 2008;179:813–814.*
- Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ. How common is prostatitis? A national survey of physician visits, J Urol, 1998;159:1224–1228.*
- Groat WC. Integrative control of the lower urinary tract: preclinical perspective. British journal of pharmacology, 2006;147(2):25-40.*
- Moghaddasi M, Aghaii M, Mamarabadi M. Perianal pain as a presentation of lumbosacral neurofibroma: a case report, Journal of neurological surgery reports, 2014;75:191–193.*
- Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index, J Urol, 2001;165:842–845*
- Potts JM, Payne CK. Urologic chronic pelvic pain, Pain, 2012;153:755–758.*
- Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A, Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline, BJU international, 2015;116:509–525.*