

BASİT PERİANAL FİSTÜL TEDAVİSİNDE FİSTÜLOTOMİ YETERLİ MİDİR?

IS FISTULOTOMY ADEQUATE IN THE TREATMENT OF SIMPLE PERIANAL FISTULA?

Ogün ERŞEN¹, Murat AKICI², Girayhan ÇELİK³

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D,

² Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi A.D

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Genel Cerrahi A.D

Cite this article as: Erşen O, Akıcı M, Çelik G. Is Fistulotomy Adequate in the Treatment of Simple Perianal Fistula?. Med J SDU 2019; 26(4): 424-428.

Öz

Amaç

Anal fistüller sık görülen anorektal problemlerden olup cerrahi olarak tedavi edilebilen bir hastalıktır. Buna rağmen nükslerde ciddi bir oranda görülmektedir. Bu çalışmada retrospektif olarak basit perianal fistül nedeniyle opere edilmiş hastalarda nüks üzerine etkili olan faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Ocak 2008-Aralık 2017 arasında basit perianal fistül tanısıyla fistülotomi uygulanan 269 hasta incelenmiştir. Çalışmaya alınan olgular yaş, cinsiyet, hastanede yatış süresi, fistül traktının uzunluğu, komplikasyon ve nüks görülme oranları yönünden değerlendirilmiştir.

Bulgular

Olguların 59'u kadın (% 21,9), 210'u erkek (%78) olup, yaş ortalamaları 49,4 idi. Acil ve elektif olarak opere edilen hastalarda nüks açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,594$). Toplamda 28(%17,8) hastada nüks görüldü. Kadın ve erkek hastalarda nüks açısından anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,584$). Tüm hastalardaki ortalama fistül traktı uzunluğu 1,8 cm olarak tespit edildi. Nüks olan hastalardaki fistül traktı uzunluğu diğer hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde uzun olduğu tespit edildi ($p=0,042$). Hastaların hastanede yatış

yaptıkları gün sayısı ortalama 1,3 gündü. 16(%5,9) hastada postoperatif üriner inkontinans gözlemlendi. Toplamda 12(%4,4) hastada lokal enfeksiyon tablosu tespit edildi. Taburculuk sonrası ortalama pansuman/küretaj sayısının 3 olduğu görüldü. Hiçbir hastamızda fekal inkontinans görülmedi. Ortalama takip zamanı 45,2 ay olarak saptandı.

Sonuç

Anal fistül cerrahi olarak tedavi edilebilen ancak basit tiplerinde bile nükslerle seyredilebilen bir hastalıktır. Basit perianal fistüllerde fistülotomi seçilecek en iyi yöntemdir. Ancak seçilen cerrahi yöntemin yanı sıra, ameliyat sonrası yara bakımı ve yakın takibin hastalığın nüksü açısından seyri konusunda belirleyici olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Anal fistül, nüks, debridman, inkontinans

Abstract

Objective

Anal fistula is among the frequent anorectal problems and it may be treated surgically. However recurrences may be frequent. This retrospective study was conducted with the aim of investigating the factors which influence recurrence rate in patients who underwent operation due to simple perianal fistula.

İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: murat_akici@hotmail.com

Müracaat tarihi/Application Date: 08.01.2019 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 29.01.2019

Available online at <http://dergipark.gov.tr/sdutfd>

Makaleye <http://dergipark.gov.tr/sdutfd> web sayfasından ulaşılabilir.

Material and Method

A total of 269 patients who underwent fistulotomy due to simple perianal fistula between January 2008 and December 2017 at Afyon Health Sciences University were evaluated for age, gender, duration of hospital stay, length of the fistula tract, complication and recurrence rates.

Results

Of the patients, 59 (21.9%) were female, 210 (78%) were male and mean age was 49.4 years. There was not a significant difference between the patients who underwent urgent or elective operations ($p=0.594$). Recurrence was detected in a total of 28 (17.8%) patients. A significant difference was not detected between male and female patients with regard to recurrence rate ($p=0.584$). Mean length of fistula tract was 1.8 cm for all patients. Length of fistula tract was statistically significantly longer in patients who had recurrence ($p=0.042$). Mean duration of hospital stay was found

as 1.3 days. Post-operative urinary incontinence was observed in 16 (5.9%) patients. Local infection was detected in 12 (4.4%) patients. Mean number of dressing/ curettage was found as 3. Fecal incontinence was seen in no patients. Mean duration of follow up was 45.2 months.

Conclusion

Anal fistula is a disorder which can be treated surgically however simple types may even go with recurrences. Fistulotomy is the best treatment option in simple perianal fistula. However we consider that post-operative wound care and close monitoring besides the selected surgical method would be significant with regard to recurrence.

Keywords: Anal fistula, recurrence, debridement, incontinence

Giriş

Sık görülen anorektal problemlerden biri olan anal fistüller halen altın standart bir cerrahi teknik tanımlanamaması ve nüks edebilen hastalık doğası nedeniyle üzerine çalışılması gereken konular arasındadır. Anal kanal ve perianal bölgedeki iki epitelyal yüzey arasındaki anormal iletişim olarak tanımlanır ve yaklaşık olarak 10,000 kişide 1 insidansı vardır(1). Genellikle 30-50 yaş arası hastalarda ve glanduler kript absesi sonucu oluşur(2). Hastalığın başlangıcında antibiyoterapi semptomlarda rahatlatma sağlasa da kesin tedavi cerrahidir. Anal fistül cerrahisinde hedef düşük nüks oranı, anal abse oluşumunu engellemek ve sfinkter fonksiyonunu korumaktır(3). Parks ve ark. perianal fistülleri intersfinkterik, transsfinkterik, suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik olarak 4 grupta sınıflamışlardır(4). Yüzeysel veya sfinkterin sadece %30'undan azını kateden anal fistüller için % 100'e varabilen bir başarı oranı ve düşük komplikasyon yüzdesi ile fistülotomi yapılabileceği tanımlanmıştır(5). Bu basite indirgenmiş teknikle bile cerrahi sonrası anal inkontinans %4-62 gibi geniş bir aralıkta görülebilmektedir(6). Komplike, birden çok ağızdan dışa açılmış, sfinkteri kateden ve nüks olgularda ise tedavi güçleşmektedir. Bu olgularda sıkı veya gevşek seton uygulamaları, skatrizan madde enjeksiyonu, LIFT(Ligation of Intersphincteric Fistula Tract), VAAFT (video assisted anal fistula treatment), fistula tract medialisation, endorectal flap repair, anal fistula plug gibi teknikler olsa da halen altın standart bir teknik kabul görmemiştir (7,8,9,10).

Çalışmayla fistülotomi yapılan yüzeysel perianal fistül hastalarının retrospektif incelemesiyle birlikte nüks üzerine etkili faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Method

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2008 ile Aralık 2017 tarihleri arasında perianal fistül tanısı ile fistülotomi ameliyatı yapılan 269 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya Parks ve ark.'nın tanımladığı dört grup perianal fistül tipinden sadece intersfinkterik (tip 1) olanlar ve klansman dışı olarak sadece cildi kateden süperfisial fistüller dahil edildi. Olguların tamamı daha önce perianal fistül cerrahisi geçirmemiş hastalar idi. Hastalara spinal anestezi altında stile teli üzerinden fistülotomi yapıldı ve fistül hattı kürete edildi.(Resim 1-2) Postoperatif dönemde 3 gün aralıklarla pansuman ve küretaja çağırılan hastalarda sekonder iyileşme süreci gözlemlendi. Pansuman sırasında fistül hattı gazlı bez kullanılarak kürete edildi. Çalışmaya alınan olgular yaş, cinsiyet, hastanede yatış süresi, fistül traktının uzunluğu, komplikasyon ve nüks görülmeye oranları yönünden incelendi.

İstatistiksel Analiz: Veriler, SPSS 11.0 kullanılarak analiz edildi. Parametrik ve nonparametrik değerlendirme için Ki-kare ve Man whitney -u testleri kullanıldı. 0.05'ten küçük bir p değeri anlamlı olarak kabul edildi.



Resim 1: Litotomi pozisyonunda saat 9 hizasında fistül ağzı



Resim 2: Stile ile fistül traktının ortaya konulması

Bulgular

Olguların 59'u kadın (% 21,9), 210'u erkek (%78) olup, yaş ortalamaları 49,4 idi. 27 hasta perianal abse mevcudiyeti ile acil olarak operasyona alındı. Acil olarak opere edilen hastalarda 2 nüks tespit edildi. Acil ve elektif olarak opere edilen hastalarda nüks açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,594$). Toplamda 28(%17,8) hastada nüks görüldü ve nüks olgulardan 18'i tekrar fistülotomi uygulaması ile 10 hasta ise gevşek seton prosedürü ile tedavi edildi. Kadın ve erkek hastalarda nüks açısından anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,584$). Tüm hastalardaki ortalama fistül traktı uzunluğu 1,8 cm olarak tespit edildi. Nüks olan hastalardaki fistül traktı uzunluğu diğer hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde uzun olduğu tespit edildi ($p=0,042$). Fistül ağzlarının cilde açılma yönleri ise tablo 1'de belirtildiği gibiydi. Hastaların hastanede yatış yaptıkları gün sayısı ortalama 1,3 gündü. 1 hastada nekrotizan enfeksiyon oluşması sonrası tekrarlayan debritlemeler yapılması nedeniyle 13 gün yataklı tedavi gördü. 16(%5,9) hastada postoperatif üriner inkontinans gözlemlendi. Toplamda 12(%4,4) hastada pansumanlar sırasında farkedilen lokal enfeksiyon tablosu tespit edildi. Tamamı oral antibiyoterapi ve pansumanlar ile geriledi. Opere edilen hastalarda taburculuk sonrası ortalama pansuman/küretaj sayısının 3 olduğu görüldü. Hiç-

bir hastamızda fekal inkontinans görülmedi. Ortalama takip zamanı 45,2 ay olarak saptandı.

Tartışma

Perianal fistül yüzyıllardan beri bilinen ve genellikle cerrahi yöntemlerle tedavi edilen bir hastalıktır(11). Goodsall ilk defa 1900 yılında perine derisi ve anüs arasındaki fistül traktını tanımlamıştır(12). Park ve arkadaşları ise 1976 yılında cerrahide yol gösterici olan anal fistül sınıflandırmasını tanımlamışlardır(13). Perianal fistül oluşumunda en sık teori kriptoglandüler enfeksiyonun kronikleşmesi olmakla birlikte halen en sık neden idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. Bu teoriye göre anal kript enfeksiyonu abseleşmekte ve abse hem anus hem de cilde boşalarak iç ağız ile birlikte dış ağız oluşturmak suretiyle fistül traktını meydana getirmektedir. Anal saate göre dış ağız lokalizasyonunun en sık saat 6 hizasında olduğu bilinmektedir(14). Çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu şekilde saat 6 hizasındaki fistül ağzları tek başına toplam olguların %41,6'sını oluşturmaktaydı.

Tedavide basit intersfinkterik fistüllerde (tip 1) fistülotomi veya fistülektomi gibi basit cerrahi işlemler yeterli olmaktadır. Uygun hasta seçimi ile fistülotomi ameliyatında başarı oranları %92-97 düzeylerindedir (15).

Tablo 1

Hastaların ve nüks sayılarının cinsiyete ve abse varlığına göre dağılımı

Kadın	59(%21,9)	5(%8,4)
Erkek	210(%78)	23(%10,9)
Anal abse mevcut	27(%10)	2(%7,4)
Elektif hasta	242(%89)	25(%10,3)

Tablo 2 Saat yönüne göre fistül ağzının açılma yerleri

Saat 1	6
Saat 2	8
Saat 3	7
Saat 4	10
Saat 5	23
Saat 6	112
Saat 7	56
Saat 8	10
Saat 9	7
Saat 10	9
Saat 11	9
Saat 12	12

Tablo 3 Postoperatif komplikasyonlar

Lokal enfeksiyon	12(%4,4)
Üriner inkontinans	16(%5,9)
Nekrotizan enfeksiyon	1(%0,37)

Kompleks ve çoklu fistüllerde, crohn hastalığında ise fistülotomi yapıldığında nüks oranları daha yüksektir. Bizim çalışmamızda ise nüks oranının %10,4 olarak literatürden yüksek olduğu görülmüştür. Ancak nüks olan hastaların tamamına seton uygulaması yapılmamış hastaların 18'i tekrar fistülotomi ile tedavi edilebilmiştir. Hastalarımızda nüks olan olgularda fistül traktının anlamlı şekilde daha uzun olduğu gözönünde bulundurulursa fistülotomi için hasta seçimi konusunda daha hassas davranılması gerektiği söylenilebilir. Hastalarımızın tamamına fistülotomi yapılmış olup fistül traktının tamamen eksize edilmesi anlamına gelen fistülektomi işlemi uygulanmamıştır. Literatürde fistülektominin iyileşme zamanında uzamaya ve daha fazla inkontinansa neden olabildiği ve fistülotomi ile kıyaslandığında nüks oranlarında ise fark olmadığı belirtilmiştir(16,17). Quah ve arkadaşlarının yaptığı 405 hastalık bir meta-analizde perianal abse kliniği ile başvuran hastalarda insizyon ve drenaj esnasında fistülotominin de yapılmasının daha düşük nüks oranları fakat daha yüksek inkontinans oranlarına yol açtığı gözlenmiştir(18). Çalışmamızda anal abse ile başvuran ve anal fistülü mevcut hastalarda fistülotomi ya-

pıldığında anal inkontinans görülmemiş olup literatür bilgisi ile uyumlu olarak nüks oranları elektif hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Anal abseli hastalarımızda nüks oranlarının düşük oluşuna operasyon sonrası 3 günde bir yara yeri debritleme yapılmasının neden olduğunu düşünmekteyiz. Enfekte anal bölgeye cerrahi girişim sonrası enfeksiyonun devamı ve fistülotominin üzerinde cildin erken epitelizasyonunun abse poşu oluşmasına ve nükse neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle enfekte hastalarda anal fistül cerrahisi sonrasında yara bakımı önem arz etmektedir.

Sonuç

Anal fistül cerrahi olarak tedavi edilebilen ancak basit tiplerinde bile nükslerle seyredilen bir hastalıktır. Basit perianal fistüllerde fistülotomi seçilecek en iyi yöntemdir. Ancak yöntem seçiminde fistülotomi/ fistülektomi seçiminin önemli olması yanında, ameliyat sonrası yara bakımı ve yakın takibin hastalığın nüksü açısından seyri konusunda belirleyici olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Dudukgian h, Abcarian h. Why do we have so much trouble treating anal fistula? *World j gastroenterol.* 2011;17(28):3292-6.
2. Tabry H, Farrands PA. Update on anal fistulae: surgical perspective for the gastroenterologist. *Can J Gastroenterol.* 2011;25(12):675-80.
3. Vergara-fernandez o, Espino-urbina la. Ligation Of intersphincteric fistula tract: what is the evidence in a review? *World J gastroenterol* 2013; 19:6805-813.
4. Parks A G, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula in ano. *Br J Sur* 1976;63:1-12.
5. Westerterp m, volkers na, poolman rw, et al. Anal fistulotomy between skylla and charybdis. *Colorectal Dis* 2003; 5:549-51.
6. ozer P, Sala S, Cianci V, Kalmar K, Atkin GK, Rahbour G, et al. Fistulotomy in the tertiary setting can achieve high rates of fistula cure with an acceptable risk of deterioration in continence. *J Gastrointest Surg.* 2013;17(11):1960-5
7. Demirel, a. H. Uzun traktlı anal fistüllerde fistül traktı medializasyonu ile birlikte kesici seton tekniği (yeni teknik tanımlama). *Cerrahi Sanatlar dergisi*, 9(2), 57-60.
8. Ortiz, h., & marzo, j. (2000). Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas. *British Journal of surgery*, 87(12), 1680-1683.
9. Bleier, j. I., Moloo, h., & goldberg, s. M. (2010). Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. *Diseases Of the colon & rectum*, 53(1), 43-46.
10. Leventoğlu, S., & Menteş, B. B. (2007). Komplike Perianal Fistüllerin Tedavisinde Anal Fistula Plug (Surgisis®). *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:211-214.
11. Morris J, Spencer JA, Ambrose NS. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. *Radiographics* 2000; 20:623-35
12. Goodsall DH, Miles WE. *Diseases of the anus and rectum.* London, England: Longmans, Green, 1900.
13. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1–12
14. Koplay, M., Sivri, M., Nayman, A., Cebeci, H., Guler, İ., Uysal, E., & Paksoy, Y. (2017). Perianal fistülün tanısında, sınıflandırılmasında ve değerlendirilmesinde Manyetik Rezonans Görüntüleme'nin önemi. *Archives of Clinical and Experimental Medicine*, 2017; 2(1), 1-5.
15. Nwaejike N, Gilliland R. Surgery for fistula-in-ano: an audit of practice of colorectal and general surgeons. *Colorectal Dis.* 2007;9:749-753.
16. Kronborg O. To lay open or excise a fistula-in-ano: a randomized trial. *Br J Surg.* 1985;72:970.
17. Belmonte Montes C, Ruiz Galindo GH, Montes Villalobos JL, Decanini Terán C. Fistulotomy vs fistulectomy: ultrasonographic evaluation of lesion of the anal sphincter function [in Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex.* 1999;64:167-170.
18. Quah HM, Tang CL, Eu KW, Chan SY, Samuel M. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21:602-609