

Fistülotomi ve Sfinkter Koruyucu Fistülektomide Nüks Oranları

The Recurrence Rates of Fistulotomy and Sphincter Saving Fistulectomy

Tamer Karşıdağ, Sefa Tüzün, Ertuğrul Gazi Alkurt, Erdem Yılmaz

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada, anal fistüllerin operasyon sonrası tekrarlama oranı ve tedavi prosedürlerinden fistülotomi ve fistülektomi arasındaki nüks oranlarını karşılaştırma hedeflendi.

Yöntemler: Geriye dönük verilerin kullanıldığı bu çalışmada iki yıl boyunca kliniğimizde yapılan operasyonların altı ay ile 30 ay arasındaki takipleri sonucu elde edilen veriler değerlendirildi. Operasyonun şeklinin seçimi operasyonu yapacak cerraha bırakıldı. Hastalar nüks, inkontinans ve hastalık ile ilgili şikayetleri yönünden üç aylık periyotlarla aranarak ve gerektiğinde klinik muayeneleri yapılarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 44 hasta içinde altı hastada nüks görüldü (%18). 18 hastaya fistülotomi ve 26 hastaya fistülektomi yapıldı. Fistülektomi yapılan grupta beş hastada nüks (%19) görüldü. Fistülotomi grubunda bir adet nüks (%6) izlendi. İki grup arasında nüks oranı anlamlı olarak farklıydı ($p<0.05$).

Sonuç: Fistül trakt eksizyonunun anlamlı olarak yüksek nüks oranı saptandı. Bu nedenle genel olarak kliniğimizde fistülotomi operasyonları düşük nüks oranı ile yapılırken, toplamda anal fistülün tekrarlama oranı yüksek bulundu. (*Haseki Tıp Bülteni 2012; 50: 101-3*)

Anahtar Kelimeler: Fistülotomi, fistülektomi

Abstract

Aim: We aimed to determine the recurrence rate in the treatment of anal fistula and compare its rate between treatment procedures fistulotomy and fistulectomy.

Methods: The cases were reviewed retrospectively. Forty four cases included the study. The cases were collected for two years. All the patients were followed up for six to 30 months after operation. The operation style was determined by the surgeon's preference. Recurrence of the disease, incontinance and complaints of the patients were evaluated in every three months.

Results: Six of 44 cases had recurrence (%14). Eighteen cases were applied fistulotomy and 26 cases were applied fistulectomy. Five of 26 cases recurred in fistulectomy group (%19), and one of 18 cases recurred in fistulotomy group (%6). The recurrence rate between the groups was significantly different ($p<0.05$).

Conclusion: Fistula tract excision was significantly associated with high recurrence rate. For this reason, although fistulotomy recurrence rate is low, total recurrence rate is high in our clinic. (*The Medical Bulletin of Haseki 2012; 50: 101-3*)

Key Words: Fistulotomy, fistulectomy

Giriş

Anal fistül operasyon sonrası çok yüksek rekürrens oranları, majör veya minör bulgularla seyreden inkontinans bulguları ve genel olarak anal bölgede hissedilen rahatsızlıkları ile yaşam kalitesini hayli düşüren bir hastalıktır (1-3). Hipokrat döneminden beri tanınan ve tedavi edilmeye çalışılan anal fistül için, o dönemlerdeki güçlükler anlaşılabilir, ancak daha komplike bir çok hastalığı medikal ve cerrahi yöntemlerle tedavi etmeyi başarabiliyor olsak da, günümüzde halen bu problemin tedavisinde yeterince etkin değiliz. Opere edilen her 5-6 hastanın birinde bu sorun tekrarlar (4).

Anal fistüllerin, yerleşimlerine de bağlı olarak, tedavisinde birçok yöntem tanımlanmıştır: fistülektomi, fistülotomi, seton uygulamaları, biyoprostetik tıkaç uygulamaları, fibrinöz doku yapıştırıcıları, flep prosedürleri, fistül traktının ligasyonu.

Bunların birçoğu kliniğimizde uygulanmaktadır. Ancak anal fistüllere yaklaşımımızda temel olarak fistülektomi ve fistülotomi teknikleri ön planda olup, burada vurgulanacak olan, bu iki yöntemdeki kliniğimiz deneyimlerinin paylaşımı ve kullanılan yöntemlerin üstünlükleridir.

Yöntemler

Kliniğimizde iki yıl boyunca uygulanan anal fistül operasyonlarının takipleri altı ay ile 30 ay arasında değişen sürelerle yapıldı. Hastalar üç aylık periyotlarla aranıp nüks, inkontinans ve hastalık ile ilgili şikayetleri değerlendirildi. Sorunlu olan hastalar geri çağrıldı ve klinik değerlendirmeleri tekrarlandı ve gereken hastalar operasyon için tekrar hazırlandı. Hastaların hepsinde internal anal sfinkter fistül traktı ile kısmi olarak iştirakli idi.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Tamer Karşıdağ
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
GSM: +90 532 366 95 22 E-posta: tamerkarsidag@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received: 21 Nisan 2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24 Nisan 2012

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

Çalışma grubuna alınırken, inflamatuvar barsak hastalığı, kanser ve tüberküloz tanısı olan hastalar değerlendirme dışı bırakıldı. Operasyonları öncesi her hastaya rektosigmoidoskopi uygulandı. Hastalar operasyon sabahı lavman şeklinde yapılan barsak temizliği sonrası, antibiyotik profilaksisi altında, Jack-knife pozisyonunda, spinal anestezi ile opere edildiler. Operasyon seçimi cerrahın tercihine bırakıldı.

Sfinkteri İçine Alan Fistülotomi: Fistül traktının internal ve eksternal orifisi metilen mavis ve kanülasyonla net olarak ortaya konulduktan sonra, internal anal sfinkteri de parsiyel olarak içine alan fistül traktını açık bırakacak bir kesi uygulandı. Hastaların hiç birine marsüpiyalizasyon yapılmadı.

Sfinkteri Koruyan Fistülektomi: Fistül traktı benzer şekilde hazırlandıktan sonra eksternal ve internal orifisten ilerleyerek sirküler bir kesi ile trakt total olarak çıkarıldı. İnternal orifis 2-0 vikril ile kapatıldı, eksternal orifis drenaj için açık bırakıldı. İnternal sfinkterin mutlak korunması mümkün değildir ve yapılan her operasyonda bir miktar hasar görmektedir. Ancak fistülotomi ile karşılaştırılınca ve fistüllerin zaten sfinkterde yapmış olduğu ve vücut tarafından kompanse edilmiş bir hasarı da göz önüne alınınca operasyon ile sfinktere verilen hasar miktarı minimaldir.

Operasyon sonrası tüm hastalara oturma banyoları uygulandı.

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Packages for Social Sciences, SPSS for Windows, Version 16.0, Chicago, IC, USA) paket programı kullanıldı. Cinsiyet gibi kesikli değişkenler sayı, yaş gibi sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak özetlendi. Gruplar arasındaki nitel değerlerin karşılaştırmasında analiz için ki-kare testi kullanıldı. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 ($p < 0.05$) olarak alındı.

Bulgular

İki yıl boyunca toplam 51 hastaya fistülektomi veya fistülotomi operasyonları yapıldı. Operasyon sonrası takiplerinde ulaşılamayan veya kontrollere düzenli gelmeyen yedi hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışma grubunda değerlendirilen toplam hasta sayısı 44 idi. Hastalar ortalama 14 ay (6-30) takip edildi. On sekiz hastaya (%41) fistülotomi ve 26 hastaya (%59) fistülektomi yapıldı.

Hastaların 33'ü (%75) erkek, 11'si (%25) kadındı. Yaş ortalaması 41 olan grubun yaşları 18 ile 74 arasında değişmekte olup, standart sapması 13.47 bulundu. Nüks gelişen hasta grubunda yaş ortalaması 41.5 olup, yaş açısından nüks gelişen ve gelişmeyen iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Nüks gelişen hastaların hepsi erkek idi.

Toplam 44 hastanın altısında nüks gelişmiş olup, bu oran %13.6 idi. Fistül traktının komplet olarak çıkarıldığı 26 olgunun beşinde (%19) operasyon sonrası 2-6 ay içinde abse formasyonu ve fistül gelişimi tekrarladı. Fistülotomi

yapılan 18 hastanın birinde (%5.6) hastalık tekrarladı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$).

Nüks gelişen altı hastada ilk bulgular, hastalar tarafından 2-6. aylar arası fark edildi.

Her iki grup içinde inkontinans gelişen olgu yoktu.

Tartışma

Operate edilen trans-sfinkterik toplam 51 hastanın 44'ü çalışma grubuna dahil edildi. Yedi hastaya ulaşılamadı. Hastalarımıza %86 ulaşılabilirlik oranımız mevcuttur.

Fistüllerin tedavisinde internal sfinkterin parsiyel olarak kesilmesi hastalarımızda inkontinans bulguları gelişmesine neden olmadı. Rosa ve ark., anal fistüllerde yaptıkları fistülotomi ve fistülektomi sonrası komplet inkontinans oranlarının %0.3 olduğunu yayınladılar (5).

Anal fistüllerde, hastalığın operasyondan sonrası tekrarlaması, ilk yıl en yüksek olduğu, ikinci yıldan sonra nadir olduğu bildirilmiştir (6). Bu çalışmada belirtilen grupta, nüks bulguları hastalar tarafından ilk olarak 2-6. aylar arası fark edildi.

Çalışmalarda anal fistül operasyonlarında nüks oranlarının %0-10 arasında değiştiği görülür (7-12). Sfinkteri keserek yapılan fistülotomi işleminde kliniğimiz başarı oranı %94.4 iken, fistül traktını sfinkter koruyarak çıkardığımız olgularda başarı oranı %81'e düşmektedir. Belirtilen bu son değer genel ortalamamızın düşmesine neden olmaktadır. Anal fistüllerde genel başarı oranımız %86.5'tir. Fistülotomi uygulanan olgularda nüks oranımız ortalamamızın içinde iken, her ne kadar bizim bulgularımızdakine benzer oranlar literatürde mevcut olsa da (13) fistülektomi yapılan olgularda genel ortalamamızın üzerinde bulgular elde ettik. Eşlik eden abse formasyonunda nüks oranları %25-44'e kadar çıkmaktadır (14-16). Hastalarda perianal abse öyküsü, daha önceki perianal operasyonlar, kompleks fistüller, perianal sinüs varlığı ve sinüs trakt ekzizyonunun cerrahi işlemi gibi cerrahi başarıyı etkileyen faktörler iyileşmeyi ve dolayısı ile nüksün azalması etkileyen ek faktörler olarak tanımlanmıştır (13). Operasyon seçimi bu faktörlere dayandırılmadan yapılması, fistülektomi grubunda yüksek nüks oranlarının açıklanmasına yardımcı olabilir.

Sonuç

Bu çalışma göstermiştir ki, anal fistül tanısı alan hastaların operasyonunda sfinkteri korumadan yapılan fistülotomi prosedürü, fistülektomi yapılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı miktarda düşük nüks oranlarına sahiptir. Fistüllerin tedavisinde internal sfinkterin parsiyel olarak kesilmesi hastalarımızda inkontinans bulguları gelişmesine neden olmadı, ancak düşük de olsa böyle bir risk vardır. Sfinkter koruyucu fistülektomi bu riskin azaltılması için kullanılan bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996;39:723-9.
2. Malouf AJ, Buchanan GN, Carapeti EA et al. A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark's hospital. *Colorectal Dis* 2002;4:13-9.
3. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. *Dis Colon Rectum* 2002;45:349-53.
4. Henrichsen S, Christiansen J. Incidence of fistula-in-ano complicating anorectal sepsis: A prospective study. *Br J Surg* 1986;73:371-2.
5. Rosa G, Lolli P, Piccinelli D, Mazzola F, Bonomo S. Fistula in ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and results in 844 patients. *Tech Coloproctol.* 2006;10(3):215-21.
6. Rosa G, Sannini I. La sezione sfinteriale dilazionata nella terapia delle fistole anali. *Acta Chir Ital* 1982;38:417-23.
7. Abbas MA, Jackson CH, Haigh PI. Predictors of outcome for anal fistula surgery. *Arch Surg.* 2011 Sep;146(9):1011-6.
8. Theerapol A, So BY, Ngoi SS. Routine use of setons for the treatment of anal fistulae. *Singapore Med J* 2002;43:305-7.
9. McCourtney JS, Finlay IG. Cutting seton without preliminary internal sphincterotomy in management of complex high fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1996;39:55-8.
10. Hämäläinen KP, Sainio AP. Cutting seton for anal fistulae. High risk of minor control defects. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1443-7.
11. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong DW, Goldberg SM, Madoff RD. Cutting seton versus two stage seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistula. *Br J Surg* 1998;85:243-5.
12. Sangwan YP, Rosen L, Riether RD et al. Is simple fistula-in-ano simple? *Dis Colon Rectum* 1994;37:885-9.
13. Poon CM, Ng DC, Ho-Yin MC, Li RS, Leong HT. Recurrence pattern of fistula-in-ano in a Chinese population. *J Gastrointest Liver Dis.* 2008;17(1):53-7.
14. Knoefel WT, Hosch SB, Hoyer B, Izbicki JR. The initial approach to anorectal abscesses: fistulotomy is safe and reduces the chance of recurrence. *Dig Surg* 2002;17:274-8.
15. Ho YU, Tan M, Chui CH, et al. Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perineal abscesses. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1435-9.
16. Cox SW, Senagore AJ, Luchtfeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. *Am Surg* 1997;63:686-9.