

# Perianal Fistüllerde Cerrahi Tedavi Deneyimlerimiz Retrospektif Çalışma\*

Sezgin Zeren, Erman Sobutay, Birol Ağca, Ali Durmuş, Kazım Sarı

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği

## ÖZET

Perianal fistüller daha çok anorektal abselerin kronik hale gelmesiyle oluşan ve nükslerle seyredilen bir hastalıktır.

Ocak 2007-Aralık 2010 tarihleri arasında ameliyat olan 62 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cinsiyet, geliş yakınmaları, fistülün lokalizasyonu ve cerrahi tedavi yöntemleri kaydedildi.

Olguların 54'ü erkek (% 87), 8'i kadın (% 13), yaş ortalaması 36,3 idi. Geliş yakınmaları akıntı ve eşlik eden ağrı idi. Fistüllerinin 39'u intersfinkterik (% 63), 13'ü transsfinkterik (% 21), 5'i suprasfinkterik (% 8) ve 5'i ekstrasfinkterik (% 8) yerleşimli idi. Olguların 42'sine (% 67,7) fistülotomi + küretaj, 11'ine (% 17,7) fistülotomi + küretaj + seton, 9'una (% 14,5) ise fistülektomi uygulandı. Ameliyat sonrası 4 (% 4,8) olguda nüks gelişti. Üç olguda ise geç yara enfeksiyonu görüldü. Olguların hiçbirinde fekal inkontinans gelişmedi.

Perianal fistülün cerrahi tedavisinin etkinliği fistülün yerleşim yeri ve cerrahi tecrübeye bağlıdır. Cerrahi tedavinin etkinliği, nüks ve anal inkontinans gelişmemesi ile ölçülebilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Perianal fistül, fistülotomi, seton prosedürü

## SUMMARY

**Our Surgical Therapy Experiences at Perianal Fistules**

Perianal fistulas usually arise from chronic anorectal abscesses, and progress by relapses.

Sixty-two cases which were operated between January 2007 and December 2010 have been examined retrospectively. The age, sex, presenting complaints, fistule localization and surgical therapeutic modality of the cases were registered. There were 54 males (87 %), and 8 females (13 %) with a mean age of 36,3 years. Their presenting complaints are discharge from the fistula and associated pain. There were 39 intersphincteric (63 %), 13 transsphincteric (21 %), 5 suprasphincteric (8 %) and 5 extrasphincteric fistulas (8 %). Fistulotomy and curettage for 42 (67.7 %), fistulotomy and curettage and seton for 11 (17.7 %) and only fistulectomy for 9 cases (14.5 %), were performed respectively. Relapses occurred in 3 cases. Also, wound infection was seen in 3 cases after the operation. Fecal incontinence was not developed in any. The effectiveness of surgical therapy for perianal fistulas is related to the localization of the fistula and surgical experience. The effectiveness of the surgical therapy can be assessed by development of the relapse and anal incontinence.

**Key words:** Perianal fistula, fistulectomy, seton procedure

## GİRİŞ

Perianal fistüller anal hastalıklar arasında sık görülen ve kendiliğinden iyileşemeyen durumlardır. Hastalık anormal gelişen fistül traktının rektal mukoza ile cilt arasında oluşmasından kaynaklanmaktadır<sup>(1,2)</sup>. Hastalık selim karakterde olup, komplike olduğu durumlarda anal inkontinansa ve nükslere rastlanabilmektedir.

Hastalığın erken ve akut dönemlerde antibiyoterapi semptomatik iyileşme sağlamakta olup, kesin ve etkili tedavisi için cerrahi girişim şarttır<sup>(1)</sup>. Günümüzde ana cerrahi tedavi seçenekleri arasında fistülotomi, fistülektomi ve seton (gevşek ya da kesici) uygulamaları yer almaktadır. Hastalığın tedavi seçiminde fistülün tipi ve yerleşim yeri son derece önemlidir. Bu retrospektif çalışmada kliniğimizde peria-

13. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'nde sözlü sunum olarak kabul edilmiştir.

**Alındığı Tarih:** 04.02.2011

**Kabul Tarihi:** 26.03.2011

**Yazışma adresi:** Dr. Sezgin Zeren, SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul  
**e-posta:** sezginzeren@gmail.com

nal fistül tanısı ile yatan ve cerrahi yöntemle tedavi edilen olgularımız, demografik özellikler, fistülün yerleşimi, yapılan operasyonlar ve operasyon sonuçları açısından sunulmuştur.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2007 ile Aralık 2010 tarihleri arasında perianal fistül tanısı ile ameliyat edilen 62 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan olgular yaş, cinsiyet, başvuru yakınmaları, fistülün lokalizasyonu ve fistülün tipi, uygulanan ameliyat tipi, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası komplikasyon görülme oranları ve normal aktivitelerine dönme zamanları yönünden incelendi. Perianal fistül sınıflaması yapılırken Parks ve ark.'nın tanımladığı dört grup olan intersfinkterik, transsfinkterik, suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik gruplama kullanıldı<sup>(3)</sup>.

Fistül tanısı konulurken kompleks fistüllerde pelvik MR incelemesi yapıldı. Tüm olgulara ameliyat öncesi 210 ml Sodyum Dihidrojenfosfat+Disodyum Hidrojenfosfat (BT Enema) lavman uygulanarak bağırsak temizliği işlemi yapıldı. Olgular genel anestezi veya spinal anestezi ile litotomi pozisyonunda ameliyata alındı. Tüm olgulara proflaktik 1. kuşak sefalosporin uygulandı ve postop bir doz daha devam edildi. Fistül dış ağzı ve iç ağzı ameliyattan önce kontrol edildi. İç ağzı bulmak amacıyla uygun çözeltide hazırlanan hidrojen peroksit kullanıldı. Bu uygulamada hidrojen peroksitin dış ağızdan verilmesini takiben anal ekartörler yardımıyla bakıldığında iç ağızdan çıkan hidrojen peroksitin görülmesiyle, iç ağız saptandı. Düşük seviyedeki fistüller için fistülektomi veya kombine fistülotomi uygulandı. Daha komplike ve yüksek tip fistüllerde ise gevşek seton absorbe olmayan bir materyalle uygulandı. Hastaların operasyon sonrası birinci gün sonunda normal beslenmelerine izin verildi ve non-steroid antiinflamatuarlar ile analjezi sağlandı. Hastalar ameliyat sonrası 2. gün taburcu edildi. Tüm olgular ilk hafta içinde poliklinik kontrolüne çağrıldı.

## BULGULAR

Olguların 54'ü erkek (% 87), 8'i kadın (% 13) olup, yaş ortalamaları 36,3 idi. Olguların 9'u daha önce bu hastalık nedeniyle en az bir kez ameliyat edilmişti. Geliş yakınmaları tüm olgularda akıntı ve eşlik eden ağrı idi. Olguların 39'u intersfinkterik (% 63), 13'ü transsfinkterik (% 21), 5'i suprasfinkterik (% 8) ve 5'i ekstrasfinkterik (% 8) yerleşimli idi (Tablo 1).

Olguların 42'sine (% 67,7) fistülotomi ve küretaj, 11'ine (% 17,7) fistülotomi küretaj ve seton, 9'una (% 14,5) ise fistülektomi uygulandı (Tablo 2). Yara iyileşme zamanı minimum 5 maksimum 10 gündü (ortalama 6,8 gün). Ameliyat sonrası 3 olguda nüks gelişti. Nüks olgular seton prosedürü ile tedavi edildi. Üç olguda ise geç yara enfeksiyonu görüldü. Olguların hiçbirinde fekal inkontinans gelişmedi.

Tablo 1. Perianal fistül yerleşim yeri.

Yerleşim Yeri	n	%
İntersfinkterik	39	(% 63)
Transsfinkterik	13	(% 21)
Suprasfinkterik	5	(% 8)
Ekstrasfinkterik	5	(% 8)

Tablo 2. Olguların perianal fistül ameliyatı tipleri.

	n	%
Fistülotomi	42	(% 67.7)
Fistülotomi+Seton	11	(% 17.7)
Fistülektomi	9	(% 14.5)
Toplam	63	

## TARTIŞMA

Perianal fistüller kronik inflamasyon ile seyredip, kendiliğinden iyileşmemektedir. Hastalığın etkili tedavisinde cerrahi girişim gerekmektedir<sup>(2)</sup>. Cerrahi tedavi seçiminde fistülün tipi ve yerleşim yeri kesinlikle ameliyat öncesi tanı yöntemleri ile ortaya konulmalıdır. Fistülün anatomik lokalizasyonunun belirlenmesinin en önemli nedeni ameliyat sonrası gelişebilecek olan sfinkter hasarının ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek anal inkontinansın önlenmesidir. Bu amaçla yapılabilecek

geniş cerrahi diseksiyonlar anatomik yapılara zarar verebilmekte olup, bu konunun kesinlikle kolorektal cerrahi konusunda deneyimli olan kliniklerde yapılmasına özen gösterilmektedir<sup>(4)</sup>. Sfinkter hasarının önlenmesinin en temel yolu ise sfinkter fonksiyonel kapasitesinin ölçülmesidir. MR inceleme anal anatomisinin değerlendirilmesinde güçlü bir araç haline gelmiştir. Yine endoanal ultrasonografi sfinkter yapısı hakkında son derece yararlı bilgiler vermekte olup, özellikle ikincil girişimlerden önce sfinkter hakkında yeterli bilgiye ulaşmak için endoanal ultrasondan yararlanılmalıdır. Transrektal ultrason anal sfinkter kaslarının değerlendirilmesi için yararlı bir modalitedir. Ancak, operatör bağımlılığı, kolay ulaşılamaması gibi gibi dezavantajları vardır<sup>(5)</sup>.

MR'ın incelemenin etkinliği % 90 iken, endorektal ultrasonun etkinliği % 96 düzeyindedir<sup>(6)</sup>. MR inceleme ayrıca tıbbi ve cerrahi tedavilerin yanıtlarının değerlendirilmesinde de önem taşımaktadır. Ancak perianal fistülün preoperatif değerlendirilmesinde MR fistülografi rolü artık önem taşımamaktadır<sup>(7-9)</sup>.

Perianal fistüller basit veya karmaşık olarak sınıflandırılabilir. Fistüllerin anatomisi suprasfinkterik, ekstrasfinkterik, transsfinkterik veya intersfinkterik olabilir. Çoğu fistülotomi ile tedavi edilebilen basit fistüllerdir<sup>(10)</sup>. Komplike fistüller ve yüksek fistüller dikkatli bir değerlendirme ile alternatif cerrahi işlemler gerektirir<sup>(11,12)</sup>. Bizim çalışmamızda en fazla basit fistüller görülmüş olup, fistülotomi ile kolayca tedavi edilebilmişlerdir. Tüm olguların % 67,7'sine basit fistülotomi işlemi uygulanarak başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Olgularımızın % 4,8'inde takip süresi içinde nüks gelişmiş olup, hiçbir olguda anal inkontinansa rastlanmamıştır. Lenter ve ark.'nın yaptığı 108 olguluk bir çalışmada da nüks oranı % 3,7 olup, % 0,9 oranında da anal inkontinansa rastlanmıştır<sup>(13)</sup>. Komplike olmamış basit fistüllerde fistülotomi güvenli bir şekilde uygulandığında nüks veya anal inkontinans gelişmesi riskinin minimal düzeyde olabileceği sonucuna varılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Poon CM, Ng DC, Ho-Yin MC, Li RS, Leong HT. Recurrence pattern of fistula-in-ano in a Chinese population. *J Gastrointestin Liver Dis* 2008;17(1):53-7. PMID:18392245
2. Cirocchi R, Farinella E, La Mura F, Cattorini L. Fibrin glue in the treatment of anal fistula: a systematic review. *Ann Surg Innov Res* 2009;3:12-15. <http://dx.doi.org/10.1186/1750-1164-3-12> PMID:19912660 PMCID:2784785
3. Parks A G, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula in ano. *Br J Surg* 1976;63:1-12. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800630102> PMID:1267867
4. Davies M, Harris D, Lohana P, Chandra Sekaran TV, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. The surgical management of fistula-in-ano in a specialist colorectal unit. *Int J Colorectal Dis* 2008;23(9):833-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-008-0444-x> PMID:18427814
5. Halligan Steve, Jaap Stoker. Imaging of fistula in ano. *Radiology* 2006;239:18-33. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2391041043> PMID:16567481
6. Murad-Regadas SM, Regadas FS, Rodrigues LV, Holanda Ede C, Barreto RG, Oliveira L. The role of 3-dimensional anorectal ultrasonography in the assessment of anterior transsphincteric fistula. *Dis Colon Rectum* 2010;53(7):1035-40. <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181dce163>
7. Beets-Tan RG, Beets GL, van der Hoop AG, Kessels AG, Vliegen RF, Baeten CG, et al. Pre operative MR imaging of anal fistulas: Does it really help the surgeon. *Radiology* 2001;218:75-84. PMID:11152782
8. Spencer JA, Chapple K, Wilson D, Ward J, Windsor AC, Ambrose NS. Outcome after surgery for perianal fistula: Predictive value of MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:403-6. PMID:9694464
9. Khera PS, Badawi HA, Afifi AH. MRI in perianal fistulae. *Indian J Radiol Imaging* 2010;20(1):53-7. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-3026.59756> PMID:20351996 PMCID:2844751
10. Sangwan YP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ, Sheets JA, Khubchandani IT. Is simple fistula-in-ano simple? . *Dis Colon Rectum* 1994;37(9):885-9. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02052593>
11. McLeod RS. Management of fistula-in-ano: 1990 Roussel Lecture. *Can J Surg* 1991;34(6):581-5. PMID:1747837
12. Davies M, Harris D, Lohana P, Chandra Sekaran TV, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. The surgical management of fistula-in-ano in a specialist colorectal unit. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23(9):833-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-008-0444-x> PMID:18427814
13. Lentner A, Wienert V. Long-term, indwelling setons for low transsphincteric and intersphincteric anal fistulas. Experience with 108 cases. *Dis Colon Rectum* 1996;39(10):1097-101. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02081407>