

# Anal Fissürde Tedavi

## TREATMENT OF ANAL FISSURE

Nursen Kartal<sup>1</sup>

### Özet

Anal fissür tedavisi için bugüne kadar pek çok yöntem ortaya konmuştur. Bu yazıda en son kabul edilen anal fissür tedavi yöntemleri irdelenmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Anal fissür, cerrahi tedavi, tıbbi tedavi

### Summary

Many methods have been suggested for the treatment of anal fissure. In this review, recently accepted treatment methods will be discussed.

**Key words:** Anal fissure, surgical treatment, medical treatment

**A**nal fissür, yassı epitel hücresi ile döşeli anal kanalda oluşan, vertikal ve ağrılı bir ülserdir. Linea dentata ile anal verge arasında uzanır. Ülser kenarında endurasyon mevcuttur. Önceleri yüzeysel olan fissür, altındaki internal sfinkterin horizontal liflerini görünür hale getirecek kadar derinleşebilir. Fissürün tabanında belirgin bir granülasyon dokusu yoktur.

Anal fissür, kadın ve erkekte eşit oranda gözlenir. Her yaşta görülür ancak en sık 3. ve 4. dekadlarda ortaya çıkar.<sup>1</sup> Erkeklerde %99, kadınlarda %90 oranda posterior orta hatta izlenir. İkinci sıklıkta anterior orta hatta bulunur. Lateral yerleşimli fissürler, altta yatan bir hastalığı düşündürmelidir.<sup>2</sup>

Fissürler akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. Bu ayrımı sağlayan fissürün görünümüdür, ayrıca birkaç haftadan uzun zamandır semptomları olan fissürler kronikleşmiş kabul edilir. Akut anal fissür, anal kanal skuamöz epitelinde kenarları keskin bir yırtık şeklinde iken, kronik anal fissür, proksimalindeki hipertrofik papilla ve distalindeki nöbetçi pili ile birlikte bir triad olarak karşımıza çıkar.<sup>3</sup> Nöbetçi pili, sentinel pili, Brodie'nin nöbetçi pilisi veya nöbetçi meme gibi adlarla da anılır.

Anal fissür etiyojisinde pek çok faktör rol alır. Anal kanalın anatomik yapısı, travma, anal sfinkterde işlev bozukluğu, iskemi fissür oluşumuna katkıda bulunur. Kuru ve sert barsak içeriğinin anal kanalda oluşturduğu yırtık anal fissür oluşum sürecini başlatmaktadır. Travma ile başlayan bir süreçte ağrı-spazm-iskemi kısır döngüsü

ortaya çıkar.<sup>4</sup> Travmaya neden olan diğer olaylar, diyare, sık defekasyon, yabancı cisim uygulaması, anal cerrahi girişimler, enjeksiyon, lastik bant ligasyonu ve sigmoidoskopi, kolonoskopi gibi endoskopik girişimlerdir.

Klamidya, gonore, sifiliz, tüberküloz, AIDS gibi enfeksiyonlar, neoplazmlar, Crohn hastalığı ve kolitis ülseroza, anal fissür oluşumunda predispozan faktörlerdir.<sup>5</sup> Özellikle, lateral yerleşimli birden fazla fissür varlığı, bu predispozan faktörleri düşündürmelidir.<sup>6,7</sup>

Hastalar defekasyon sırasında ve sonrasında, ağrı ve kanamadan şikayet ederler. Kanama, dışkı üzerine bulaşmış taze kan şeklindedir. Akıntı, kaşıntı, şişlik, diğer semptomlardır. Çok ağrılı olan fissürlerde dizüri, pollakiüri ve idrar retansiyonu görülebilir.

Akut anal fissürler çok ağrılıdır, digital ve anoskopik muayene yapılamaz. Perine derisi yanlara çekildiğinde, fissür, anal kanalda çizgisel epitel defekti olarak görülür. Kronik anal fissürün kenarı ödemlidir, nöbetçi pili, hipertrofik papilla ve tabanda kas lifleri izlenir. Ayrıca sfinkter spazmı veya internal sfinkterde fibrozisten kaynaklanan anal darlık saptanabilir.

Predispozan bir hastalık düşünülüyorsa, bu hastalığa yönelik tanı yöntemleri (serolojik testler, gaita kültürü, gastrointestinal sistemin görüntülenmesi, biyopsi, ...) uygulanmalıdır.

Anal manometri ile ölçüm yapıldığında, istirahat halinde ortalama 90 cm H<sub>2</sub>O olan anal kanal basıncı anal fissür olgularında artmış olarak bulunur.<sup>8,9</sup> Doppler lazer flow-

<sup>1)</sup> Karamürsel SSK Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Genel Cerrahi Uzmanı

metre ile anal kanalın arka orta hattında, anodermde, diğer kısımlarına göre daha az kan akımı olduğu görülür. Basınç artışı ile kanlanmanın azalması doğrudan ilişkilidir.<sup>10</sup>

## Tedavi

Akut anal fissürlerin %50'si, laksatiflerle ve diyetle konstipasyonun kontrol altına alınması, anal sfinkterin sıcak su banyoları ile gevşemesine yardımcı olunması ve anestezi içeren pomatların uygulanması ile 6-8 haftada iyileşir.<sup>11,12</sup> Kortikosteroid içeren suppozituarlar, uygulamada ağrı yaratmaları ve rektumda yukarı kaçarak anal kanalındaki fissüre etki edemeyişleri nedeniyle önerilmezler.

Bir ay boyunca lidokain içeren pomad uygulamak ve gliseril trinitratın (%0.2'lik) vazelin içinde sürülmesi<sup>13</sup> özellikle akut fissürlerde olumlu netice verir. Ancak rekürrense sıkça rastlanır.

Kronik anal fissür hastalarının bir kısmı da medikal tedaviden faydalanır.

### Anal dilatasyon

Lokal anestezi içeren pomad eşliğinde her seansta artan büyüklükte buji uygulaması poliklinik şartları altında yapılmaktadır. Ancak ağrı-spazm-iskemi döngüsünü kırmak için bu girişimler yeterli olmaz veya geçici bir düzelme sağlar.<sup>14,15</sup>

### Maksimum anal dilatasyon

Lord prosedürü de denen bu yöntem uzun yıllar kullanılmıştır. Genel anestezi altında 4-6 parmakla yapılan anal dilatasyon sonucu eksternal ve internal sfinkterde 3-4 gün süren geçici paralizisi oluşturulur. Bu arada internal sfinkterin liflerinde yer yer kopmalar olur. Tromboze hemoroid, mukozal prolapsus, gaz ve feçes inkontinansı gibi önemli komplikasyonlara ve rekürrense yol açması nedeniyle pek tercih edilmemektedir.<sup>16,17</sup>

Süksametyum ile nöromüsküler blokaj eşliğinde tek bir anal dilatasyon yapılmasıyla başarı oranı %89 olarak bildirilmiştir.<sup>18</sup>

### Açık posterior internal sfinkterotomi

Fissür çıkarılarak, arka orta hatta internal sfinkterotomi uygulanır. Genellikle genel anestezi altında, litotomi veya pron pozisyonundaki hastanın glutealarından flaster tutturularak ve anoskop yardımı ile anal kanal ve fissür tamamen görünür hale getirilir. Fissür, nöbetçi meme ve hipertrofik papilla tamamen çıkartılıp, alttaki sfinkter parsiyel olarak kesilir. Yara ortalama 6-8 haftada iyileşir. Anüs şeklinin değişerek, kaşık deformitesi olarak da adlandırılan anahtar deliği manzarasının %5-10 hastada ortaya çıkması en önemli özelliğidir.<sup>19,20</sup>

Değişik inkontinans oranları veren, çok sayıda yaygın vardır. Bu yöntemde gaz inkontinansı %27.6 ve ıslak makat şeklindeki kirlenme tarzı inkontinans %9.2 oranındadır. Ortalama %1.3-13.1 nüks izlenir.<sup>21</sup>

Fissürü çıkarmadan doğrudan doğruya fissürün içinden median internal sfinkterotomi de uygulanır. Ancak bu yöntemde de inkontinans kaygısı vardır.

Nüks eden vakalarda tedavi, karşı taraftan yapılacak internal sfinkterotomi ile gerçekleştirilir. Bu nedenle önceki operasyon notunda insizyonun yapıldığı nokta mutlaka belirtilmelidir.

### İlerletme flebi yöntemi

Kronik anal fissür tedavisinde lateral internal sfinkterotomiye alternatiftir. Büyük nöbetçi pili bulunan sikatrili fissürde, bu dokular ve fissür çıkarılıp alttaki internal kasa parsiyel sfinkterotomi uygulanır. Mukoza tarafından üçgen şeklinde flep kaldırılarak çıplak dokular üzerine örtülüp dikişlerle tutturulur. Hasta memnuniyeti oranı, lateral internal sfinkterotomi ile eşdeğerdir.<sup>4,22</sup>

### Lateral internal sfinkterotomi

Bu yöntem için parsiyel lateral internal sfinkterotomi, lateral subkutanöz, internal sfinkterotomi terimleri de kullanılmaktadır. Günümüzde en çok tercih edilen cerrahi yöntemdir. Kapalı ve açık olarak uygulanır. Her ikisinde de sonuçlar iyidir. Genel veya lokal anestezi eşliğinde litotomi pozisyonundaki hastada, anodermde, saat 3 ya da 9 hizasında ışınal bir insizyon yapılır.

Eğer operasyon kapalı yapıyorsa insizyon dış ve iç sfinkterler arasındaki olmaktadır. Bu sırada diğer el rektal tuşe ile denetimde bulunmaktadır. Sfinkterler arasından sokulan bisturi 2 cm derinleştirilip, 90 derece döndürülür ve iç sfinkter kesilir.

Açık yöntemde, insizyondan sonra iç sfinkter lifleri prepare edilir ve dissektör yardımı ile koterizasyonla veya bisturi ile kesilir. Burada hedef, liflerin 1/3 veya 1/2'sinin kesilmesidir. Sentinel pili ve hipertrofik papilla da çıkarılabilir.

Bu prosedürde ağrı şikayeti %90-100 oranında kaybolmaktadır. Postoperatif dönemdeki perianal ağrı, 24-48 saat süreyle analjezik alımını gerektirmektedir. İyileşme 2-4 haftada gerçekleşir. Lateral internal sfinkterotomiden sonra inkontinans oranının %5-20 arasında olduğu bildirilmektedir.<sup>8,11,23</sup>

Çeşitli kaynaklarda, nüks oranları farklıdır.<sup>24</sup> Bunun sebebi lateral internal sfinkter kesilmesindeki farklılık ve ameliyat sırasında genel anestezinin kullanılıp kullanılmamasıdır. Genel anestezi kullanımı daha iyi sonuç vermektedir. Ortalama nüks oranı %5'in altındadır.

Lateral internal sfinkterotomide yara iyileşme süresi, inkontinans ve nüks oranları posterior sfinkterotomiye göre daha düşüktür. Hastalar postoperatif 1. ve 3. ayda kontrole çağrılmalı ve nüks, inkontinans gibi komplikasyonlar yönünden bilgilendirilmeli, sonraki dönemlerde şikayetinin olması halinde başvurması önerilmelidir.

## Botulinum toksini enjeksiyonu

İç veya dış anal sfinktere botulinum toksini enjeksiyonu ile kimyasal sfinkterotomi yapılabilir. Botulinum toksini (Botox), blefarospazm ve spazmodik tortikolliste kas gücünü azaltmak için; akalazyada gastroentestinal traktus düz kasını gevşetmek için; estetik cerrahide, göz alın ve dudak çevresi kırışıklıklarını adaleyi felç ederek dolaylı yoldan gidermek için kullanılmaktadır.

Bu yöntem, ilk kez 1988'de kullanılmıştır, 1992'den beri de standart bir yöntem olarak kullanılmaktadır.<sup>25</sup> Komplike olmamış fissürlerde ağrısız bir tedavi şekli oluşu ve hastanın hastaneye yatmasını gerektirmemesi nedeniyle tercih edilmektedir.

Anal fissürün iki kenarından, insülin enjektörleri ile, iç veya dış sfinktere, 2.5-5 ünite (0.1 ml sulandırılmış) dozda, iki doz toksin bilateral olarak enjekte edilir.

Botulinum toksini sinaptik aralığa asetilkolin çıkışı-na engel olur, enjeksiyonun yapıldığı kasta haftalar süren parezi oluşur ve ülser iyileşir. Toksinin iç sfinktere enjeksiyonundan sonra anal kanalda istirahat basıncı düşer, sıkıştırma basıncı değişmez. Bu durum, toksinin iç sfinkteri gevşettiğini, dış sfinktere etki etmediğini gösterir. Dış sfinktere toksin enjeksiyonundan sonra, maksimum sıkıştırma basıncında azalma ile aynı oranda iyileşme sağlanır. Botulinum toksini çizgili kastan oluşan dış sfinkterde kolinerjik nöronları etkilemektedir.

Toksin enjeksiyonundan sonra nüks oranı %8, başarı oranı %80 olarak bildirilmiştir. Dozun artırılması iyileşme oranını da artırır. Nüks ilk 6 aylık dönemde görülmektedir.

Geçici inkontinans ve çok nadiren perianal tromboz, komplikasyon olarak gözlenebilir. Anorektal fistül, nöbetçi pili ve sikatriyel değişiklikleri olan hastalar, hamileler, warfarin sodyum (coumadin) tedavisi alan veya kanama eğilimi artmış hastalar ile 18 yaş altı ve 70 yaş üstü hastalar bu tedaviye uygun değildir. Pahalı bir yöntem olması da dezavantajdır.<sup>26,27</sup>

## Kaynaklar

1. Brown AC, Sumfest JM, Rozwadowski JV. Histopathology of the internal sphincter in chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(8): 680-3.
2. Keighley MRB, Williams NS. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. London, WB Saunders, 1993.
3. Bumin O, Bumin C. Gastrointestinal Sistem Cerrahisi, 4. Basım. Cilt 2. Ankara, Türkiye Klinikleri Kitabevi, 1992; 333-7.

4. Bannister JJ, Gibbons C, Read NW. Preservation of fecal continence during rises in intraabdominal pressure: Is there a role for the flap valve? *Gut* 1987; 28(10): 1242-5.
5. Martin JD. Postpartum anal fissure. *Lancet* 1952; 271.
6. Ambroze WL, Pemberton JH, Bell AM, Brown ML, Zinsmeister AR. The effect of stool consistency on rectal and neorectal emptying. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(1): 1-7.
7. Gough MJ, Lewis A. The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br J Surg* 1983; 70(3): 175-6.
8. Goligher JC, Hughes ESR. Sensibility of the rectum and colon: Its role in the mechanism of anal continence. *Lancet* 1951; 543.
9. Broden B, Snellman B. Proctientia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the decision of conservative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968; 11(5): 330-47.
10. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(7): 664-9.
11. Graham CW, Greenwood RK. A review of 50 patients with fissure in ano. *Surg Gynecol Obstet* 1961; 113: 445.
12. Fries B, Rietz KA. Treatment of fissure in ano. *Acta Chirurgica* 1964; 128: 312.
13. Loder PB, Kamm MA. 'Reversible chemical sphincterotomy' by local application of glyceryl trinitrate. *Br J Surg* 1994; 81(9): 1386-9.
14. Ayoub SF. Arterial supply to the human rectum. *Acta Anat (Basel)* 1978; 100(3): 317-27.
15. Strugnell NA, Cooke SG, Lucarotti ME, Thompson WH. Controlled anal dilatation under total neuromuscular blockage for chronic anal fissure: a justifiable procedure. *Br J Surg* 1999; 86(5): 651-5.
16. Jost WH. One hundred cases of anal treated with botulin toxin: early and longterm results. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(9): 1029-32.
17. Maria G, Cassetta E, Gui D, Brisinda G, Bentivoglio AR, Albanese A. A comparison of botulinum toxin and saline for treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1998; 338(4): 217-20.
18. Madalinski MH. Nonsurgical treatment modalities for chronic anal fissure using botulinum toxin. *Gastroenterology* 1999; 117(2): 516-7.
19. Abcarian H. Surgical concepts of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy- midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23(1): 31-6.
20. Hawley PR. Treatment of chronic fissure-in-ano. A trial of methods. *Br J Surg* 1969; 56(12): 915-8.
21. Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomised study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz bath plus bran. *Br Med J* 1986; 292(6529): 1167-9.
22. Crapp AR, Cuthbertson AM. William Waldeyer and retrosacral fascia. *Surg Gynec Obstet* 1974; 138(2): 252-6.
23. Hancock BD. The internal sphincter and anal fissure. *Br J Surg* 1977; 64(2): 92-5.
24. Marby M, Alexander WJ, Buchmann P ve ark. A randomized controlled trial to compare anal dilatation with subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1979; 22(5): 308-11.
25. McDonald A, Smith A, McNeill AD, Finlay IG. Manual dilatation of the anus. *Br J Surg* 1992; 79(12): 1381-2.
26. Mortensen PE, Olsen J, Pedersen IK, Christiansen J. A randomized study on hemorrhoidectomy combined with anal dilatation. *Dis Colon Rectum* 1987; 30(10): 755-7.
27. Sohn N, Eisenberg MM, Weinstein MA, Lugo RN, Ader J. Precise anorectal sphincters dilatation- its role in the therapy of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(4): 322-7.

Geliş tarihi: 09.12.2000

Kabul tarihi: 18.04.2001

## İletişim adresi:

Dr. Nursen Kartal  
Barbaros Mah. Özlem sitesi G/48  
Koşuyolu/İstanbul 81060  
Tel: 0262 452 23 85  
Faks: 0216 334 28 59  
e-posta: nursen.kartal@yahoo.com  
nursenka@superonline.com