

FEKAL İNKONTİNANS SEBEBİYLE SEKONDER ANAL SFİNKTER ONARIMI UYGULANAN HASTALARIN ANALİZİ

Ebru ÖZTÜRK, İrfan KUTLAR, Özcan BALAT, Mete Gürol UĞUR, Fatma Bahar CEBESOY, Ebru DİKENSÖY

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET

Objektif: 2009-2010 yıllarında fekal inkontinans sebebiyle sekonder anal sfinkter onarımı uygulanan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi.

Planlama: Retrospektif

Ortam: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Hastalar: Fekal inkontinans şikayeti bulunan hastalar

Girişim: Uçuca anastamoz yöntemi ile sekonder anal sfinkter onarımı

Değerlendirme parametreleri: Postoperatif fekal ve gaz inkontinansı

Sonuç: Hastaların % 75 inde fekal inkontinans düzelme izlenirken, bu hastaların %25'inde gaz inkontinansın devam ettiği saptanmıştır.

Yorum: Verilerimiz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Literatürde sekonder anal sfinkter onarımı için uçuca anastamoz ve üstüste sfinkteroplasti olmak üzere iki metod tanımlanmıştır. Bu iki yöntemi karşılaştıran randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: fekal inkontinans, sekonder anal sfinkter onarımı

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 1 Sayfa: 55- 8

SUMMARY

ANALYSIS OF SECONDER ANAL SPHINCTER REPAIR IN PATIENTS WITH FAECAL INCONTINENCE

Objective: To evaluate the effectiveness of seconder anal sphincter repair in patients with faecal incontinence.

Design: Retrospective study

Setting: Gaziantep University, Medical School, Department of Obstetrics and Gynecology

Patients: Patients with fecal incontinence.

Interventions: Seconder end-to-end repair of anal sphincter.

Main outcome measures: Postoperative flatus and faecal incontinence

Results: Twelve (75%) women had improvement for faecal incontinence in which 4 (25%) women had flatus incontinence.

Conclusions: The results of seconder anal sphincter repair in Gaziantep University, Medical School, Department of Obstetrics and Gynecology was observed in consistent with literature. Further randomised controlled trials to compare the effectiveness of different techniques including overlap repair, end-to-end repair in reducing anal incontinence are needed.

Key words: faecal incontinence, seconder anal sphincter repair

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 1 Pages: 55- 8

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Ebru Öztürk, Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gaziantep
Tel.: (0533) 344 17 02

e-posta: ebruozturkarlan@yahoo.com

Alındığı tarih: 16.06.2011, revizyon sonrası alınma: 29.10.2011, kabul tarihi: 31.10.2011, online yayın tarihi: 08.12.2011

GİRİŞ

Katı ya da sıvı gaitanın istem dışı kaybı olarak tanımlanan fekal inkontinans, hasta yaşam kalitesini oldukça düşüren bir patolojidir⁽¹⁾. Fekal inkontinans prevalansı erişkin kadınlar arasında % 2-15 oranında değişebilmektedir⁽²⁾. Rektal prolapsus, irritable barsak sendromu gibi kolorektal hastalıklar; spina bifida, meningo-myelosele gibi konjenital anomaliler; demans, pudental sinir hasarı gibi nörolojik durumlar fekal inkontinansa neden olabilmekle birlikte, bu patolojinin en sık görülme sebebi obstetrik anal sfinkter yaralanmalarıdır⁽³⁾. Anal sfinkter hasarı vajinal doğum yapan her 5 kadından birinde oluşabilmekte, bu kadınların yaklaşık 1/3'ünde, semptomları doğumdan yıllar sonra ortaya çıkabilen anal inkontinans bulguları görülebilmektedir⁽⁴⁾. En büyük risk grubu 3.-4. derece vajinal laserasyon izlenen obstetrik anal sfinkter hasarı olan kadınlardır. Her ne kadar 3.- 4. derece vajinal laserasyonların primer onarımı doğum sırasında gerçekleştirilse de, bu hastalarda anal inkontinans % 50'nin üzerinde görülmektedir⁽⁵⁾. İşte bu hastalara obstetrisyenler veya koloproktolojistler tarafından gerçekleştirilen sekonder anal sfinkter onarımı (SASO) uygulanmaktadır. SASO ile ilgili olarak literatürde operasyon tekniği, kullanılan sütür materyali, kolostomi yada antibiyotik profilaksisi gerekliliği, onarımı takiben gerçekleşecek doğumun şekli konusunda fikirbirliği yoktur⁽⁶⁾. Biz bu çalışmamızda 2009-2010 yıllarında fekal inkontinans sebebiyle kliniğimizde SASO uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirmeyi ve literatürle karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2009-2010 yıllarında Gaziantep Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'da fekal inkontinans nedeniyle SASO operasyonu uygulanan 17 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalardan 16'sına telefonla ulaşılarak anket formunda obstetrik hikayeleri ve şikayetlerindeki düzelme sorgulanmıştır.

SASO uygulanan tüm hastalara postoperatif zorlu defekasyona bağlı sütür hasarının önlenmesi ve olası kolostomi ihtiyacı gözönüne alınarak preoperatif 90 ml sodyum fosfat ve 3*500 mg metranidazol ile barsak hazırlığı uygulanmış, postoperatif 10 gün laksatif kullanımı önerilmiştir. SASO uçuca anastomoz yöntemi

ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların hiçbirine kolostomi uygulanmamıştır. Tüm hastalara intraoperatif 1.v. 2*500 mg sefuroksim ve 2*500 mg metranidazol ile ikili antibiyotik profilaksisi uygulanmıştır. Antibiyotik profilaksisi postoperatif 7 gün 2*500 mg sefuroksim ve 2*500 mg metranidazol ile oral olarak sürdürülmüştür.

Operasyon tekniği: Rektovajinal bileşkedeki skar dokusunun keskin diseksiyonla avive edilmesini takiben vajen ve rektum mukozası serbestleştirilmiştir. Her iki tarafta anal sfinkter loju Metzenbaum makas ucu ile diseke edilmiştir. Bu açıklıklardan Alice klempler yönlendirilerek sedef renginde kuvvetli birer anal sfinkter bandı yakalanmıştır. Varsa rektum mukoza hasarı 2/0 lactomer (Polysorb, USA) ile kontinü sütürle onarılmış, takiben her iki uca yakalanan kuvvetli sedef rengi anal sfinkter bantları uçuca getirilmiş, bu bantlar 0 numara atravmatik lactomer (Polysorb, USA) ile çok gergin olmayan 2-3 adet sütür konularak birbirine bağlanmıştır. Vajen mukozasının kapatılmasını takiben perine onarımı tamamlanmıştır.

SONUÇLAR

2009-2010 yıllarında Gaziantep Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'da fekal inkontinans sebebiyle sekonder uçuca anastomoz uygulanan hastaların ortalama (min-max) yaşı 24.8 (21-40), gravidası 2.4 (1-3) dür. Operasyondan sonra geçen ortalama (min-max) süre 13.4 (4-25) ay olarak saptanmıştır. Tüm hastaların şikayetlerinin ilk doğumdan sonra başladığı ancak multipar hastalardaki şikayetlerin diğer doğumları takiben arttığı öğrenilmiştir. Hastaların son doğumu ile SASO arasında geçen süre ortalama (min-max) 13.8 (6-120) ay olarak izlenmiştir. Hastaların 3'ünde fekal inkontinans düzelirken gaz inkontinansının devam ettiği, 9'unda şikayetlerinin tamamen düzeldiği, 4'ünde fekal inkontinansın devam ettiği izlenmiştir (Tablo I). Bu durumda hastaların % 75 inde fekal inkontinansa düzelme izlenmiş, semptomlarda düzelme izlenen hastaların %25'inde gaz inkontinansının devam ettiği saptanmıştır. Hasta sayısı yeterli olmamakla birlikte fekal inkontinans süresi ile postoperatif klinik iyileşme arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

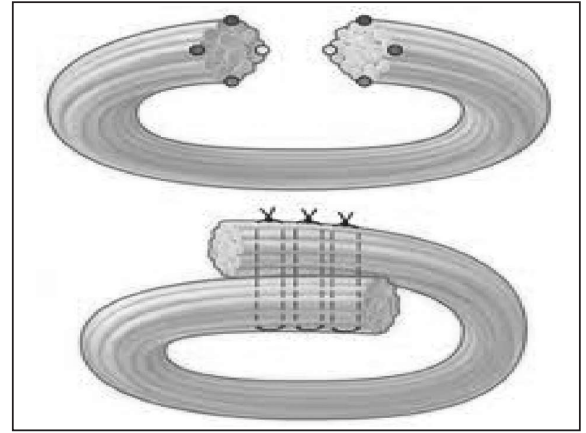
TARTIŞMA

Anal inkontinans; fekal ve gaz inkontinansı ile kendini gösteren sosyal ve hijyenik bir problemdir⁽⁷⁾. Fiziksel ve psikolojik olarak kadınların yaşam kalitelerini düşüren bu problem, çoğu zaman hastaların utanması sebebiyle hekimlere dahi söylenememektedir. Yapılan bir çalışmada fekal inkontinansı bulunan hastaların 1/3'ünün daha önce bu konuyu bir hekimle görüşmediği saptanmıştır⁽⁸⁾. Dolayısıyla fekal inontinans sıklığını, bu durumun vajinal doğum ile ilişkisini, uygulanan tedavilerin sonuçlarını değerlendirmek oldukça zordur.

Anal inkontinans oluşumuna vajinal doğuma bağlı obstetrik anal sfinkter hasarının belirgin katkısı olduğu bilinmektedir⁽⁹⁾. Obstetrik anal sfinkter hasarı, doğum sırasında açık bir şekilde görülebileceği gibi, doğumdan sonra yapılan ultrasonografik değerlendirme ile okult olarak da saptanabilir. Literatürde vajinal doğum sırasında açık anal sfinkter hasarının % 0.5-3 oranında görüldüğü belirtilmekle birlikte^(10,11), okult anal sfinkter hasarının primipar kadınların %35'inde görüldüğü ve bu durumun anal inkontinansla anlamlı ölçüde ilişkili olduğu vurgulanmaktadır^(12,13). Obstetrik anal sfinkter hasarı varlığında, bu hasarın saptanamadığı durumlarda anal inkontinans görülmesi kaçınılmazdır. Malesef sfinkter hasarının saptandığı durumlarda ise primer onarımı takiben anal inkontinans görülme olasılığı %50 ve üzeri olarak belirtilmektedir^(5,14). İşte bu saptanamayan okult obstetrik anal sfinkter hasarı bulunan yada primer onarım yapılmasına rağmen anal

inkontinans bulguları izlenen hastalara geç dönemde sekonder onarım yapılmaktadır.

SASO için uçuca anastomoz ve üstüste sfinkteroplasti olmak üzere iki metod tanımlanmıştır (Şekil 1). Literatürde daha çok obstetrisyenler tarafından uygulanan uçuca anastomoz tekniği ile sıklıkla koloproktolojistler tarafından uygulanan üstüste sfinkteroplasti yöntemlerini karşılaştıran prospektif randomize çalışmalar oldukça sınırlıdır^(4,5). Cochrane veritabanına göre bu iki yöntemin fekal inkontinansı düzeltme başarısı açısından fark bulunmamaktadır⁽¹⁵⁾. Bu konuda Tjandra ve ark.'nın yürüttüğü randomize çalışmada başarı açısından iki grup arasında fark bulunamamış, başarı oranları aynı olan iki yöntem arasında teknik olarak daha kolay olan uçuca anastomoz yönteminin morbiditeyi azaltabileceği vurgulanmıştır⁽¹⁶⁾. Biz de kliniğimize fekal inkontinans şikayeti ile başvuran tüm hastalara uçuca anastomoz tekniği ile SASO uyguladık.



Şekil 1: İki tip anal sfinkter onarımı.

Tablo 1: Sekonder anal sfinkter onarımı uygulanan hastaların sonuçları.

Hasta No	Yaş	Parite	Operasyondan sonra geçen süre (ay)	Düzelme	Gaita inkontinansı	Gaz inkontinansı
1	22	3	13	+	-	+
2	26	3	10	-	+	+
3	40	3	14	+	-	-
4	23	2	4	+	-	-
5	21	2	11	+	-	-
6	24	3	18	-	+	+
7	22	2	9	+	-	-
8	25	3	16	+	-	+
9	24	2	8	-	+	+
10	23	1	22	+	-	-
11	28	3	13	+	-	-
12	24	2	11	-	+	+
13	26	2	25	+	-	+
14	23	2	14	+	-	-
15	21	2	16	+	-	-
16	25	3	10	+	-	-
Ortalama	24.8	2.4	13.4	12	4	7

Literatürdeki veriler fekal inkontinans sebebiyle geç dönemde SASO uygulanan hastaların daha çok koloproktolojistler tarafından üstüste sfinkteroplasti yöntemi uygulama sonuçlarını içermektedir. Buna göre başarı oranları %50 ile %78 arasında değişmekle birlikte ortalama %60 olarak belirtilmektedir^(4,17-20). Biz de kliniğimizde son doğumundan ortalama 13.8 ay sonrası gibi geç dönemde fekal inkontinansı bulunan hastalarımıza ucuca sfinkteroplasti uygulayarak %75 oranında şikayetlerde düzelme izledik. Sonuçlarımızı literatürle uyumlu olarak değerlendirdik. Bu analizde; literatürde belirtilen operasyondan sonra zamanla anal inkontinans skorlarında bozulma oranını belirleyememekle birlikte, %75 başarı oranını operasyondan ortalama 13.4 ay sonra saptamamız operasyon tekniğimizin etkin olduğu fikrini oluşturmuştur.

Sonuç olarak genel kanının aksine geç dönemde koloproktolojistler tarafından üstüste sfinkteroplasti şeklinde uygulanan SASO, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından daha az morbiditesi olan ucuca anastomoz yöntemi ile uygulanarak başarılı sonuçlar alınabilir. İki yöntemi karşılatıran, fekal inkontinans cerrahisinde başarıyı belirleyen prognostik faktörleri ortaya koyan randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. AbramsP, CardozoL, KhouryS, et al. Incontinence. In: 3rd International Consultation on Incontinence. MonteCarlo, Monaco. 26-29 June 2004: Public Health Publications; 2005.
2. Dorcaratto D, Martínez-Vilalta M, Parés D. Current indications, surgical technique and results of anterior sphincter repair as a treatment of faecal incontinence. *Cir Esp*. 2010; 87: 273-81.
3. Wheeler TL 2nd, Richter HE. Delivery method, anal sphincter tears and fecal incontinence: new information on a persistent problem. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19: 474- 9.
4. Goetz LH, Lowry AC. Overlapping sphincteroplasty: is it the standard of care? *Clin Colon Rectal Surg*. 2005; 18: 22- 31.
5. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'HerilhyC. Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repairfollowing obstetrical injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000; 89: 159- 63.
6. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res*. 2002; 13; 2: 9.
7. Sultan AH. Clinical Focus: Obstetric perineal injury and faecal incontinence after childbirth - Editorial: Obstetrical perineal injury and anal incontinence. *Clinical Risk* 1999; 5: 193- 6.
8. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 33- 6.
9. Assassa R, Williams K, et al. Evaluation of services for urinary dysfunction. *MRC Clinical Trials Directory* 2000, 74.
10. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308: 887- 91.
11. Tetzschner T, Sorenson M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1040.
12. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI, Chir M. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905- 11.
13. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR, O'Herilhy C. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 955- 61.
14. Goffeng AR, Andersch B, Andersson M, Berndtsson I, Hulsten L, Ores-land T. Objective methods cannot predict anal incontinenceafter primary repair of extensive anal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 439- 43.
15. Tjandra JJ, Han WR, Goh J, Carey M, Dwyer P. Direct repair vs overlapping sphincter repair: a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 937- 42.
16. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19; 3: CD002866.
17. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000; 355: 260- 5.
18. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, Bartram CI, Nicholls RJ. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. *Br J Surg* 1994; 81: 1231- 4.
19. Ternent CA, Shashidharan M, Blatchford GJ, Christensen MA, Thorson AG, Sentovich SM. Transanal ultrasound and anorectal physiology findings affecting continence after sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum*1997; 40: 462- 7.
20. Buie WD, Lowry AC, Rothenberger DA, Medoff RD. Clinical rather than laboratory assessment predicts continence after anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1255- 60.