

# Anorektal Bölge Apselerinde EAUS (Endoanal Ultrasonografi) Kullanımının Tedavi Yaklaşımına ve Sonuçlarına Etkileri

Ergün Yücel<sup>\*</sup>, İlker Sücüllü<sup>\*</sup>, Ali İlker Filiz<sup>\*</sup>, Yavuz Özdemir<sup>\*</sup>, Sezai Demirbaş<sup>\*\*</sup>, M.Levhi Akın<sup>\*</sup>

## Özet

**Amaç:** Anal sinüslerin tıkanması sonucunda intersfinkterik planda oluşan apsenin farklı yayılımlar göstermesiyle, intersfinkterik, perianal, iskiorektal, supralevator apseler gelişebilir. Apse yerleşimlerinin belirlenmesinde son 10-20 yıl içerisinde artan sıklıkla endoanal ultrason (EAUS)' dan yararlanılmaktadır. Bu çalışmada, muayene sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastalarımıza yaptığımız EAUS inceleme sonuçlarımızı ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:** Haziran 2006-Ekim 2008 tarihleri arasında, makatta ağrı, şişlik, ateş yakınmaları ile servisimize müracaat eden, fizik muayeneleri sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastaların, EAUS inceleme ile apse tipi ve yerleşim yeri belirlendikten sonra tedavileri yapıldı.

**Bulgular:** Toplam hasta sayısı (45 E/ 8 K) 53, yaş ortalaması 37,2 (21-71) idi. Yapılan EAUS sonrasında apse yerleşimleri perianal 12 (%22,6), iskiorektal 10 (%18,9), intersfinkterik 19 (%35,8), supralevator 6 (%11,3), submukozal 3 (%5,7) olarak tespit edilmiş olup 3 (%5,7) hastada ise apse saptanmamıştır. Yerleşim yeri ve çevre dokularla ilişkileri belirlenen apselerin tedavileri düzenlenmiştir. Hastalar ortalama 11 (4-24) ay takip edilmiştir.

**Sonuç:** Anorektal bölge apselerinde, uygulanacak cerrahi seçiminde; cerrahın tecrübesi, hastane imkanları, hastanın hikayesi ve beklentileri, apsenin bölge anatomisindeki yeri ve çevre dokularla ilişkilerinin belirlenmesi etkili olmaktadır. EAUS'nin bu aşamada hızlı, kolay uygulanabilir, maliyeti düşük, hasta tarafından rahat kabul edilen, öğrenme eğrisi kolay bir tetkik olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Anorektal apse, endoanal ultrason.

Anorektal bölgedeki anatomik oluşumlar arasında meydana gelen apselerin gelişiminde spesifik ve non-spesifik faktörler rol oynamaktadır. Apse olgularının % 90 dan fazlasında anal gland enfeksiyonu söz konusudur (1). Anal glandlar iç sfinkterin içerisine doğru yerleşmiş ve yarısına yakını intersfinkterik plana doğru uzanan özellikle arka bölümde daha yoğun yerleşmiş anal sinüslere açılan yapılarıdır (2). Anal gland kanalının tıkanmasına bağlı olarak gelişen staz ve enfeksiyon küçük intersfinkterik apse oluşumu ile sonuçlanır. Tanımlanan

etyopatogenez sonucunda intersfinkterik planda oluşan apse farklı yayılımlar gösterebilir. Apseler, oluştukları yer ve yayılım yollarına göre klasik olarak intersfinkterik, perianal, iskiorektal, supralevator apseler şeklinde sınıflandırılırlar (1). Sadece fizik muayene ile perianal apsenin lokalizasyonu çevre doku ve kaslarla ilişkisi tam olarak değerlendirilemez (3). Apse yerleşimlerinin belirlenmesinde son 10-20 yıl içerisinde artan sıklıkla endoanal ultrason (EAUS) dan yararlanılmaktadır (4,5).

Bu çalışmada, muayene sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastalarımıza yaptığımız EAUS inceleme sonuçlarımızı ortaya koymayı amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Haziran 2006-Ekim 2008 tarihleri arasında, makatta ağrı, şişlik, ateş yakınmaları ile servisimize müracaat eden, fizik muayeneleri sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastaların,

\*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar, İstanbul

\*\*GATA Genel Cerrahi ABD, Öğretim Üyesi, ANKARA

**Yazışma Adresi:** Yrd.Doç.Dr. İlker SÜCÜLLÜ

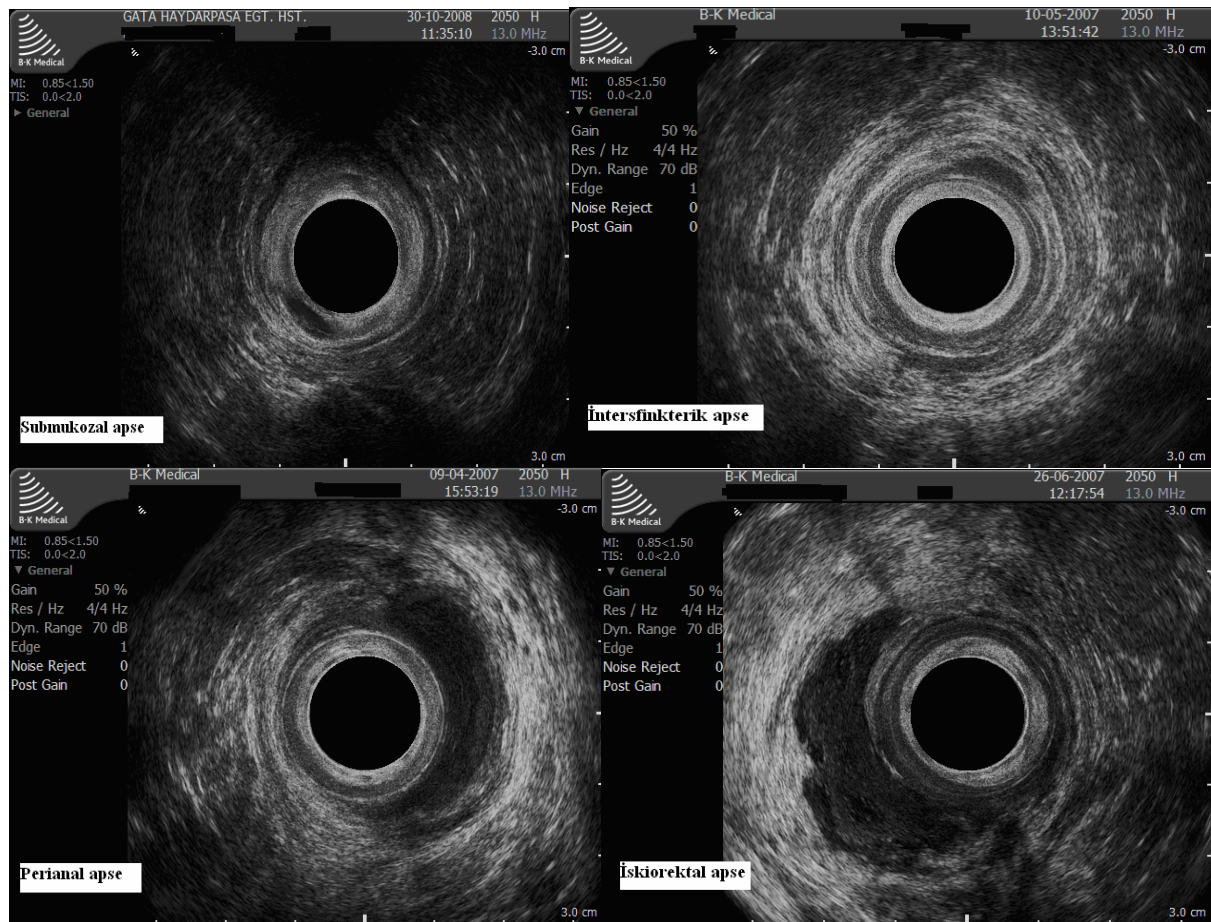
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi  
34668 Üsküdar- İSTANBUL

Tel:0.216.5422020 / 4018

E -Posta: suculluilker@yahoo.com

Tablo 1. Apse tipleri ve uygulanan ameliyatlara

Ameliyatlara	Submukozal	İntersfinkterik	Perianal	İskiorektal	Supralevator	Toplam
EAUS eşliğinde ponksiyon	3	5				8
İnsizyon+apses drenajı		10	12	6		28
İnsizyon+apses drenajı+seton		4		4		8
Transrektal internal drenaj					3	3
Kolostomi+ insizyon + drenaj					3	3
Toplam	3	19	12	10	6	50



Resim 1. EAUS incelemede çeşitli perianal apse görüntüleri

EAUS (B-K Medical 2050 Prob, Danimarka) inceleme ile apse tipi ve yerleşim yeri belirlendikten sonra cerrahi tedavileri yapıldı.

### Bulgular

Hasta sayısı 53 (45 erkek 8 kadın), yaş ortalaması 37,2 (21-71) idi. Yapılan EAUS inceleme sonrasında; apse yerleşimleri perianal

12 (%22,6), iskiorektal 10 (%18,9), intersfinkterik 19 (%35,8), supralevator 6 (%11,3), submukozal 3 (%5,7) olarak tespit edilmiş olup 3 (%5,7) hastada ise apse saptanmamıştır (Resim 1).

Supralevator apsesi olan 3 hastaya loop kolostomi + perianal insizyon + apses drenajı diğer 3 hastaya ise transrektal internal drenaj uygulandı. Submukozal 3 ve intersfinkterik 5

apseye EAUS rehberliğinde ponksiyon yapıldı. 10 intersfinkterik, 6 iskiorektal ve 12 perianal apseye insizyon + apse drenajı uygulandı. İskiorektal 4 ve diğer 4 intersfinkterik apseye ise insizyon + apse drenajı + gevşek seton uygulandı (Tablo 1). Hastalar ortalama 11 ay (4-24) takip edildi.

Takipte, 1 supralelevator, 1 intersfinkterik ve 1 iskiorektal olmak üzere toplam 3 (%6) hasta apse nüksü ile müracaat ederek yeniden tedavi edildiler. Yine takipte; internal drene edilen 1 supralelevator, insizyon + apse drenajı ile tedavi edilen 2 ve insizyon + apse drenajı + gevşek seton uygulanan 1 hasta olmak üzere toplam 3 iskiorektal ve insizyon + apse drenajı ile tedavi edilen 1 intersfinkterik toplam 5 (%10) apsede fistül gelişti. (Nüks eden 3 apsede tedavileri sonrasında fistül gelişti ve bu grubun içinde değerlendirildi). Tedavi sonrasında sadece 2 hastada gaz inkontinansı oluştu. Kolostomi + insizyon + drenaj yapılan bir hastada ise tam inkontinans gelişti. Kolostomi açılarak perianal 270 derece insizyon + drenaj uygulanan bir hasta bir ay sonra akut myolositler lösemi tedavisi esnasında exitus oldu.

### Tartışma

Anorektal bölge apse ve fistüllerinin, aynı patolojik anatomik değişikliklerin akut ve kronik formları olduğu, ayrıca cerrahi olarak tedavi edilen apselerin yaklaşık % 30-40'nın fistül olarak tekrar müracaat ettikleri düşünüldüğünde apse yerleşimi ve etraf dokularla ilişkisi cerrahi süreç öncesi iyi değerlendirilmelidir (6). Prasad ve ark.(7). 1981 yılında yaptıkları çalışmada, 506 apse olgusunda % 48 perianal, % 22 iskiorektal, %12 intersfinkterik, % 9 supralelevator, % 5 intermuskular, % 4 submukozal apse saptanmıştır. Daha sonraki çalışmalarda da buna benzer oranlarda apse tipleri bildirilmiş olup apse lokalizasyonu ve çevre ilişkilerinin iyi anlaşılabilmesi için anestezi altında muayene önerilmiştir (8). Çalışmamızda apse tiplerinin oranlarına bakıldığında sırasıyla intersfinkterik 19 (%35,8), perianal 12 (%22,6), iskiorektal 10 (%18,9), supralelevator 6 (%11,6) ve submukozal 3 (%5,7) olarak saptanmıştır.

Sıklıkla anal bölgede şişlik ve ağrı şikayeti ile gelen hastalarda sistemik belirtilerde gelişebilir. Özellikle dışkılama, oturma ve kınama ile ağrı daha da şiddetlenir. Bu belirtilerin olması ile fizik muayenede büyük oranda apse tanısı konur. Fakat apsenin lokalizasyonu çevre doku ve kaslarla ilişkisi tam olarak değerlendirilemez. Özellikle intersfinkterik apseyi tüm bölge apselerinin başlangıcı olarak düşünürsek tanısı oldukça güç olan bu apse şeklini tanımak ve erken tedavi

etmek hem hastanın şikayetlerinin geçmesine hemde daha komplike bir apsenin gelişmesini önlemek açısından önemlidir (3).

Uygulanan cerrahi girişimlerde standart yaklaşım drenaj olmakla birlikte drenaj yeri, apse lokalizasyonu, çevre dokularla ilişkisi saptanarak ek cerrahi işlemlere gerek olup olmadığına karar vermek, nüks apse ve perianal fistül oluşumunda belirleyici olmaktadır (9). Wu (10) tedavi ettiği 72 olguluk seride, 57 olguya fistülotomi diğer 15 vakaya ise insizyon + drenaj yapmış ve fistülotomi grubunda 4, insizyon drenaj grubunda 5 olguda nüks apse veya fistül geliştiğini, bu olguların 5 tanesinin iskiorektal apse olgusu olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da en sık rekürrens iskiorektal apse grubunda (3 fistül, 1 nüks apse) saptanmıştır. Holzheimer'in (11) 2006 yılında yaptığı primer ve sekonder fistülotomiye karşılaştıran, 63 çalışmayı içeren meta-analizinin sonucunda, seçilecek tedavinin cerrahın tecrübesine, hastanenin yapısına (uzman, malzeme ve anestezi), hastanın hikayesine ve hastalığın lokal anatomik durumuna bağlı olduğu bildirilmiştir. Ameliyatların temelinde insizyon + drenaj olmakla birlikte diğer ilave prosedürler belirtilen prensipler içinde kendi olgularımıza da uygulanmış olup EAUS bu aşamada yüksek doğruluk oranları ile cerrahi stratejinin belirlenmesinde etkin rol oynamıştır.

Literatürdeki çalışmaların ortak noktası apse veya fistüllerde anatomik lokalizasyonun tam belirlenmesi, ilave apse poşu ve fistül traktlarının saptanması sonrası titiz bir cerrahi uygulamak yönündedir (4,10,11). Uygulanacak cerrahi seçiminde; cerrahın tecrübesi, hastane imkanları, hastanın hikayesi ve beklentileri, apsenin bölge anatomisindeki yeri ve çevre dokularla ilişkilerinin belirlenmesi etkili olmaktadır.

Anorektal bölge apseleri sık uygulanan acil cerrahi girişimler içerisinde yer almakta olup geç tedavi edildiğinde bölge anatomik yapısından dolayı daha komplike hastalıklar olarak karşımıza çıkmakta, tedavileri komplike ve morbidite oranları yüksek olmaktadır. Apsenin bölge anatomisindeki yerinin ve ilişkilerinin tam belirlenmesi ayrıca tanısı oldukça zor olan ve apsenin başlangıcı olarak değerlendirilen intersfinkterik apsenin erken fark edilerek tedavisinin, anatomik yapılarla ilişkilerin tam anlaşılabilir yapılması sonrasında kronik evre lezyonu olarak karşımıza çıkan fistülleri ve komplikasyonları azaltacağını düşünmekteyiz. EAUS nin hızlı, kolay uygulanabilir, maliyeti düşük, hasta tarafından rahat kabul edilen, öğrenme eğrisi kolay bir tetkik olarak ilk sırada kullanılacak ve tedavi şeklini belirlemede olumlu

yönde etki eden bir görüntüleme yöntemi olduğu düşüncesindeyiz.

## The Effects Of EAUS (Endoanal Ultrasonography) Use On The Management And Outcomes Of Anorectal Abscesses

### Abstract

**Aim:** *The obstruction of anal sinuses causes an abscess formation on the intersphincteric plane and leads to intersphincteric, perianal, ischiorectal and supralelevator abscesses by spreading in different ways. Endoanal ultrasonography (EAUS) is being utilized more frequently for the detection of abscess localization in the last 10-20 years. In this study, we aimed to introduce our results with EAUS which had been performed on the patients upon a suspicion of anorectal abscess at the physical examination.*

**Methods:** *Between June 2006-October 2008, the patients applying to our center with fever, anal pain and swelling at the anal region and thought initially to have a suspicious anorectal abscesses at the physical examination, were treated after the detection of type and localization of the abscess with EAUS.*

**Results:** *A total of 53 patients (45 male, 8 female) were evaluated and the mean age was 37,2 (21-71) years. Perianal abscess in 12 patients (%22,6), ischiorectal abscess in 10 patients (%18,9), intersphincteric abscess in 19 patients (%35,8), supralelevator abscess in 6 patients (%11,3) and submucosal abscess in 3 patients (%5,7) were detected by performing EAUS. No abscess was detected in 3 patients (%5,7). The surgeries of the patients whose abscesses had been identified according to their types and localizations were performed, accordingly. The median follow up period was 11 (4-24) months.*

**Conclusion:** *Experience of the surgeon, possibilities of the hospital, history and expectations of the patient, localization and relationship with surrounding tissue of the abscess are effective at deciding the surgical procedure in anorectal abscesses.*

**Key words:** *Anorectal abscess, endoanal ultrasonography.*

### Kaynaklar

1. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in- ano. Br Med Jr 1961; 1: 463-469
2. Jorge JNM. Anorectal Anatomy and Physiology. In Beck DE, Wexner SD (Eds) Fundamentals of Anorectal Surgery. 2nd Ed. W.B.Saunders, London, 1998.
3. Yücel T. Anorektal Abse ve Fistüller. Alemdaroğlu K. Akçal T. Buğra D.(Ed) Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. 2.Baskı. İstanbul: Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hizmetleri Ltd. Şti., 2004.
4. Graf D, Aeberhard P. Imaging of peri-anal and perirectal abscesses and fistulae using endoluminal ultrasound diagnosis. Swiss Surg. 1995; 6: 294-297.
5. Felt-Bersma RJ. Endoanal ultrasound in perianal fistulas and abscesses. Dig Liver Dis. 2006; 38:537-543.
6. Chrabot CM, Prasad ML, Abcarian H. Recurrent anorectal abscesses. Dis Colon Rectum. 1983 26; 2:105-108.
7. Prasad ML, Read DR, Abcarian H. Supralelevator abscess: diagnosis and treatment. Dis Colon Rectum. 1981; 246: 456-461.
8. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum. 1984; 27: 593-597.
9. Thomas P. Decision making in surgery: acute anorectal sepsis. Br J Hosp Med. 1993; 18-31: 50: 204-205.
10. Wu CL. Experience on the treatment of acute anorectal abscess with primary fistulotomy. Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi . 1990; 6: 218-223.
11. Holzheimer RG, Siebeck M. Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess- how to get the best results. Eur J Med Res. 2006; 14:501-515.