

# Hemoroidektomiye Bağlı Anal Stenoz Tedavisinde V-Y Anoplasti

## *V-Y Anoplasty in the Treatment of Anal Stenosis due to Hemorrhoidectomy*

RAMAZAN ERYILMAZ, İSMAİL OKAN, GÜRHAN BAŞ, ARDAL IŞIK, MUSTAFA ŞAHİN  
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Cerrahi Kliniği, İstanbul

### ÖZET

Anal stenoz nadir görülen bir patoloji olup, epitelyum hattının farklı derecelerde fibröz bağ dokusuna dönüşerek anal kanalın anormal daralmasını ifade eder. Anorektal cerrahi ameliyatlarının komplikasyonu olup, çoğunlukla hemoroidektomi sonrası görülür. Anal stenozun etkili cerrahi tedavisi güçtür. Bu çalışmada hemoroidektomiye bağlı gelişen 2 anal stenoz olgusu ve cerrahi tedavide uygulanan V-Y anoplastiyi sunmayı amaçladık. Olgu 1: 45 yaşında erkek hasta. Grade 4 hemoroid nedeniyle 1 yıl önce LigaSure hemoroidektomi uygulanan hastada 3 ay sonra anal stenoz gelişti. Diyet tedavisi yanında 3 kez buji dilatasyonu ile yeterli sonuç alınamayınca tek taraflı V-Y anoplasti yapıldı. Olgu 2: 38 yaşında kadın hasta. Grade 4 hemoroid nedeniyle 10 ay önce LigaSure hemoroidektomi yapılan hastada 2 ay sonra anal stenoz gelişti. Diyet ve 2 kez yapılan buji dilatasyonu ile şikayetleri gerilemeyen hastaya tek taraflı V-Y anoplasti uygulandı. Postoperatif dönemde dışkılama güçlüğü, anal ağrı ve kanama şikayetleri geçen hastaların ortalama 6 aylık takiplerinde komplikasyon ve nüks görülmedi. Sonuç olarak; diyet ve dilatasyon tedavisine cevap vermeyen şiddetli anal stenoz tedavisinde V-Y anoplasti etkili bir cerrahi yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** Anal stenoz, V-Y anoplasti, Hemoroid

Başvuru Tarihi: 09.08.2008, Kabul Tarihi: 09.10.2008

Dr. Ramazan Eryılmaz

Emlak Blokları E-4 Blok/55 Fatih-İstanbul 34091

Tel: 0212 621 89 87, Fax: 0212 621 75 80

e-mail: ramazaneryilmaz@hotmail.com

\*28-31 Mayıs 2008'de Antalya'da yapılan Ulusal Cerrahi Kongresi 2008'de poster olarak sunulmuştur.

### ABSTRACT

Anal stenosis is a rare entity which is characterized by an abnormal narrowing of anal canal due to progressive fibrosis of anal epithelium. It is a complication of anorectal surgery where mostly encountered after hemorrhoidectomy. The effective treatment of anal stenosis is difficult. We aimed to present two cases of anal stenosis developed after hemorrhoidectomy and V-Y anoplasty for their surgical management. Case 1: 45-years old male patient underwent LigaSure hemorrhoidectomy 1 year ago for Grade 4 internal hemorrhoids. Three months later he developed anal stenosis. Since both dietary treatment and anal dilatation did not give effective results, patient underwent V-Y anoplasty. Case 2: 38-year old female patient underwent LigaSure hemorrhoidectomy 10 months ago for Grade 4 internal hemorrhoids. Anal stenosis which was refractory to dietary measurements and anal dilatation developed 2 months later. A one-sided V-Y anoplasty was performed to the patient.

Anal pain, strained defecation and bleeding complaints of both patients disappeared postoperatively. There was neither any complications nor recurrence detected during 8 months follow-up. V-Y anoplasty is an effective method for anal stenosis which is refractory to dietary measurements and repeated anal dilatations.

**Key words:** Anal stenosis, V-Y anoplasty, Hemorrhoids

### Giriş

Anal stenoz (AS) nadir görülen bir patoloji olup, epitel hattının farklı derecelerde fibröz bağ dokusuna dönüşerek anal kanalın anormal daralmasını ifade eder.<sup>1</sup> AS anoderimde skar oluşumuna neden olan tüm patolojilerin sonucu gelişebilir. Olguların çoğunluğunda etyoloji cerrahi travma, inflamatuvar hastalıklar, neoplaziler ve radyoterapidir.<sup>2,3</sup> Klasik olarak AS "Whitehead hemoroidektomi"si sonrası görülür.<sup>2</sup> Günümüzde bu ameliyatın hemoroidal hastalığın cerrahi tedavisinden kalkmasına rağmen AS hala en sık hemoroidektomi komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Agresif hemoroidektomi geniş anoderm doku ve hemoroidal rektal mukoza eksizyonu yapılması ile anal kanalda skar gelişimine ve progressif kronik stenoz ile sonuçlanır.<sup>2</sup> Hemoroid tedavisinde günümüzde LigaSure ile hemoroidektomi ile kısa ameliyat süresi, peroperatif az kanama ve postoperatif az ağrı oluştuğunu bildiren yayınlar mevcuttur.<sup>4,5</sup> Anal stenozun etkili cerrahi tedavisi güçtür. Stenozun şiddetine ve yerleşimine göre bugüne kadar pek çok ameliyat tekniği uygulanmıştır. Bu çalışmada hemoroidektomiye bağlı gelişen 2 anal stenoz olgusu ve cerrahi tedavide uygulanan V-Y anoplastiyi sunmayı amaçladık.

### Olgu Sunumları

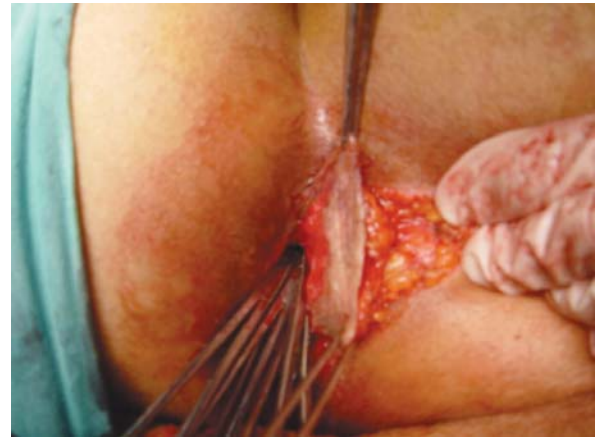
**Olgu 1:** 45 yaşında erkek hasta. Grade 4 hemoroid nedeniyle 1 yıl önce LigaSure hemoroidektomi uygulanan hastada 3 ay sonra anal stenoz gelişti. Dışkılama güçlüğü, ağrı, kanama şikayetleri olan hastaya diyet tedavisi yanında 3 kez buji dilatasyonu ile yeterli sonuç alınamayınca tek taraflı V-Y anoplasti yapıldı.



*Resim 1. Anal stenoz görünümü ve ameliyatın planlanması.*

**Olgu 2:** 38 yaşında kadın hasta. Grade 4 hemoroid nedeniyle 10 ay önce LigaSure hemoroidektomi yapılan hastada 2 ay sonra anal stenoz gelişti. Anal bölgede stenoz yanında ektropiyon da mevcut olan hastada perianal ağrı, konstipasyon, kanama ve anal akıntı şikayetleri mevcuttu. Diyet ve 2 kez yapılan buji dilatasyonu ile şikayetleri gerilemeyen hastaya tek taraflı V-Y anoplasti uygulandı.

Hastaların muayenesinde her ikisinde de stenoz şiddetine göre şiddetli derecede, yerleşimine göre alt seviyeli stenoz saptandı.



*Resim 2. Eksizyon sonrası V-Y flep kaydırılması.*

Uygulanan ameliyat tekniği: V-Y anoplasti başlangıçta anal ektropiyon tedavisi için Rosen tarafından geliştirilmiştir.<sup>6</sup> Skar dokusu tek taraflı eksize edildikten sonra stenozun rahatlayıp rahatlamadığı incelenir. Eğer yeterli anal açıklık elde edilemezse diğer taraftaki skar dokusu da eksize edilerek anoplasti çift taraflı olarak yapılır. Eksize edilen skar dokusu sonrası oluşan defekti kapatmak için anoderme doğru uzanan ve defekte göre geniş tabanlı V tarzında bir insizyon yapılır. Cilt altına doğru inilerek damar pleksusu korunarak izole bir doku adacağı defekte doğru kaydırılır ve 4/0 polyglactin dikişlerle tespit edilir. Donör kısım ise Y bacağına oluşturacak şekilde primer olarak kapatılır. Postoperatif birinci gün kanama şikayeti saptanmayan iki hasta da 3, 7 ve 10. günlerde kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Taburcu edilirken ağrı şikayeti olursa nonsteroid antienflamatuvar ilaç günde iki defa ve metranidazole 500 mg tablet günde iki defa oral kullanım için reçete edildi. Hastaya yüksek lifli diyet ve günde iki defa povidon-iyotlu oturma banyosu önerildi. Erken

dönem kontrol muayenelerinde flep nekrozu gibi sorunla karşılaşmayan hastalarda dışkılama güçlüğü, anal ağrı ve kanama şikayetleri ortadan kalktı. Ortalama 6 aylık takiplerinde komplikasyon ve nüks görülmedi.



*Resim 3. Ameliyatın tamamlanmış şekli.*

### Tartışma

AS anorektal cerrahinin en sıkıntılı komplikasyonlarından biridir. Bu patolojinin nadir olması ve değişik merkezler tarafından bildirilen olgu serileri nedeniyle geniş bir etyolojik spektrum mevcuttur. Posthemoroidektomi: %31-62, Bowen hastalığı: %26, Fistülotomi: %4-17, İleoanal anastomoz: %5-10, Paget hastalığı: %7-53; Kronik laksatif kullanımı: %17, kondiloma akuminata: %6, melanom rezeksiyonu: %5, sfinkteroplasti: %5, Grasilis transpozisyonu: %5, Kriyocerrahi: %4, postanal onarım: %4, radyasyon: %4, fissürektomi: %2. Hemoroidektomi en sık cerrahi neden olup, %1.5 ile %3.8 arasında değişir. <sup>2,3,7,8</sup> Bizim her iki AS olgumuz LigaSure hemoroidektomi sonrası gelişmişti. AS stenozun şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır. Hafif: dar anal kanal iyice kayganlaştırılmış işaret parmağı veya orta boy bir Hill-Ferguson ekartörü ile muayene edilebilir. Orta: İşaret parmağı veya Hill-Ferguson ekartörü ile daralmış anal kanalı muayene etmek için çok güçlü bir dilatasyon gereklidir. Şiddetli: ne küçük parmak ne de küçük boy Hill-Ferguson ekartörü çok güçlü dilatasyon yapılmadan dar anal kanala sokulabilir. <sup>2,9</sup> Bizim her iki olgumuz da 2 ve 3 ay sonra şiddetli AS haline geldi. AS seviyesine göre alt, orta ve üst seviyeli olabilir. Alt seviye: distal anal kanalda dentat çizgiden 0.5 cm aşağıda, orta seviye: Dentat çizginin 0.5 cm altının 0.5 cm üstü, üst seviye: dentat çizginin

0.5 cm üstü. <sup>2,9</sup> Bizim iki olgumuz da alt seviyeli AS sınıfındaydı.

Klinik bulgularla belirtiler arasında hastalar açısından düşük bir korelasyon mevcuttur. Oldukça dar bir anal kanal ile yaşlı bir hastada önemli bir şikayet görülmeyebilir. Hastalarda görülen başlıca belirtiler; ağrı: (%37-71), konstipasyon: (%22-37), kanama: (%21-47), akıntı: (%10-23), diyare: (%14). En sık görülen belirti perianal ağrı olup, konstipasyon ve kanama bunu takip eder, ancak sıklıkla bu belirtiler beraber görülürler. <sup>3</sup> Bizim olgularımızda da ağrı, konstipasyon ve kanama ortak şikayetler olup, ikinci olgumuzda anal ektropiyonun da eşlik etmesi nedeniyle perianal akıntı şikayeti de mevcuttu. Fizik muayenede inspeksiyonla anal bölgede daha önceki cerrahi travmalara bağlı skor yapısı görülür. Düzensiz kenarlı, çevreden kabarık, kahverengi plaklar tarzında bazen ülser lezyon vardır. Rektal tuşe ile AS'nin şiddeti ve seviyesi saptanmaya çalışılır.

AS'nin konservatif tedavisi hafif stenozlarda denenebilir. Öncelikle diyet düzenlemeleri yapılır ve dışkı yumuşatıcı ilaçlar verilir. Anal dilatasyon yapılabilir. Öncelikle hastaya kendi kendine anal dilatasyon yapması öğretilerek bir program yapılarak verilir. Bu yeterli olmazsa lokal veya genel anestezi altında Hegar bujileri ile dilatasyon denenebilir. <sup>2,3,7</sup> Bizim olgularımızda erken dönemde diyet düzenlemesi ve dışkı yumuşatıcılar kullanıldı. Anal dilatasyon daha sonrada buji dilatasyonları yapıldı. Ancak her iki hasta da şiddetli stenoz gelişti.

Orta ve şiddetli derecedeki AS olgularında cerrahi tedavi gereklidir. Benign ve hafif derece AS olgularında Notaras gerekirse bilateral olarak lateral internal sfinkterotomi önermiştir. <sup>10</sup> Ancak fekal inkontinans riski nedeniyle bu işlemden önce kontinens gücünü ölçen fizyolojik testler yapılmalıdır. Günümüzde hafif stenozlar dışında skarın cerrahi eksizyonu ve defektin ilerletme, rotasyon veya transpozisyon flepleriyle kapatılması kabul görmüş tedavi yöntemleridir. İlerletme flepleri: mukozal ilerletme flebi ve Y-V flebi, komşu doku transfer flepleri: V-Y ilerletme flep anoplastisi, Rektangular flep (Samer flebi), Diamond flebi, U flebi, House flebi, rotasyon flepleri: S-plasti. Bu yöntemlerle başarılı sonuçlar bildirilmiştir. <sup>1-3,7,8,11,20</sup> Bu ameliyatlara bağlı postoperatif dönemde infeksiyon, flep nekrozu, stenozun yetersiz açılması veya restenoz gelişmesi, şiddetli pruritis gibi komplikasyonlar genellikle geçicidir. Bizim iki olgumuzda uyguladığımız V-Y anoplasti tekniği ile erken ve geç dönem komplikasyon görmedik. 6 aylık takiplerine hastalarda tek taraflı işlem

ile hastalar rahat dışkılamaya başladılar. Ağrı ve kanama şikayetleri ortadan kalktı. Sonuç olarak; alt seviyeli şiddetli anal stenoz olgularının cerrahi tedavisinde V-Y anoplasti etkili bir cerrahi yöntemdir.

### Kaynaklar

1. Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araujo SE, *et al.* Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. *Clinics* 2005;60:17-20.
2. Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. *Am J Surg* 200;179:325-29.
3. Lagares-Garcia JA, Noguera JJ. Anal stenosis and mucosal ectropion. *Surg Clin North Am* 2002;82:1225-31.
4. Tan EK, Comish J, Darzi AW, Papagrigoriadis S, Tekkis P. Meta-analysis of short-term outcomes of randomized controlled trials of LİgaSure vs conventional hemorrhoidectomy. *Arch Surg* 2007;142:1209-18.
5. Kraemer M, Parulava T, Roblick M, Duschka L, Muller-Lobeck H. Prospective, randomized study: proximate PPH stapler vs LigaSure for hemorrhoidal surgery. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1517-22.
6. Rosen L. V-Y advancement for anal ectropion. *Dis Colon Rectum* 1986;29:596-98.
7. Khubcandani IT. Anal stenosis. *Surg Clin North Am* 1994;74:1353-60.
8. Menten BB, Cihan A, Tatlicioglu E, Ferahkose Z. Diamond flap anoplasty for cicatricial anal stenosis following Fournier gangrene. *Gazi Medical Journal* 1998;9:183-86.
9. Milsom JW, Mazier WP. Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163:60-4.
10. Notaras MJ. Anal fissure and stenosis. *Surg Clin North Am* 1988;68:1427-40.
11. Gingols BS, Arvanitis M. Y-V anoplasty for treatment of anal stricture. *Surg Gynecol Obstet* 1986;162:241-42.
12. Angelchik PD, Harms BA, Starling JR. Repair of anal stricture and mucosal ectropion with Y-V or pedicle flap anoplasty. *Am J Surg* 1993;166:55-59.
13. Rakhmanine Rosen L, Khubcandani I, Stasik J, Riether RD. Lateral mucosal advancement anoplasty for anal stricture. *Br J Surg* 2002;89:1423-24.
14. Sakai S, Yoshinaga R. The prepuce flap in the reconstruction of male anal stenosis. *Br J Plast Surg* 1999;52:660-62.
15. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA, Thorson AG, Blatchford GJ, Pitsch RM. Operative results of House advancement anoplasty. *Br J Surg* 1996;83:1242-44.
16. Maria G, Brisinda G, Civello IM. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. *Am J Surg* 1998;175:158-60.
17. Casadesus D, Villasana LE, Diaz H, *et al.* Treatment of anal stenosis: a 5-year review. *ANZ J Surg* 2007;77:557-59.
18. Christensen MA, Pitsch RM Jr, Cali RL, Blatchford GJ, Thorson AG. "House" advancement pedicle flap for anal stenosis. *Dis Colon Rectum* 1992;35:201-3.
19. Pearl RK, Hooks VH 3rd, Abcarian H, Orsay CP, Nelson RL. Island flap anoplasty for the treatment of anal stricture and mucosal ectropion. *Dis Colon Rectum* 1990;33:581-83.
20. Aitola PT, Hiltunen KM, Matikainen MJ. Y-V anoplasty combined with internal sphincterotomy for stenosis of the anal canal. *Eur J Surg* 1997;163:839-42.