

Kompleks Anal Fistül Tedavisinde Elastik Seton Uygulaması: 44 Hastanın Analizi

Elastic Seton Placement in Treatment of Complex Anal Fistula: Analysis of 44 Patients

© Hüseyin Kazım Bektaşoğlu, © Enver Kunduz

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Kompleks anal fistül tedavisinde konsensus bulunmamaktadır. Çeşitli yöntemler bulunmakla birlikte tedavide sıklıkla seton uygulamaları yer alır. Setonlar sıkı ve gevşek olarak konabilir. Gevşek setonlar genellikle uzun süreli drenaj gereken vakarda tercih edilir. Sıkı setonlar ise ağırlı sıkma seansları ve kontinans üzerine olumsuz etkileri nedeniyle hasta konforunu düşürmektedir. Bu çalışmada, kompleks anal fistül tedavisinde sıkı seton alternatif olarak elastik seton uygulaması sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimize başvurup kompleks anal fistül nedeniyle opere edilen 48 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Demografik veriler, fistül detayları, enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) öyküsü, apse varlığı, peroperatif detaylar, postoperatif komplikasyonlar, inkontinans ve rekürrens oranları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya elastik seton konan 44 hasta dahil edildi. İç ağız bulunamayan 4 hasta dışlandı. Hastaların 14'ü kadın, 30'u erkek olup ortalama yaş 43,5 yıl (18-83 yıl) olarak belirlendi. On dokuz hastada preoperatif apse vardı. Beş hastada İBH eşlik ediyordu. Ortanca operasyon süresi 22 dakika (11-50 dk), hastanede kalış süresi iki hasta dışında bir gündü. Postoperatif komplikasyon görülmedi. Yirmi beş hasta (%56,8) birinci ayın sonunda tek seansla iyileşti. Beş hastada seton yıtılması nedeniyle olmak üzere 18 hastada ikinci ve üçüncü kez operasyon gerekti. Bir hastada ise 5 kez operasyon gerekti. Üçüncü ay sonunda 40 hastada (%90,9) tam iyileşme gözlemlendi ve klinik olarak hiç bir hastada inkontinans gözlemlenmedi. Ortanca takip süresi 11 ay (6-21 ay) olup bu sürede 2 hastada (%4,5) rekürrens gelişti.

Sonuç: Elastik seton uygulaması, ağırlı sıkma seanslarına gereksinim duyulmaması, bununla birlikte tatmin edici klinik başarısının olması nedeniyle kompleks anal fistüllerin tedavisinde sıkı setona alternatif olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Anal fistül, kompleks fistül, seton, elastik seton

ABSTRACT

Aim: There is no consensus on the treatment of complex anal fistula. Although there are various methods, the seton placement is commonly used in the treatment. Setons can be placed tight or loose. Loose setons are commonly used when prolonged drainage is required. Tight setons have disadvantages in terms of patient comfort due to painful tightening periods and adverse effects on continence.

Method: The data of 48 patients admitted to our outpatient clinic and operated for complex anal fistula between January 2015 and December 2016 was retrospectively analyzed. Demographic data, fistula characteristics, coexisting inflammatory bowel disease (IBD), abscess formation, perioperative details, postoperative complications, and incontinence and recurrence rates were evaluated.

Results: Forty-four patients who underwent elastic seton placement were enrolled in the study. Four patients for whom the internal opening could not be identified were excluded. The female to male ratio was 14/30 and median age was 43.5 years (18-83 years). There were abscess in 19 patients and coexisting IBD in 5 patients. The median operative time was 22 minutes (11-50 min), and the duration of hospital stay was one day except for 2 patients. None of patients had postoperative complications. Twenty-five patients (56.8%) had recovered at the end of the first month with one-stage operation. Eighteen patients required second or third procedures, 5 of them due to premature tearing of the seton. One patient had 5 operations. Full recovery was seen in 40 patients (90.9%) at the end of 3 months and none of the patients complained of incontinence. The median follow-up period was 11 months (6-21 months) and 2 patients (4.5%) had recurrence during this period.

Conclusion: Elastic setons can be used as an alternative to tight setons with satisfactory clinical success and the advantage of no need for painful tightening periods.

Keywords: Anal fistula, complex fistula, seton, elastic seton



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hüseyin Kazım Bektaşoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 505 735 28 00 E-posta: hkbektasoglu@yahoo.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-2184-0514

Geliş Tarihi/Received: 14.01.2018 Kabul Tarihi/Accepted: 14.02.2018

Giriş

Çoğunlukla anal kanaldaki kriptoglandüler yapıların kronik enflamasyonu sonucu geliştiği düşünülen anal fistüller, hemen her zaman tedavi gerektirir.¹ Fistüller, klinikte çoğunlukla Parks sınıflamasına göre intersfinkterik, transsfinkterik, suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik yerleşimli fistüller olarak dört ana gruba ayrılır.² Anal fistüller ayrıca sfinkterlerle ilişkisine göre “basit” veya “kompleks” şeklinde de iki gruba ayrılır.³ Basit fistüller, intersfinkterik yerleşimli fistüller ve eksternal sfinkterin %30’dan azını içeren transsfinkterik fistülleri içerir. Bu tür fistüllerde tedavide genellikle fistülotomi ve küretaj yeterlidir. Bu yöntemle tedavi oranları %90’larda bildirilmiştir.⁴ Kompleks fistüller ise, eksternal sfinkterin %30’dan fazlasını içeren transsfinkterik fistüller, suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüller, enflamatuvar barsak hastalığının (İBH) eşlik ettiği fistüller, radyasyon etkisiyle oluşan fistüller, birden çok dış ağız bulunan fistüller, kadınlarda anterior yerleşimli fistüller ile nüks fistülleri içerir.⁵ Kompleks fistüllerin tedavisinde tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Seton uygulamaları, ilerletme flepleri, fistül tıkaçları gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Fistül tedavisinin temeli, var olan traktü bozmak, kontinansı etkilememek ve nüksü önlemektir.^{6,7} Konvansiyonel olarak kompleks fistüllerde seton uygulamaları sıklıkla tercih edilir.⁸ Setonlar, sıkı ve gevşek olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Seton uygulamasındaki amaç, sfinkterlere minimum hasar verilerek traktün kapanmasını sağlamaktır. Gevşek setonlar, özellikle uzun süreli drenaj gereken (apse, İBH gibi) durumlarda tercih edilir. Sıkı setonlar ise tedavi süresinin daha kısa olması nedeniyle tercih edilir. Ancak, belli aralıklarla sıkma gereksinimi olduğundan hasta için ağırlı bu durum yaşam konforunu ve kontinansı olumsuz yönde etkilemektedir.^{8,9,10,11} Bu bağlamda elastik seton uygulaması, daha az hasarla daha hızlı bir tedaviye olanak sağlarken bahsedilen problemleri azaltmada yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Benzer bir yöntem, Mentex ve ark.¹² tarafından yayınlanmış, elastik seton işlevi cerrahi eldiven kullanılarak sağlanmıştır. Mentex ve ark.¹², üç aylık süre sonunda çalışmaya dahil ettikleri tüm hastalarda iyileşme gözlemlenmiştir. Çalışmamızda, kompleks fistül tanısı alan olgulara elastik damar askısı kullanılarak gerçekleştirilen seton uygulaması sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimize başvuran, Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında kompleks anal fistül tanısı konulan 48 hastadan, elastik seton uygulanan 44’ü çalışmaya dahil edildi. İç ağız bulunamayan 4 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışma grubuna dahil edilen hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet),

eşlik eden İBH öyküsü, apse varlığı, fistülün yerleşimi, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi, toplam operasyon sayısı, birinci ve üçüncü ay sonunda klinik olarak iyileşme oranları, inkontinans gelişimi ile nüks oranları incelendi. Klinik olarak şikayetlerin gerilememesi “iyileşmeme”, şikayetlerin takip süresinde tekrarlaması ise “nüks” olarak kabul edildi. Ayrıca rekürren olgular pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile görüntülenerek nüks varlığı radyolojik olarak da gösterildi. Sürekli değişkenler ortanca (aralık) olarak, kategorik değişkenler ise yüzdelik dilimlerle ifade edildi.

Tanı ve Ameliyat Öncesi Hazırlık

Tüm hastalar pelvik MRG ile görüntülendi. Kompleks fistül tanısı MRG görüntüleme ve fizik muayene ile konuldu. Operasyon öncesi tüm hastalara laksatif lavman ile barsak temizliği yapıldı. İşlem öncesi 750 mg intravenöz sefuroksim aksetil (Cefaks flakon, Deva İlaç Sanayi, Türkiye) ile profilaksi yapıldı.

Ameliyat Tekniği

Hastalar genel anestezi altında litotomi pozisyonunda opere edildiler. Öncelikle dış ağızdan hidrojen peroksit verilerek anoskop yardımıyla iç ağız belirlenmeye çalışıldı. Ardından stile ile dış ağızdan girilerek iç ağızdan çıkıldı. Dört hastada hidrojen peroksit ve stile ile iç ağız bulunamadığından çalışma dışı bırakıldı. İç ağız bulunan hastalarda sfinkter kompleksine kadar olan kısım insize edilerek kürete edildi. Ardından damar askısı stilenin iç ağızdan çıkılan kısmına ipek sütür ile bağlandı. Dış ağızdan stile yardımıyla çıkarılarak elastik seton uygulandı. Seton, elastikiyeti nedeniyle sfinkterlere basınç uygulayacak şekilde ancak gereğinden fazla sıkıştırılmadan uygulandı. Düğümler atıldıktan sonra açılmasını önlemek amacıyla ipek sütür ile bağlanarak işlem sonlandırıldı.

Ameliyat Sonrası Takip

Hastalar, postoperatif erken komplikasyon gelişmemesi durumunda operasyonu takip eden gün taburcu edildiler ve 7-10 günlük sürelerle poliklinik kontrolüne çağrıldılar. Ayrıca setonun düşmesi durumunda derhal poliklinik kontrolüne gelmeleri önerildi. Poliklinikte setonun yerinde oluşu, tonusu, yara yerinin durumu, hastanın kontinans durumunun sorgulaması yapıldı. Fistülün iyileşmesi sonrası hastalar 1-3 aylık süre dilimleri boyunca kontrole çağrıldılar. Yara yeri durumu ve nüks gelişimi gözlemlendi. Bu bilgiler elektronik ortamdaki poliklinik geliş dosyasına kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya kompleks fistül tanısı alan 44 hasta dahil edildi. Hastaların 14’ü kadın (%31,8), 30’u erkekti (%68,2). Ortanca

yaş 43,5 yıl (18-83 yıl) idi. Fistül karakterine göre hasta detayları Tablo 1'de verilmiştir. On dokuz hastada (%43,2) preoperatif apse varlığı tespit edildi. Beş hastada (%11,4) ise eşlik eden İBH (Crohn hastalığı) vardı. Operasyon süresi ortanca 22 dakika (11-50 dk) olarak hesaplandı. Hastanede kalış süresi iki hasta hariç bir gündü. Yatışı uzayan iki hastada ise cerrahi dışı nedenlerle (konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı) yatış uzadı. Diğer hastalarda postoperatif komplikasyon görülmedi. Hastaların %56,8'i (n=25) birinci ayın sonunda tek seans ile iyileşti. Hastaların %40,9'unda (n=18) ikinci veya üçüncü seans operasyon gerekmiş olup bu hastaların 5'inde (%11,4) setonun yırtılması ve erken düşmesi nedeniyle, diğer 13 hastada (%29,5) ise setonun gevşemesi nedeniyle reoperasyon gerekti. Bir hastada ise 5 kez operasyon gerekti. Üçüncü ayın sonunda 40 hastada (%90,9) iyileşme görülmüştür. İyileşmeyen dört hastanın (%9,1) üçünde eşlik eden Crohn hastalığı bulunmaktaydı. Üçüncü ayın sonunda hiçbir hastada klinik olarak gaz veya gaita inkontinansı gözlenmedi. Ortanca takip süresi 11 ay (6-21 ay) olup bu süre içerisinde 2 hastada (%4,5) nüks gözlemlendi.

Tartışma

Her ne kadar basit fistüllerin tedavisinde fistülotomi ve küretaj yeterliyse de kompleks fistüllerin tedavisi karmaşıktır. Anal fistül tedavisinde seton uygulaması Hipokrat zamanından beri bilinmekte ve uygulanmaktadır.¹³ Kompleks fistül tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir. Sıkı veya gevşek olarak uygulanabilmekte olup özellikle uzun süreli drenaj gereken olgularda gevşek seton tercih edilir.

Sıkı seton, sfinkterler üzerinde bası nekrozu oluşturarak akut sfinkter hasarına yol açmadan belli bir süre içerisinde sfinkterlerin iyileşmesine olanak sağlayarak fistül traktının yok edilmesini amaçlar. Ancak belli periyotlarla ağrılı sıkma seanslarına ihtiyaç duyulması, yaşam konforunu olumsuz etkilemesi ve kontinans üzerine olumsuz etkisi gibi dezavantajlara sahiptir.^{8,9,10,11} Elastik setonlar, bu dezavantajları ortadan kaldırmada sıkı setona alternatif olarak kullanılabilirler. Mentis ve ark.¹², 20 hastalık serilerinde elastik seton olarak cerrahi eldiven kullanmışlar

ve üç ay sonunda %100 iyileşme oranı bildirmişlerdir. Bizim serimizde bu oran %90,9 olarak değerlendirildi. Bu farklılığın büyük oranda hasta seçiminde İBH eşlik eden hastaları çalışmaya dahil etmemiz nedeniyle ortaya çıktığını düşünüyoruz. Mentis ve ark.¹² serisinde sadece kriptoglandüler kaynaklı fistüller çalışmaya dahil edilmiş olup, İBH eşlik eden fistüller bulunmamaktadır.

Elastik seton uygulamasında bir diğer problem setonun gevşeme veya yırtılma nedeniyle erken düşmesidir. Mentis ve ark.¹² bu oranı %10 olarak vermişlerdir. Bizim serimizde ise bu oran %11,4 olarak belirtilmiştir. Bunda setonun düğümleri atıldıktan sonra düğümü güvenli hale getirmek için atılan ipek düğümün setondan dikiş geçilerek konulmasının etken olduğunu düşünüyoruz. Bunun yerine setondan sütür geçilmeden ipekle bağlanması bu sorunu ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır. Cerrahi başarısızlık, olgularda iyileşmenin sağlanamaması olarak ortaya çıkar. Bunun başlıca nedenleri, iç ağzın belirlenememesi, cerrahi esnasında yanlış tünel oluşumuna neden olunması, eşlik eden diğer fistül traktlarının tedavisiz bırakılması veya granüle olmuş inatçı primer fistül traktıdır.^{14,15,16} Serimizde seton konan dört hastada (%9,1) tam iyileşme sağlanamamıştır. Dört hastada ise iç ağız bulunamadığından seton konamamış, drenaj uygulanmıştır. Cerrahi başarısızlığa neden olan faktörler iyileşme sonrası nüks de neden olabilir. Mentis ve ark.¹² nüks oranını %5 olarak bildirmiş olup bizim serimizde de bu oran %4,5'tir. Ancak, nüks oranını etkin bir şekilde ortaya koymak için yeterli takip süresine gereksinim vardır. İnkontinans, fistül cerrahisi sonrası en korkulan komplikasyonlardan biridir. Özellikle sfinkter kompleksinin bütünlüğünün bozulduğu olgularda daha sık karşılaşılmaktadır. Isbister ve Sanea¹⁷, geriye dönük olarak analiz ettikleri kompleks fistül nedeniyle sıkı seton uygulanan 47 hastada operasyon sonrası %36 gaz, %8,5 sıvı gayta, %2,3 katı gayta inkontinansı saptanmıştır. Mentis ve ark.¹² serisinde ise elastik setonla tedavi edilen hastalarda başlangıç skorlarına göre kontinans açısından %20 oranında kötüleşme bildirilmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Serimizde üçüncü ay sonunda hastaların hiçbirinde klinik olarak gaz veya gaita inkontinansı görülmemesi, elastik seton uygulamasının kontinansın korunmasına belirgin katkısı olduğunu göstermektedir. Elastik seton operasyonu, fistül traktının ortaya konması ve setonun yerleştirilmesi açısından konvansiyonel sıkı seton uygulamasından farklı bir adım içermediğinden operasyon süresini değiştirmemiştir. Ek olarak, yatış süresinde de uzamaya neden olmamıştır. Çalışmamızın kısıtlamaları ise, geriye dönük inceleme tasarımı, takip süresinin bağlı olarak kısa olması, postoperatif ağrı skorlaması ve yaşam kalite değerlendirmesi olmamasıdır. Sıkı seton ile karşılaştırmalı ileriye dönük çalışma tasarımı ile sonuçların

Tablo 1. Preoperatif fistül detayları

Fistül detayları	Hasta sayısı (%)
Transsfinkterik fistül	36 (%81,9)
Suprasfinkterik fistül	3 (%6,8)
Ekstrasfinkterik fistül	0 (%0)
Anterior fistül (kadın)	3 (%6,8)
Nüks fistül	2 (%4,5)
Toplam	44 (%100)

değerlendirilmesi gerekmektedir. Elastik seton uygulaması, ağrılı sıkma seanslarına gereksinim duyulmaması, hekim iş yükünü azaltması, bununla birlikte tatmin edici klinik başarısının olması nedeniyle kompleks anal fistüllerin tedavisinde sıkı setona alternatif olarak kullanılabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışma.

Hasta Onayı: Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: H.K.B., E.K., Konsept: H.K.B., E.K., Dizayn: H.K.B., E.K., Veri Toplama veya İşleme: H.K.B., Analiz veya Yorumlama: H.K.B., E.K., Literatür Arama: H.K.B., Yazan: H.K.B., E.K.,

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Emile SH, Elfeki H, Thabet W, Sakr A, Magdy A, El-Hamed TMA, Omar W, Khafagy W. Predictive factors for recurrence of high transsphincteric anal fistula after placement of seton. *J Surg Res* 2017;213:261-268.
2. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976;63:1-12.
3. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, Hanauer SB. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003;125:1508-1530.
4. Blumetti J, Abcarian A, Quinteros F, Chaudhry V, Prasad L, Abcarian H. Evolution of treatment of fistula in ano. *World J Surg* 2012;36:1162e1167.
5. Narang SK, Keogh K, Alam NN, Pathak S, Daniels IR, Smart NJ. A systematic review of new treatments for cryptoglandular fistula in ano. *Surgeon* 2017;15:30-39.
6. Gurer A, Ozlem N, Gokakin AK, Ozdogan M, Kulacoglu H, Aydin R. A novel material in seton treatment of fistula-in-ano. *Am J Surg* 2007;193:794-796.
7. Pommaret E, Benfredj P, Soudan D, de Parades V. Sphincter-sparing techniques for fistulas-in-ano. *J Visc Surg* 2015;152(Suppl 2):S31-36.
8. McCourtney JS, Finlay IG. Setons in the surgical management of fistula in ano. *Br J Surg* 1995;82:448-452.
9. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong DW, Goldberg SM, Madoff RD. Cutting seton versus two-stage seton fistu- lotomy in the surgical management of high anal fistula. *Br J Surg* 1998;85:243-245.
10. Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP, Weisman RI, Prasad ML, Nelson RL, Cintron JR, Abcarian H. Role of the seton in the management of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1993;36:573-577.
11. Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, Goldberg SM. Seton treatment of high anal fistulae. *Br J Surg* 1991;78:1159-1161.
12. Menten BB, Oktmer S, Tezcaner T, Azili C, Leventoglu S, Oguz M. Elastic one-stage cutting seton for the treatment of high anal fistulas: preliminary results. *Tech Coloproctol* 2004;8:159-162.
13. Goldberg SM, Garcia-Aguilar J. The cutting seton. In: Phillips RKS, Lunniss PJ, eds. *Anal Fistula*. London: Chapman & Hall Medical; 1996:95-102.
14. Litza EM, van Wijk JJ, Gosselink MP, Doornebosch P, Zommerman DDE, Schouten WR. Seton drainage prior to transanal advancement flap repair: useful or not? *Int J Colorectal Dis* 2010;25:1499-1502.
15. Lunniss PJ, Sheffield JP, Talbot IC, Thomson JP, Phillips RK. Persistence of idiopathic anal fistula may be related to epithelialisation. *Br J Surg* 1995;82:32-33.
16. Sygut A, Mik M, Trzcinski R, Dziki A. How the location of the internal opening of anal fistulas affect the treatment results of primary trans-sphincteric fistulas. *Langenbecks Arch Surg* 2010;395:1055-1060.
17. Isbister WH, Sanea NA. The cutting seton: an experience at King Faisal Specialist Hospital. *Dis Colon Re- ctum* 2001;44:722-727.