

Hemoroid Cerrahisi Sonrası Gelişen Anal Stenoz Tedavisinde Uygulanan İlerletme Flepleri ve Tedavi Sonuçlarımız

Outcomes of Advancement Flaps Used in the Treatment of Anal Stenosis Developing After Hemorrhoid Surgery: One Center Experience

© Hakan Yabanoğlu

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

ÖZ

Amaç: Anal stenoz anodermde skar oluşumuna neden olan tüm patolojiler sonrasında ortaya çıkabilen ancak sıklıkla cerrahi travmalara bağlı olarak görülen bir durumdur. Hasta açısından ciddi sosyal ve medikal sorunlara yol açan ancak önlenilebilir bir durum olması nedeni ile özel öneme sahip bir sorundur. Çalışmamızda anal stenoz nedeni ile ilerletme flepleriyle ameliyat ettiğimiz hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2012-2018 yılları arasında hemoroidektomiye bağlı oluşan anal stenoz nedeni ile ameliyat edilen 10 hastanın demografik ve klinik özellikleri geriye dönük (retrospektif) olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 9'u (%90) erkek, 1'i (%10) kadındı. Ortalama yaş 54 (27-81) idi. Toplam 10 hastaya 11 ameliyat uygulandı. Tüm hastaların etiolojisinde hemoroidektomi vardı. En sık başvuru şikayetleri 5 (%50) hastada dışkılama sırasında ağrı, 5 (%50) hastada ise dışkılamada güçlük idi. İlerletme flebi olarak hastaların 4'üne (%40) V-Y, 3'üne (%30) house, 2'sine (%20) diamond, 1'ine (%10) dufourmental flepleri ile cerrahi tedavi uygulandı. Hastanede kalış süresi 2 (1-3) gün idi. Bir hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü ve medikal tedavi uygulandı. Takip süresi 39 (6-72) ay idi. Bir hastada şikayetlerin devam etmesi ve nüks nedeni ile diğer taraftan ikinci kez diamond ilerletme flebi uygulandı. Takiplerinde nüks izlenmedi.

Sonuç: Anal stenozun en iyi tedavisi bu komplikasyonun ortaya çıkışının önlenmesidir. Bu nedenle hemoroidektomi gibi sık uygulanan cerrahi işlemlerde anal stenozu ortaya çıkarabilecek cerrahi girişimlerden kaçınılmalıdır. Orta ve şiddetli anal stenozun tedavisinde uygulanan ilerletme flepleri ile etkin ve iyileştirici sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anal stenoz, hemoroidektomi, ilerletme flebi

ABSTRACT

Aim: Anal stenosis develops due to anoderm scarring caused by any pathologic condition but usually secondary to surgical trauma. It is a preventable problem with negative social and medical implications for patients. In our study we intend to share our results with the use of advancement flaps in the treatment of anal stenosis.

Method: The demographic and clinical characteristics of 10 patients who underwent surgery for anal stenosis due to hemorrhoidectomy between 2012 and 2018 were retrospectively reviewed.

Results: Nine (90%) of the patients were male and 1 (10%) was female. Mean age of the patients was 54 (27-81) years. A total of 11 procedures were performed on 10 patients. Hemorrhoidectomy was the common etiology for all patients. Most common presenting complaints were painful defecation and difficulty passing stool in 5 patients (50%) each. In this study, 4 (40%) patients had V-Y, 3 (30%) had house, 2 (20%) had diamond, and 1 (10%) had dufourmental advancement flap. Mean length of hospital stay was 2 (1-3) days. One patient developed surgical site infection that was successfully managed medically. Mean follow-up period was 39 (6-72) months. One patient had a subsequent contralateral diamond flap advancement because of persistent complaints and recurrence. No other recurrence was observed during follow-up.

Conclusion: The best remedy for anal stenosis is prevention. Therefore, during common surgical procedures like hemorrhoidectomy, one must refrain from interventions that will result in anal stenosis. However, advancement flaps used in the treatment of moderate to severe anal stenosis are effective and offer commendable results.

Keywords: Anal stenosis, hemorrhoidectomy, advancement flap



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hakan Yabanoğlu

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Tel.: +90 505 238 81 08 E-posta: drhyabanoglu@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-1161-3369

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2018 Kabul Tarihi/Accepted: 28.05.2018

Giriş

Anal stenoz ciddi sosyal ve medikal sorunlara neden olan ancak önlenilebilir bir durum olması nedeni ile farklı bir öneme sahip klinik durumdur.¹ Anal stenoz sık görülmeyen bir hastalık olup, epitelyum hattının farklı derecelerde fibroz bağ dokusuna dönüşerek anal kanalın daralmasıyla karakterize bir hastalıktır. Anal stenoz anoderimde skar oluşumuna neden olan tüm patolojiler sonrasında ortaya çıkabilen^{2,3} ancak sıklıkla cerrahi travmalara bağlı olarak görülen bir durumdur. Anal stenozun en önemli nedenleri; daha geçirilmiş perianal bölge cerrahisi, radyoterapi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, çeşitli nedenlere bağlı travmalar, enflamatuvar barsak hastalığı, kronik laksatif kullanımı ve tüberkülozdur. Anal kanal darlığının %90'a yakınının hemoroidektomi sonrası geliştiği gösterilmiştir.⁴ Tüm hemoroidektomilerin %1,5-3,8'de bu komplikasyon görülmektedir.^{5,6,7,8} Hastaların klinik semptomları, tipik olarak sürekli dışkılama isteği, zorlu dışkılama, tam dışkılamama, kabızlık veya kanamadır.^{9,10} Tıbbi ve cerrahi tedavi darlık derecesine göre planlanmalıdır. Cerrahi tedavi konservatif tedavinin yetersiz olduğu orta ve ileri derecede anal stenozu sahip hastalarda tercih edilmektedir. Çalışmamızda hemoroidektomi sonrası anal stenoz gelişen ve ilerletme flepleriyle ameliyat ettiğimiz hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda 2012-2018 yılları arasında anorektal bölge hastalıkları nedeni ile cerrahi tedavi uygulanmış ve anal stenoz gelişmiş 10 hastanın dosyalarını geriye dönük olarak incelendi. Çalışmamızda yer alan tüm hastalar farklı merkezlerde hemoroidektomi cerrahisi geçirmiş ve hastanemize sevk edilmişti. Hastaların tamamına stenoz cerrahisi öncesi Milligan Morgan tekniği ile hemoroidektomi uygulanmıştı. Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (proje no: KA 18/102) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonu'na desteklenmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, daha önce geçirilen perianal bölge cerrahisi, başvuru şikayeti, fizik inceleme bulguları, uygulanan ilerletme flebinin türü, hastanede kalış süresi, komplikasyon, kontrol fizik inceleme bulguları, takip süresi ve nüks açısından incelendi. Cerrahi dışı nedenlere bağlı olarak oluşan anal stenozlar ve konservatif tedavi uygulanan hafif stenozu olan, dilatasyon uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalardaki anal kanal kalibrasyonunun değerlendirilmesi; ameliyatta ve ameliyat öncesinde dijital muayene ile belirlendi. Flep seçiminde darlığın derecesinin şiddetine göre geniş tabanlı veya dar açılı flepler tercih edildi. Ameliyattan 1 gün önce hastaneye yatış yapıldı ve hastalar gece 24'ten sonra aç bırakıldı. Ameliyat

öncesi barsak temizliği (2 doz 45 cc Na fosfat ve tek doz fleet enema lavman), derin ven trombozu profilaksisi (varis çorabı, düşük molekül ağırlıklı heparin) ve antibiyotik profilaksisi [indüksiyondan 30 dk önce siprofloksasin 500 mg intravenöz (i.v.) ve metronidazol 500 mg i.v.] uygulandı. Cerrahi işlem genel anestezi altında Jack-knife pozisyonunda yapıldı. Çalışmamız geriye dönük (retrospektif) olduğu için istatistiksel ön değerlendirme yapılmadı.

Bulgular

Hastaların 9'u (%90) erkek, 1'i (%10) kadındı. Ortalama yaş 54 (27-81) idi. Toplam 10 hastaya 11 ameliyat uygulandı. Tüm hastaların etiolojisinde hemoroidektomi vardı. En sık başvuru şikayetleri 5 (%50) hastada dışkılama sırasında ağrı, 5 (%50) hastada ise dışkılamada güçlük idi. İlerletme flebi olarak hastaların 4'üne (%40) V-Y, 3'üne (%30) house, 2'sine (%20) diamond, 1'ine (%10) dufourmental flepleri ile cerrahi tedavi uygulandı. Hastanede kalış süresi 2 (1-3) gün idi. Bir hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü ve medikal tedavi uygulandı. Takip süresi 39 (6-72) ay idi. Bir hastada şikayetlerin devam etmesi ve nüks nedeni ile diğer taraftan ikinci kez diamond ilerletme flebi uygulandı. Takiplerinde nüks izlenmedi. Anal kontinansın cerrahi sonrası uzun dönem takiplerine ait veriler elde edilemedi. Hastalara ait klinik ve demografik özellikler Tablo 1'de özetlendi.

Tartışma

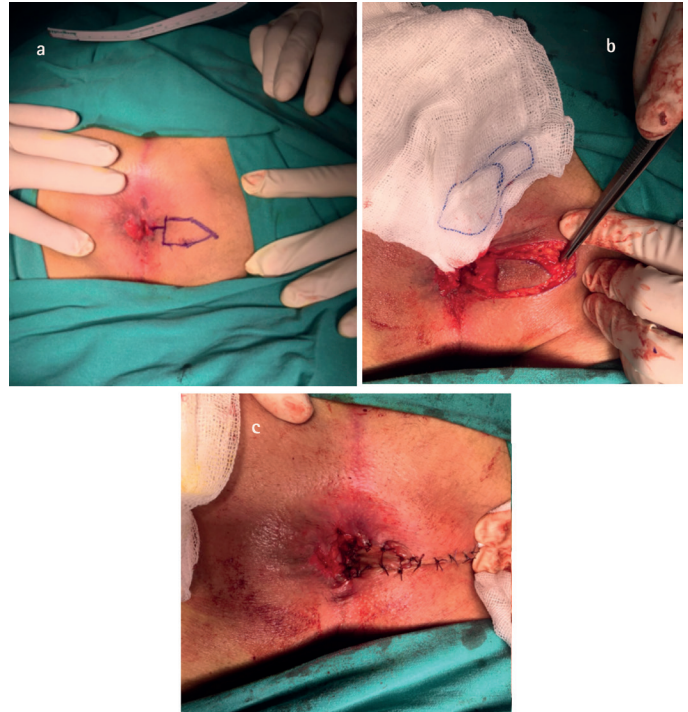
Anal stenoz, toplumda sık görülen anorektal bölge hastalıklarının cerrahi tedavisi sonrası ortaya çıkabilen ve en çok korkulan komplikasyonlardan biridir. Ortaya çıktıktan

Tablo 1. Hastalara ait demografik ve klinik özellikler

Cinsiyet	9 Erkek/1 kadın
Ortalama yaş (yıl)	54 (27-81)
En sık başvuru şikayeti	5 (%50) hastada dışkılama sırasında ağrı 5 (%50) hastada ise dışkılamada güçlük
İlerleme flebi (hasta sayısı)	4 (%40) V-Y 3 (%30) house 2 (%20) diamond, 1 (%10) dufourmental
Hastanede kalış süresi (gün)	2 (1-3)
Komplikasyon	1 yara yeri enfeksiyonu
Nüks	1 (Daha önce dufourmental flep uygulanan hastaya diğer taraftan tekrar dufourmental flep uygulandı)
Takip süresi (ay)	39 (6-72)

sonra tedavisi güç ve hastada ciddi medikal sorunlara yol açmaktadır. Semptomlar değişken ve kişiye özeldir. Bazı hastalar anal darlığa rağmen semptomlarla oldukça iyi baş edebilirken, diğerleri dışkı kalibrasyonunda azalma, kabızlık, fekal inkontinans, tahliye zorluğu, anal ağrı ve diyare gibi semptomlardan şikayetçidir.⁷ Çalışmamızda yer alan hastalarımızda en sık başvuru şikayeti dışkılama sırasında güçlük ve ağrı idi. Anal stenoz; derecesine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır. Bu sınıflandırma yapılırken parmak ile muayene bulguları ve Hill-Ferguson ekartörü kullanılır.^{9,11} Anal stenoz seviyesine göre ise dentat çizgiye olan anatomik yakınlığa ve lokalizasyona göre alt, orta ve üst seviyeli olarak sınıflandırma yapılmaktadır.^{9,11} Çalışmamızda yer alan tüm hastalar alt seviye ve orta-ileri derece anal stenozu sahiplerdi. Tüm hastalarımıza ilerletme flebi uyguladık. Anal stenozun en iyi tedavisi bu komplikasyonun ortaya çıkışının önlenmesidir. Bu nedenle hemoroidektomi gibi sık uygulanan cerrahi işlemlerde anal stenozu ortaya çıkarabilecek cerrahi girişimlerden kaçınılmalıdır. Agresif hemoroidektomi geniş anodermal doku ve hemoroidal rektal mukoza eksizyonu yapılması ile anal kanalda skar gelişimi ve ilerleyici kronik stenoz ile sonuçlanır.⁹ Bundan nedenle hemoroidektomide temel kural olarak, eksternal hemoroidler çıkarılırken anodermal deri dokusunun anal stenozu neden olmayacak kadar çıkarılması gerekmekte, hemoroidektomi yapılan alanlar arasında sağlam anoderm köprücüklerinin bırakılmasına özen gösterilmeli ve akut hemoroidal hastalık atakları sırasında mümkünse ameliyat yapılmamalıdır.¹² Hafif dereceli anal stenoz semptomları için konservatif yaklaşımlar kullanılabilir. Bunlar arasında yüksek lifli diyet, laksatifler ve kendi kendine parmakla genişletme çalışması yer almaktadır.^{8,10} Bu tedavi uygulamaları etkili olmazsa bujiler ile dilatasyon uygulanabilir.^{5,6,7} Ancak kendi kendine parmakla genişletme çalışması ve muayene uygun şekilde yapılmazsa girişim sfinkter içine kanama, fibrozis ve kontraktürle sonuçlanabilir.^{7,13} Cerrahi tedavi, konservatif tedaviden yarar görmeyen orta veya ileri dereceli anal stenozlarda tercih edilmektedir. Anal stenozda etkin sonuç alınabilecek cerrahi tedavisi zordur. Stenozun şiddetine ve yerleşimine göre çok sayıda ameliyat tekniği tanımlanmış ve uygulanmıştır.^{1,13,14,15,16,17} Bu cerrahi girişimlerin amacı rektal mukozayı veya perianal deriyi anal kanala transfer etmek ve anodermal dokunun elastikliği düzeltmektir.^{5,6} Konservatif önlemler başarısız olduğunda, anoplasti seçenekleri gündeme gelmektedir. Anoplasti prensibi, iç sfinkterotomi ve kutanöz skar dokusunun çıkarılması ile anal çıkışın boyutunun artırılması ve deri fleplerinin proksimal ilerlemesi veya mukozanın distal ilerlemesi ile düzeltmenin sürdürülmesidir. Daha basit teknikler genellikle daha iyi sonuçlara sahiptir ve daha az

komplikasyon üretir. V-Y ve diamond ilerletme flepleri çok iyi sonuçlara sahip olan, tercih edilen tekniklerdir.^{10,18,19} House ilerletme flebi, özellikle tüm çevresel stenozda geniş bir deri flebi sağlayarak başarılı bir şekilde kullanılmıştır.^{20,21} Şiddetli anal stenozu sahip 3 hastamızda geniş tabanlı bir ilerletme flebi olan "House flep" uygulandı (Resim 1a, b, c). Anal stenozun cerrahi tedavisinde çok sayıda flep seçenekleri uygulanırken; bu flep türlerinin birbirlerine üstünlüklerini gösteren yeterli sayıda karşılaştırmalı prospektif randomize çalışmalar bulunmamaktadır. Literatürde sınırlı sayıda olan karşılaştırmalı çalışmalarda da anal stenozun etiyojisi, seviye ve düzeyine göre sınıflandırmalar yapılmamış ve homojen hasta gruplarında flep çeşitlerinin etkiliği karşılaştırılmamıştır. Ayrıca bu çalışmalarda anal kanalın flep sonrası ideal kalibrasyonunun ne kadar olması gerektiği ve hangi flep yönteminde bu kalibrasyonun daha iyi sağlanabileceği açık değildir. Yapılan bir çalışmada anal kanal kalibrasyonu 25-26 mm olacak şekilde diamond flep ilerletme flepleri ile tedavi edilen hastalarda iyi sonuçlar alınmıştır.¹⁶ Farid ve ark.¹⁷ yaptığı prospektif randomize bir çalışmada house ilerletme flebi anal stenoz tedavisinde V-Y ve rhomboid fleplere göre daha uzun operasyon süresine sahip olmakla beraber; daha az komplikasyon, daha yüksek klinik iyileşme, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi sağlamaktadır. İdeal bir cerrahi tekniğin kolay uygulanabilir, hasta tarafından kolay tolere edilebilir, düşük morbiditeye sahip olmalıdır. Ayrıca uzun süreli medikal (kontinans vb.) ve sosyal konforun iyi



Resim 1. a) House ilerletme flebinin çizimi, b) house ilerletme flebinin serbestleştirilmesi, c) flebin anal kanala doğru ilerletilmesi ve sutureasyonu

düzeyde olması amaçlanır. Ancak medikal ve sosyal açıdan; etkili tedavi sonuçlarının tam olarak elde edildiği ideal bir tedavi yöntemi yoktur.¹ Bu nedenlerden dolayı uygun cerrahi tekniğin seçiminde hastanın klinik durumu ve hastalığın şiddeti-seviyesi göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bunların yanında hastaya hangi tekniğin uygulanacağı konusunda cerrahın ve kliniğin alışkın olduğu yöntem de önemlidir. Çalışmamızda hasta sayımız yeterli düzeyde olmasa da düşük nüks ve komplikasyon oranları ile elde ettiğimiz sonuçlar ilerde yapacağımız cerrahi girişimler için umut vericidir. Ancak hastalarımızın cerrahi sonrası uzun dönem takiplerde kontinansın; verilerin yetersizliği nedeni ile değerlendirilememesi çalışmamızın eksik yönü olarak değerlendirildi. Hemoroidektomi cerrahisinin nadir görülen bir komplikasyonu olan anal stenozun en önemli tedavisi cerrahi ilkelere uyarak hastalığın ortaya çıkmasının önlenmesidir. Ancak hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalara kliniğine özel değerlendirme ve fizyolojik incelemeler yapılmalıdır. Cerrahi seçenekler arasında yer alan ilerletme flepleri ile etkin ve iyileştirici tedavi sağlanabilmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (proje no: KA 18/102).

Hasta Onayı: Tüm hastalardan onay alındı.

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

Finansal Destek: Başkent Üniversitesi Araştırma Fonu'na desteklenmiştir.

Kaynaklar

- Altuntaş YE, Öncel M. Anal Stenoz. İçinde: Menteş B, Bulut T, Alabaz O, Leventoğlu S, eds. Anorektal bolgenin selim hastalıkları.1.Baskı, Ankara; 2011:145-164.
- Eryılmaz R, Okan İ, Baş G, Işık A, Şahin M. Hemoroidektomiye bağlı anal stenoz tedavisinde V-Y anoplasti. Turk J Colorectal Dis 2009;19:32-35.
- Gonzalez AR, de Oliveira O Jr, Verzaro R, Noguera J, Wexner SD. Anoplasty for stenosis and other anorectal defects. Am Surg 1995;61:526-529.
- Brisinda G. How to treat haemorrhoids. Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators. BMJ. 2000;321:582-583.
- Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. Am J Surg 2000;179:325-329.
- Lagares-Garcia JA, Noguera JJ. Anal stenosis and mucosal ectropion. Surg Clin North Am 2002;82:1225-1231.
- Khumbandani IT. Anal stenosis. Surg Clin North Am 1994;74:1353-1360.
- Mentes BB, Cihan A, Tatlıcıoğlu E, Ferahköşe Z. Diamond flap anoplasty for cicatricial anal stenosis following Fournier gangrene. GMJ 1998;9:183-186.
- Liberman H, Thorson AG. How I do it. Anal stenosis. Am J Surg 2000;179:325-329.
- Maria G, Brisinda G, Civello IM. Anoplasty for the treatment of anal stenosis. Am J Surg 1998;175:158-160.
- Milsom JW, Mazier WP. Classification and management of postsurgical anal stenosis. Surg Gynecol Obstet 1986;163:60-64.
- Aliosmanoğlu İ, Gül M, Tekeş F, Ülger BV, Oğuz A, Hakseven M, Baç B. Anal Stenoz Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Turk J Colorectal Dis 2013;23:173-177.
- Duieb Z, Appu S, Hung K, Nguyen H. Anal stenosis: use of an algorithm to provide a tension-free anoplasty. ANZ J Surg 2010;80:337-340.
- Szeto P, Ambe R, Tehrani A, Cagır B. Full-thickness skin graft anoplasty: novel procedure. Dis Colon Rectum 2012;55:109-112.
- Casadesus D, Villasana LE, Diaz H, Chavez M, Sanchez IM, Martinez PP, Diaz A. Treatment of anal stenosis: a 5-year review. ANZ J Surg 2007;77:557-559.
- Gülen M, Leventoğlu S, Ege B, Menteş BB. Surgical Treatment of Anal Stenosis with Diamond Flap Anoplasty Performed in a Calibrated Fashion. Dis Colon Rectum 2016;59:230-235.
- Farid M, Youssef M, El Nakeeb A, Fikry A, El Awady S, Morshed M. Comparative study of the house advancement flap, rhomboid flap, and y-v anoplasty in treatment of anal stenosis: a prospective randomized study. Dis Colon Rectum 2010;53:790-797.
- 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.
- Caplin DA, Kodner IJ. Repair of anal stricture and mucosal ectropion by simple flap procedures. Dis Colon Rectum 1986;29:92-94.
- Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA, Thorson AG, Blatchford GJ, Pitsch RM. Operative results of House advancement anoplasty. Br J Surg 1996;83:1242-1244.
- Christensen MA, Pitsch RM Jr, Cali RL, Blatchford GJ, Thorson AG. House advancement pedicle flap for anal stenosis. Dis. Colon Rectum 1992;35:201-203.