

## ANAL STENOZ - ANAL STRİKTÜR -MAKAT DARLIĞI

Anal stenoz anal kanalın daralması anlamına gelmektedir. Aslında yumuşak ve genişleyebilir olan anodermin (anüs iç yüzeyi) çeşitli faktörlerle kısıtlayıcı bir yapı halini alması ile karakterizedir. Bu durum dar ve elastik olmayan bir anal kanal sonucunu doğurarak bölgenin fonksiyonlarını kısıtlar, dışkılamayı zor ve ağrılı bir hale getirerek, kanama, defekasyon güçlüğü, takılma hissi ve inkontinense (gaz-gaita kaçırma) yol açar. Bu rahatsız edici şikayetlerinin yanı sıra, bu olgularda utanmaları nedeniyle sosyal aktivitelerinde de kısıtlamalar gelişir. Normalde yapısal olarak baş aşağı bir huniyi andıran anal kanalın en genişlemiş durumda dahi çapı anal sınırdan-anüsün deri ile birleştiği çizgi-(anal verge) daha dardır. Dışkılama sırasında iç ve dış sfinkter kaslarının gevşemesi ile cilt tarafı da dahil olmak üzere anal kanal olduğu gibi genişleyip düz bir boru halini alır ve dışkılama gerçekleşir. Oysa Anal stenozda bölgede yer alan anatomik striktür dediğimiz kötü iyileşme sonucu olan yara anal sınırdan bile dar bir bölge oluşturarak, boru halini almış yapıdan dışkının geçmesini zorlaştırır. Bir çok sebebi bulunmasına rağmen sıklıkla ameliyatlara ikincil olarak gelişir. Elastikiyet azalınca anal kanal yeterince gevşemez ve dışkılama esnasında takılma hissi ortaya çıkar.

Bu başlangıç bilgileri ile birlikte biz anal stenozu 3 ana gruba ayırıyoruz.**Doğumsal, birincil ve ikincil** anal stenoz.

**Doğumsal** olan anal stenozlar makat kaslarının tamamen normal, makatın yüçük şeklinde darlığı ile karakterize olduğu imperfore anüs durumunda gözlenir. Bu durumda tedavi daha kolaydır. Elle veya aletle genişletme veya basit bir ameliyatla tedavi edilebilmektedirler. Eğer makat kaslarının yokluğu da olaya eşlik ediyorsa tedavi daha komplike hale gelmektedir.

**Birincil** anal stenozlar nadirdir. Genellikle yaşlılarda ve Alzheimerli hastalarda görülür.Devamlı olarak şekilli olmayan sulu dışkılama yapılması sonucu makat kasları silinmekte ve zayıflamakta ancak uyarının az olması nedeni ile makat daralmaktadır. Özellikle Alzheimer'li hastalarda istemsiz dışkılama mevcut ise makat darlığı hastaların tuvalet alışkanlığında bir fayda sağlamaktadır.Bu nedenle bu hastalarda makat darlığı tedavi edilirken bu durum göz önüne alınmalıdır.

**İkincil** anal stenozlar anal bölgeye travma, anal bölge ameliyatları,anal sex, uzun süreli mushil ilaçları kullanıp sulu dışkılama yapmak vb. gibi sebeplerle oluşabileceği gibi bu bölgeye uygulanan ışın tedavisi,anal bölge kanserleri,anal bölgeyi tutan tüberküloz ve bazı kronik iltihabi hastalıklara bağlı olarak da gelişebilir.Kronik anal fissür,özellikle hemoroid ameliyatları sonrası gördüğümüz anal band'da da görülmektedir.Bu grup daha önce anlatılanlara göre daha sık karşılaşılır. Tüm bu sebeplerden en sık karşılaşılanı hemoroid ameliyatı sonrası oluşan makat daralması ve kronik anal fissüre sekonder olanıdır.

Bu hastaların tanısı ve tedavi planlaması aslında hasta iyi dinlenirse ve iyi bir şekilde sorgulanırsa çok kolay olmakta tanı rahat konulabilmekte ve isabetli tedavi kararı verilebilmektedir. Hasta dışkının takılmasından, ishal olmazsa dışkılama yapamamaktan, dışkılama esnasında şiddetli ağrıdan ve yırtılmadan bahseder. Bazı hastalar dışkılarını el yardımı ile çıkardıklarını ifade etmektedirler. Ki bu da oluşan travma nedeni ile hastalığı artıran bir uygulamadır. Devamlı sulu dışkılama yapılması nedeni ile ıslak anüs dediğimiz anal bölgede kaşıntı ve pişik ile seyreden durum olabilir. Daha önceden bu bölge ile ilgili geçirilen ameliyatlara striktür açısından tanı koydurucu olduğu için sorulması veya Hasta tarafından belirtilmesi gereken önemli bir durumdur. İyi bir sorgulama sonrası hastanın muayenesine sıra gelmiştir. Muayenenin nasıl yapılabildiği tedavi planlanmasında önemlidir. Parmakla muayenenin-tuşe-yapılıp yapılamadığı, hangi parmağın kullanıldığı, aletle muayenede makata alet uygulanıp uygulanmadığı önemlidir. Eğer parmakla muayene mümkün olamıyorsa ameliyat öncesi narkoz altında muayene gerekebilir. Tüm bu muayene ayrıntıları hastalığın seviyesini bize belirten önemli ayrıntılardır. Tabii ki tedavi de buna göre planlanmaktadır. Örneğin işaret parmağı ile muayene yapılamıyorsa hastalık ileri seviyededir diyebiliriz.

## **TEDAVİ**

Tanı ve sebep tam olarak ortaya konduktan sonra tedavi planlamasına sıra gelmiştir. Bunda da yanlış bir yaklaşıma sebep olmamak en azından hastanın daha kötü olmaması için özen göstermek gerekir. Örneğin; yaşlı belki de hastalığının bile farkına varmayan Alzheimerli hastada anal stenoz tedavi edilirken hastanın dışkısını tutamaması gibi riskler bulunduğu ve bu hastaların farkına varmadan dışkılama yaptıklarından istemsiz dışkılama sonucu daha kötü sosyal sorunlara sebebiyet verilebileceğinden dikkatli olunmalıdır. İlaçlar ile daha hafif seyirli, makat derisine yakın olan darlıklar tedavi edilebilir. Lokal kremler ve steroid enjeksiyonları bazı hastalarda faydalı olabilir. Cerrahi tedavi ilaçla tedaviden yarar görmeyen veya görmeyeceği tahmin edilen orta veya ileri dereceli anal stenozlarda tercih edilen yöntemdir. Barsaktan deriye doğru (mukozal ilerletme flepleri) veya makat çevresinden (cilt flepleri) flep kaydırılarak uygulanan prosedürler anal stenozda başlıca ve en sık uygulanan cerrahi tedavi seçenekleri olarak kabul edilirler. Alt seviyede yada başka bir deyişle daha hafif olan tablolarda mukozal ilerletme flepleri ile tedavide oldukça başarılı sonuçlar almaktayız .Bu tekniklerden ise biz en çok Martin Anoplasti yöntemini kullanmaktayız. Bu teknikte striktüre olan alan (Resim 1) baklava dilimi şeklinde normal mukozaya kadar çıkarılır(Resim 2).

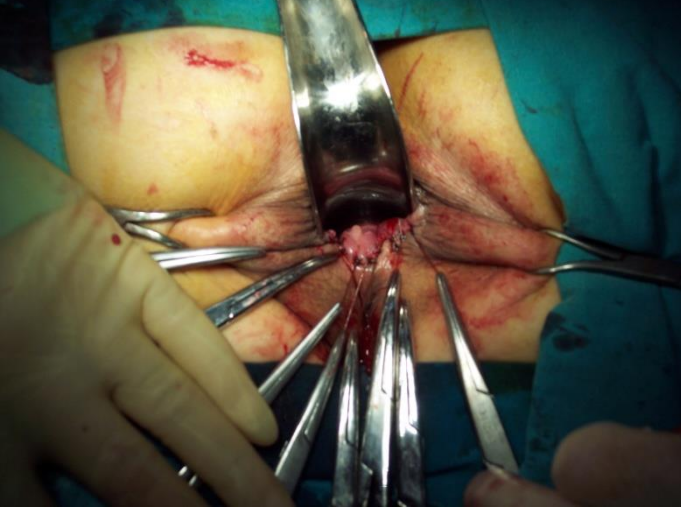


Resim 1



Resim 2

Daha sonra iç mukoza anal çizgi seviyesinde dikilir. Bu sırada makatta ıslaklık oluşmaması yada makatın içe dönmemesi için cilt, alttaki dokulardan gevşetilmeli ve mukoza açıklığı suturelerle kapatılmalıdır.(Resim 3).



Resim 3

Resimleri görülen hasta kronik anal fissür zemininde anal striktür gelişen bir hastadır. Uzun yıllar tedavi edilmeyen kronik anal fissürlerde her atak anal kanalda daha kötü bir iyileşmeye sebep olmakta bu bölgede oluşan kötü dokunun zaman içinde sertleşmesi anal striktür ve stenoza yol açmaktadır. Bu gruptaki hastalar için Martin Anoplasti çok iyi bir seçenektir.

İleri seviyedeki hastalarda ise cilt flepleri daha uygun tedavi yaklaşımı olmaktadır. Bazı hastalara birkaç seansa fleb ile ameliyat tedavisi uygulanabilmektedir.

Cilt flebi ile anal stenoz - özelde anal striktür – tedavisinde ise mukozal fleb kaydırma metoduna göre daha komplike bir tedavi metodu izlemek gerekir. Genellikle daha öncesinde ameliyat olmuş hastalar oldukları için ameliyatları daha zordur. Örnek resimleri gösterilen hastamızda işaret parmak ile tuşe zorlukla yapılabilmekteydi. O nedenle ameliyat öncesi striktür tam olarak görüntülenememiştir. Ancak striktür hattı barsaktan ayrıldıktan sonra barsağa ekartör dediğimiz alet uygulanıp görüntü almak mümkün olmuştur(Resim 4).



Resim 4  
Öncelikle striktür olan saha çıkarılır.(Resim 5).



Resim 5  
Daha sonra çevre ciltten, çıkartılan mukozaya uygun olan cilt flebi hazırlanır(Resim 6).



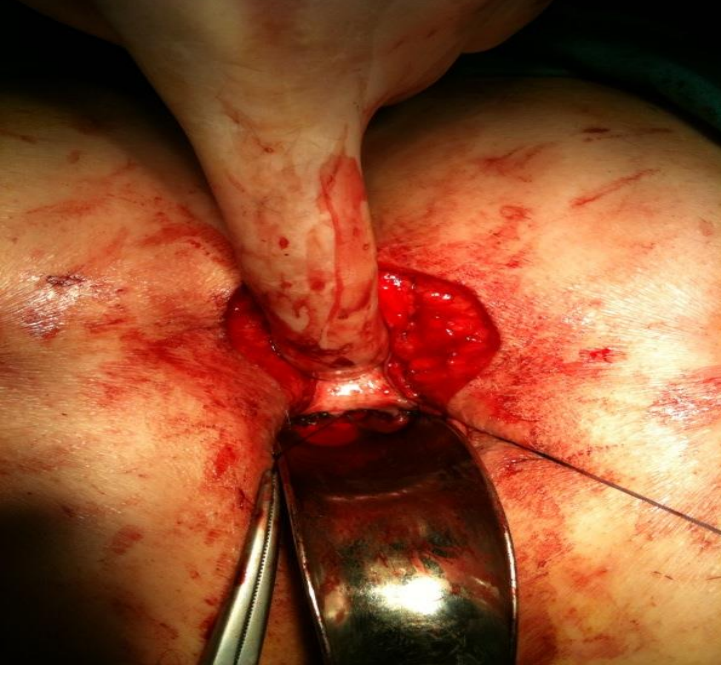
Resim 6

Bu hastada ev tipi ilerletme flebi-House fleb- kullanılmıştır. Fleb ilerletmeye uygun olması için hareketli hale getirilir(Resim 7).



Resim 7

Daha sonra anüste mukozanın çıkartıldığı bölgeye dikişle tutturulur(Resim 8).



Resim 8

Dikiş işlemi bittikten sonra yeterli esnekliğin sağlandığından emin olmak için tuşe yapılır. Ameliyat sonu görüntüsü resim 9’da görüldüğü şekildedir(Resim 9).



Resim 9

Bu hastamızda tek seansta tam iyileşme sağlanmış olup hastamızda ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Hastamızın ameliyat sonrası 3. yıldaki görüntüsü resim 10'daki gibidir(Resim 10).



Resim 10



Yaklaşık 10 değişik cilt ilerletme flebi yöntemi bulunmasına rağmen tüm fleb yöntemlerini yaklaşık 200 hastada kullanmış bir cerrah olarak Ev tipi ilerletme flebi- House fleb - cilt ilerletme flebleri içinde en uygun olanıdır kanaatindeyim. Bu tercihte hastanın kolay tolere ediyor olması, ameliyat sonrası komplikasyonların daha az görülmesi, geniş saha striktürlere uygulanabilirliği ve cerrahi tekniğin daha anatomik olması etkindir. Striktürü daha az alanı kaplayan orta seviyedeki hastalarımıza V-Y ilerletme flebi uygulamaktayız. Ayrıca Diamond ve Damla tipi ilerletme fleblerini de bir alternatif olarak vakaya göre kullanmaktayız. O bölgeden birden fazla ameliyat geçirmiş, geniş yanığı bulunan ve geniş açık yarası olan birkaç vakaya ise S plasti-S tipi ilerletme flebi- uygulanmış olup çok fazla defekt oluşturması, makatta kalıcı ıslaklık oluşturması ve yüksek enfeksiyon riski nedeni ile artık pek kullanmamaktayız. Mukozal ilerletme flebi yöntemlerinden ise en çok Martin Anoplasti yöntemini tercih etmekteyiz. Hastada diğer mukozal ilerletme flebi tekniklerine göre neredeyse hiç komplikasyon gelişmemekte, hasta tarafından çok kolay tolere edilebilmekte, iyileşme süresi çok kısa olmaktadır. Bu tip feblerde görülen en önemli komplikasyon olan anüs iç yüzeyinin dışa veya içeriye dönmesi sonucu oluşan komplikasyonları hiçbir vakamızda gözlemedik. Bunun sonucunda uygulanan Martin Anoplasti tekniğinin bu vakalar için çok uygun bir yöntem olduğu kanaatine vardık. Hafif ve orta derecede stenozun eşlik ettiği kronik anal fissürlü yaklaşık 1000 hastaya güvenle uyguladık. Lateral İnternal sfinkterotomi'ye (LİS)-iç makat kasının kesilmesi-ilave olarak fissür traktı mutlaka çıkarılmış ve Martin Anoplasti yöntemi kullanılarak hem stenoz tedavisi yapılmış hemde fissüre ikincil gelişen Perianal Fistül'e karşı bir koruma sağlanmıştır. Genel anlamda Anal Stenoz özelde Anal Striktür aslında çözümsüz değildir. Tedavi planlamasında tüm hastalar ayrı ayrı değerlendirilmeli cerrahın bildiği-adapte olduğu tedavi tüm hastalara standart olarak uygulanmamalıdır. Her hasta ayrıntılı olarak irdelenmeli, uygun tedavi yöntemi seçilmeli, özellikle anal bölge ameliyatlarından sonra gelişen bir komplikasyon olduğu akıldan çıkartılmamalıdır. Uygun olmayan her girişimin hele cerrah tedaviye adapte değilse mutlaka daha kötü sonuçlara sebebiyet vereceği, ileride uygulanacak tedaviyi daha da güçleştireceği unutulmamalıdır.

Dr.Ramazan Tarık Ünsal