

ATNALI FİSTÜL ve TEDAVİSİ

Atnalı fistül aslında perianal fistül olup klinik tablo itibarı ile ayrı başlıkta değerlendirilen bir hastalıktır.

Tek bir odaktan köken almakla birlikte makat etrafında U harfi gibi yada meşhur tabiri ile ATNALI şeklinde birden fazla eksternal orifisleri bulunur. Bu da tedavide zorlukları beraberinde getirmektedir.

Transsfinkterik ve suprasfinkterik olmaları nedeni ile Komplike Perianal Fistül grubunda sınıflandırılırlar. Esas odak genellikle arka orta hatta dış delikler sağ ve sol yanlarda bulunur. Az oranda ise esas odak önde ortada olabilir.

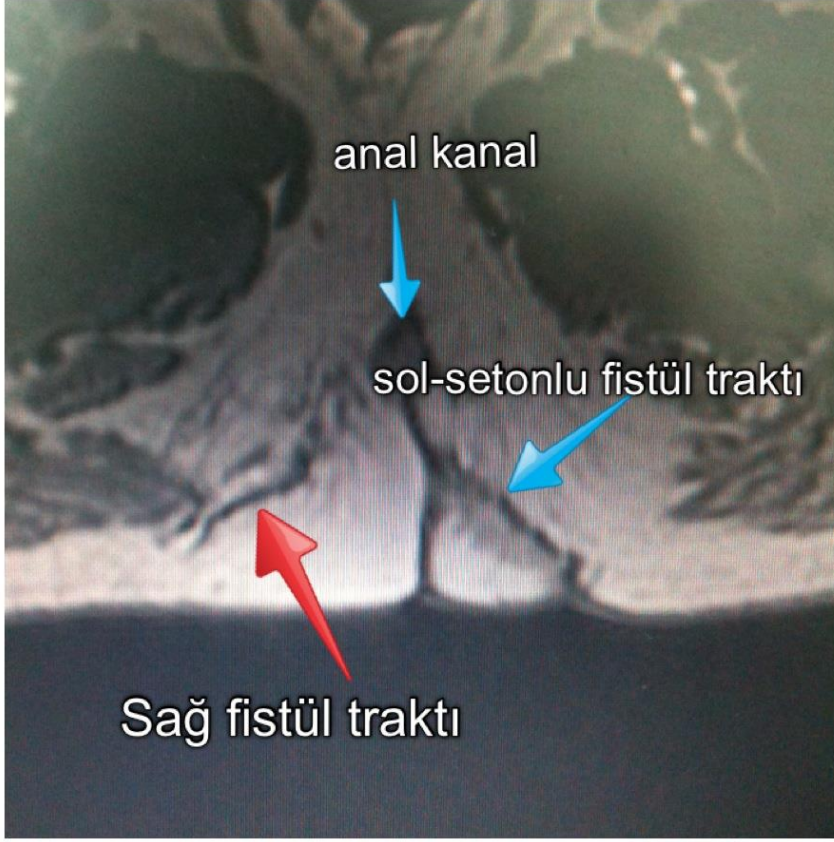
Arka orta hatta bulunan perianal absenin oluşumunda ilk drenaj hattı fibrotik olarak kalmış ve fistül hattı kapanmışsa karşı tarafa doğru yönelmesi bölge anatomisi nedeni ile daha kolay olmakta ve karşı tarafta yeni fistül traktı ve orifisleri açılmaktadır. O nedenle perianal fistül tedavisinde atnalı fistül olabileceği mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Tuşe ve anoskopik muayene genellikle yeterlidir.



Resim 1:Atnalı fistül

Tuşe yapılırken anal kanalın her iki tarafı mutlaka kontrol edilmelidir. Anamnezde daha önce karşı tarafta abse oluşup oluşmadığı

mutlaka sorulmalıdır. Ancak muayene sonrası kesin olarak emin olunamıyorsa MR , Endorektal US ve fistülografi ile tanı desteklenebilir.

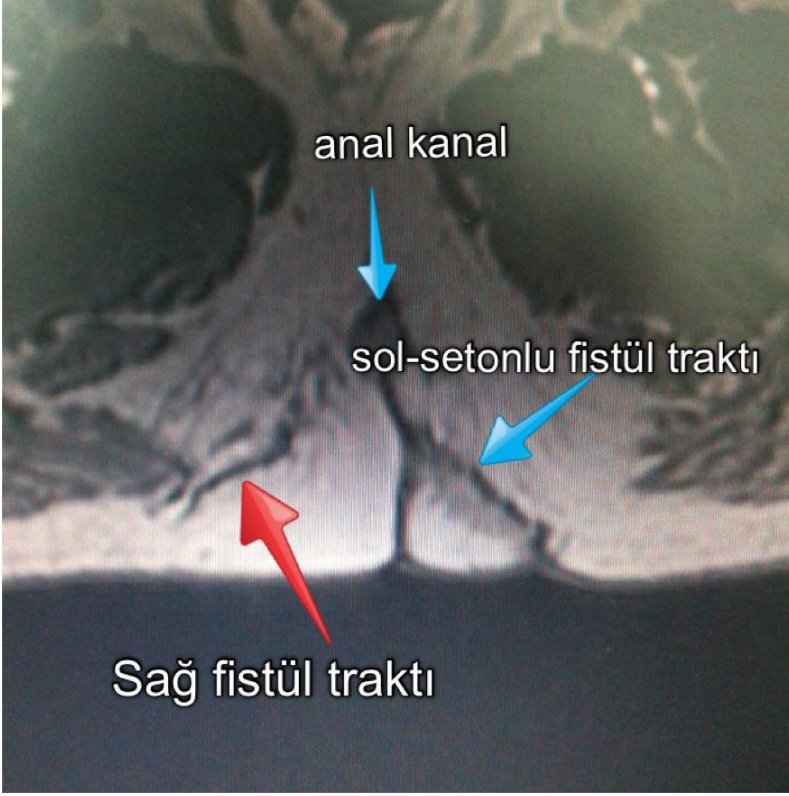


Resim2:Atnalı fistülde MR

Görüntülerini gördüğünüz hastamız daha önce 2 kez apse drenajı olmak üzere 7 kez opere edilen bir hasta.

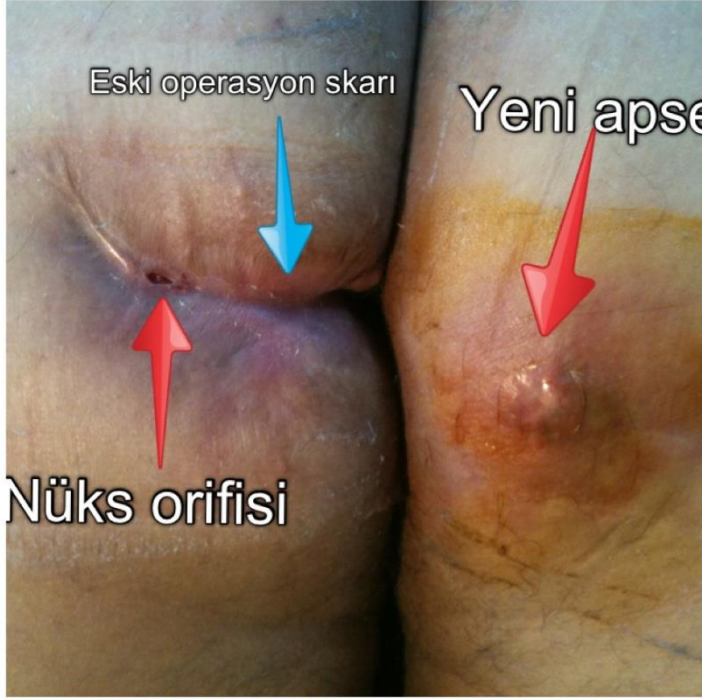
Resim 1’de sol kalçada operasyon skarı ve sağda apse mevcut. Aynı hastanın çekilen ilk MR tetkikinde sadece sol taraf fistül traktı rapor edilmiş. Ancak sağda apse oluştuğu anda çekilen MR görüntülerinde sağda apse rapor edilmiş(Resim2).

Fistülografisinde ise(Resim 3) sol tarafta bulunan fistül traktı geniş olduğu için ilaç sağa geçmeden lümene boşalmış. O nedenle tek taraflı fistül gibi yanlış bir görüntüsü mevcut.



Resim3:Atnalı fistülde Fistülografi

Resim 4'te yeni apsenin cilde fistüle olduğu bölge, eski operasyon hattı ve nüks fistül orifisi gözlenmekte.



Resim 4

Bu hastamızın sağ kalçasında bulunan apse drene edilmiş ve esas apse odağının arka orta hatta uzandığı uygulanan stile ile gözlenmiştir(Resim 5).



Resim 5

Bu resimde sol kalçada gözlenen hattın anüse yakın olan bölümünde ise mükerrer operasyonlarda uygulanan kesici Slastik seton görülmektedir. Bu setona rağmen aynı taraf fistül hattında nüks mevcuttur(Resim 6).

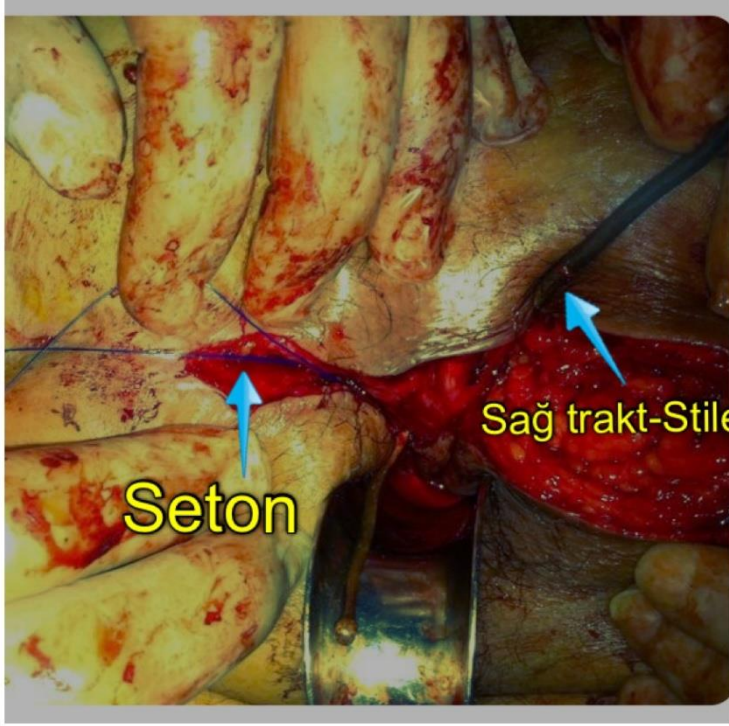


Resim 6

Bu hastamızda eski operasyonlarda prone(Diz-dirsek)pozisyonunda saat 7-8 kadranında internal orifis düşünülerek seton o şekilde uygulanmış. Ancak gerçek internal orifis ve apse odağı saat 12 kadranında gözlemlendi.

Bu hastamıza tedavide **Modifiye Hanley** yöntemi ile **Parsiyel Fistülektomi**, **fistülotomi** ve **Çift Seton** uygulaması yapıldı.

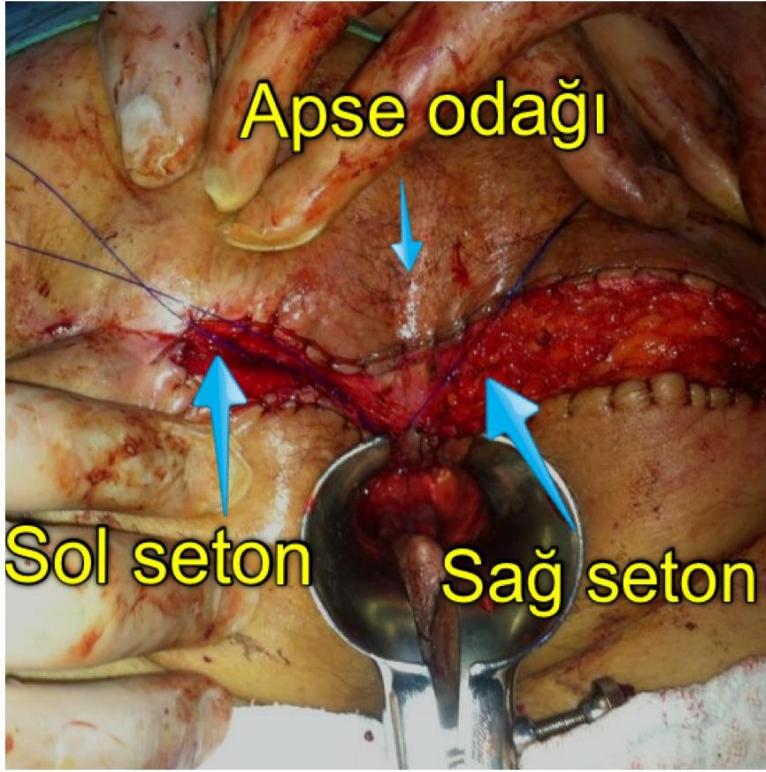
Bu metod, fistül hatları esas apse odağına kadar açılıp esas apse odağına -ki bu odak suprasfinkterik bir odaktır- seton uygulaması esasına dayanır.Biz daha önceki seton hattı ve gerçek apse odağına olmak üzere **Çift Seton** uyguladık.



Resim 7

Resim 7’de fistül hatları açılmış parsiyel fistülektomi uygulanmış sola eski hatta seton uygulanmış ve sağ hat stile ile ortaya konmuş olarak görülmektedir.

Daha sonra sağ fistül hattına da seton tatbik edilmiş ve kapitonaj uygulanarak ameliyat bitirilmiştir.Çift seton uygulanırken İnkontinans riski nedeni ile esas odağın bulunduğu yerin daha önce seton uygulanmış olan alana yakın olmamasına dikkat edilmiştir.Bu nedenle sağ seton lateralizedir.Esas apse odağı küretaj ve geniş orifisle drene edilmiştir(resim 8).



Resim 8

Hastamızda 2.5 ay süren bir pansuman süreci sonucu şifa ile takip sona erdirilmiştir. Ameliyat sonrası hastamızda inkontinans gelişmemiştir.

Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon da gelişmemiştir.

Hastanın postop 4.aydaki görüntüsü resim 9'dadır.



Resim 9

TARTIŞMA

Perianal fistüldeki en önemli problem tanının doğru konamayışına ikincil nöksler ve yanlış tedavi uygulamaları sonucu gelişen inkontinansdır(gaz-gaita tutamama).Hele ki perianal fistülün daha komplike hali olan ATNALI fistülde bu sorunlar daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu hastalara yaklaşımda bu nedenle hassasiyet gösterilmeli. Muayenesinde yukarıda belirtilen noktalara mutlaka dikkat edilmelidir. Çekilecek yardımcı görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilmesi esnasında mutlaka klinik göz önünde bulundurulmalı, desteklemeyen görüntüleme yöntemleri bir başka metod ile doğrulanmalıdır.

Uygulamada yapılan en büyük yanlış görüntüleme yöntemlerinin raporlarının klinik bulguların önüne geçirildiğini sıklıkla müşahade ediyoruz. Yukarıda görüntüleri bulunan örnek hastanın fistülografi ve ilk çekilen MR görüntülerinde hasta tek taraflı fistül olarak rapor edilmiştir. Bu nedenle hastamız 7 kez opere olmuştur. İlk MR görüntülerinde fistül hattı gözlenmesine rağmen rapor edilmemiştir. Fistülografi ise daha önceki ameliyatlarda açılan internal orifisin büyük olması nedeni ile karşı tarafa opak madde geçmediği için yanlış yorumlanmıştır.

Bütün bu nedenlerle hasta değerlendirmesinde klinik muayene değerlendirmede esas olmalıdır. Doğru tanı tedavide en önemli yol gösterici unsurdur çünkü.

Tedavi planlaması çok iyi yapılmalı özellikle inkontinans riski nedeni ile minimal cerrahi ile maksimum fayda sağlanmalıdır. Seton uygulamasının sıkıntıları hasta ile paylaşılmalı ve hasta-doktor uyumu maksimum olarak sağlanmalı, özellikle pansumanlar düzenli yapılmalıdır. Cerrahi uygulamasında en uygun yöntemin tecrübelerimizle **Modifiye Hanley+Seton uygulaması** olduğunu düşünmekteyiz.

Bu yöntemle tedavi ettiğimiz hastalarımızda henüz bir nöks ve komplikasyon ile karşılaşmadık. Uygun tanı ve tedavi silsilesi ile üst düzeyde başarı elde edileceği akıldan çıkartılmamalıdır.

Op.Dr.Ramazan Tarık Ünsal