

Perianal Fistüllerde Tanı, Cerrahi Sınıflama ve Tedavi

İsmail Alper Tarım^{ID}

ÖĞRENME HEDEFLERİ

- Perianal Fistüllerin klinik özellikleri ve tanısı
- Perianal fistüllerin güncel tedavi yöntemleri
- Perianal Fistüllerin cerrahi sınıflaması

Tarım İA. Perianal fistüllerde tanı, cerrahi Sınıflama ve tedavi. *Trd Sem* 2022;10(3):364-372.

Perianal apseler; inflamatuvar bağırsak hastalıkları, tüberküloz, AIDS gibi hastalıklara sekonder gelişebilir ancak büyük çoğunluğunda altta yatan bir neden yoktur. **Anorektal bölgede gelişen apselerin ve kronikleşmesi sonrası anal kanal ile perianal bölge derisi arasında oluşan kanalların (Perianal Fistül) oluşumuyla ilgili günümüzde kabul edilen görüş Kriptoglandüler Teori'dir [1,2].** Anal gland kanalı travma, gaita bulaşı gibi nedenler ile tıkanabilir. Anal gland enfekte olur ve anorektal apse gelişir. Anorektal apse erkeklerde daha sık görülür. Apse her yaşta görülebilse de hastaların çoğu 20 ile 40 yaş arasındadır [3,4]. Cerrahi drenaj ile anorektal apse tedavi edilebilir. Ancak apse drenaj yolunun epitelizeasyonu ile %30-%50 hastada aylar sonra fistüller gelişebilir [3-6]. Hangi hastalarda fistül gelişeceğini kestirmek mümkün değildir. Parks günümüzde hala kabul görüldüğü gibi apseleri intersfinkterik, perianal, iskiorektal, supralevator ve submüköz apseler olarak değerlendirmiştir [1].

Apselerin kliniği tipine göre değişmekle birlikte çoğu hasta otururken ya da defekasyon

esnasında oluşan anorektal ağrı şikayeti ile cerraha başvurur. Perianal bölgede kızarıklık, şişlik, fluktuasyon veren ağrılı kitleden tenes-musa kadar değişen klinikler ile karşılaşılabilir. Lökositoz ve ateşi olan hastalarda Fournier Gangreni'de akla gelmelidir. Perianal fistül hastaları ise tipik olarak perianal bölgede sürekli olan bir akıntı ya da perianal bölgede aralıklı gelişen ağrılı şişlik ve akıntı (%65) şikayeti ile başvurur [7].

PERİANAL FİSTÜLLERDE TANI

Perianal fistülün ilk değerlendirmesinde semptomları, öyküyü, fistülün yerleşimini ve sekonder selülit varlığını değerlendiren, hastalığa özgü öykü ve fizik muayene yapılmalıdır. Perianal fistül hasta öyküsü ve fizik muayene ile teşhis edilir. Tanıyı netleştirmek için dijital rektal muayene ve rektoskopi gerekebilir. Perine muayenesi, apse, cerrahi yara izi, olası anorektal Crohn hastalığı belirtileri ve özellikle fistülün dış açıklığının varlığının tespiti

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

✉ İsmail Alper Tarım • ismailalpert@gmail.com



Resim 1. Kanül yardımıyla fistül iç ağzının bulunduğu bir vakanın görüntüsü.

edilmesini içerir. Fistül dış ağzından bir kanül ile nazıkçe fistül yolunun varlığı doğrulanmaya çalışılır (**Resim 1**). Bu yapılırken yanlış yeni yol oluşturmamaya özen gösterilir.

Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği'nin (The American Society of Colon and Rectal Surgeons) 2022 yılında yayınlanan "Anorektal apse, Fistül-in-Ano ve Rektovajinal Fistül Yönetimi için Klinik Uygulama Kılavuzları" da anorektal apse veya fistül için tanısal görüntülemenin rutin kullanımı gerekli olmadığı bildirilmiştir [3]. Ancak gizli anorektal apsesi, tekrarlayan veya komplike perianal fistülü, immünosupresyonu veya anorektal Crohn hastalığı olan seçilmiş hastalarda görüntüleme yapılabileceği yine aynı kılavuzca önerilmiştir. Endoanal ultrason (EAUS), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve transperineal ultrasonun (TPUS) perianal fistül/apse için tanısal doğruluğunun hemen hemen aynı olduğu bilinmektedir [8]. Başta MRG olmak üzere görüntüleme yöntemleri seçilmiş hastalarda fistülü tanımlayarak (sfinkterler ile ilişkisini ve özellikle ikinci fistül traktlarını tespit ederek) uygulanacak tedavinin planlanmasında yol gösterici olduğu ve cerrahinin başarısını artırarak nükslerin önlenmesine katkısı olduğunda kabul edilmektedir [9, 10].

Büyük Britanya ve İrlanda Koloproktoloji Derneği (The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland-ACPGBI) ise EAUS'u komplike fistül şüphesi varlığında ilk inceleme olabileceğini ve tutarlı bulgular

olmamakla beraber EAUS'un perianal Crohn hastalığının değerlendirilmesinde faydalı olabileceğini bildirmiştir [11]. **Klinik veya endosonografik değerlendirmeden sonra komplike olduğu düşünülen primer fistüller için ve tekrarlayan anal fistülü olan hastalar için MRG kuvvetli kanıtlarla önerilmiştir [11]. MRG Büyük Britanyalı cerrahlar tarafından anal sepsis'in değerlendirilmesinde "altın standart" olarak kabul edilmiştir [11].**

PERİANAL FİSTÜLLERDE SINIFLANDIRMA

Perianal fistüller için önerilen çeşitli sınıflamalar olsa da cerrahlar tarafından Parks'ın 1970'lerde yapmış olduğu sınıflama ve modifikasyonları tercih edilmektedir [12-14]. **Parks fistülleri Submukozal, İntersfinkterik, Transsfinkterik, Suprasfinkterik, Ekstrasfinkterik olarak sınıflamıştır (Tablo-1) [3, 12, 13].** Parks sınıflaması görsel olarak ise **Şekil 1**'de sunulmuştur [15]. Bunun dışında fistüller Basit ve Komplike olarak da sınıflanır [13]. Eksternal sfinkterin aşağı 1/3' lük kısmından geçen, dış açıklığın bir tane olduğu intersfinkterik ve transsfinkterik fistüller Basit fistüllerdir. Eksternal sfinkterin üst 2/3 kısmını geçen, yüksek intersfinkterik ve transsfinkterik, suprasfinkterik, ekstrasfinkterik fistüller ise Komplike fistüllerdir. Komplike fistüllerin çok sayıda dış açıklığı ve vajen ve mesane gibi çevre organlarla ilişkisi olabilir (**Resim 2**). Van Koperen ve ark. 2008 yılında fistüllerin Alçak fistüller ve Yüksek Fistüller olarak sınıflanmasının fistül cerrahisinde çok daha pratik olacağını bildirmişlerdir [16]. Eksternal sfinkterin alt 1/3'ünde olanları Alçak fistüller; 2/3 üst kısmında olanları ise Yüksek fistüller olarak sınıflamışlardır. Perianal fistüller içerisinde, anal kanalı "U" şeklinde saran, bir veya her iki iskiorektal boşluğa anterior ve lateral olarak uzanan, genellikle transsfinkterik yerleşimli, birçok eksternal açıklığı olan Atnalı fistülleri diye adlandırdığımız fistüller vardır [17]. Atnalı fistüller Crohn hastalarında daha sık görülürler.

Tablo 1. Parks Sınıflaması*

Fistül Tipi	
Submukozal	Herhangi bir sfinkter kası içermeyen yüzeysel fistül yolu
İntersfinkterik	İnternal sfinkteri geçip, İnternal ve eksternal sfinkterler arasında uzanır, eksternal sfinkter kası içermez.
Transsfinkterik	İnternal ve eksternal sfinkteri geçip perianal cilt veya perinede sonlanır.
Suprasfinkterik	Üstte puborektal kasın üstünden intersfinkterik boşluğa doğru ilerler ve daha sonra iliokoksigeus kasından iskiorektal fosaysa ve perianal cilde açılır.
Ekstrasfinkterik	Perineal deriden ischio rektal fossa ve levator kaslarından geçerek rektuma geçer ve tamamen dış sfinkter kompleksinin dışında uzanır.

*Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği-2022 [3]

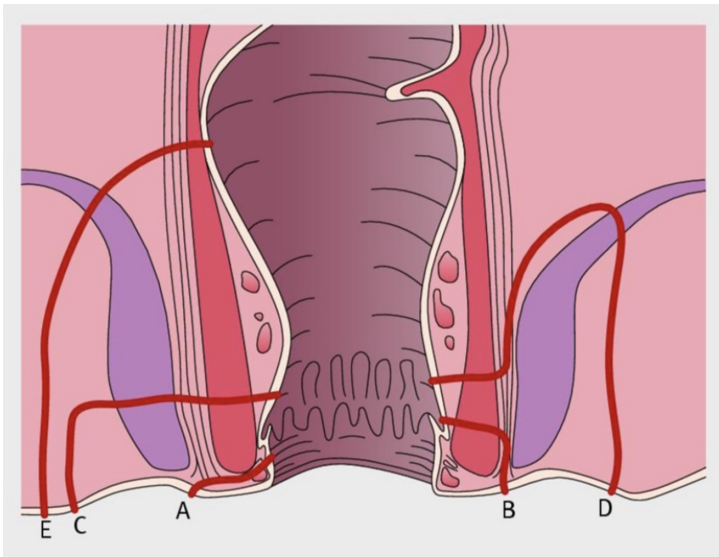
PERİANAL FİSTÜLLERDE TEDAVİ

Perianal fistülün tedavisinin temeli cerrahi yöntemler olmaya devam ediyor. **Cerrahide amaç anal sfinkter fonksiyonunu koruyarak fistülün iç açıklığı ve ilişkili epitelize yolları ortadan kaldırmaktır. Tek bir yöntemle tüm fistülleri tedavi etmek pek mümkün değildir.** Fistülün nedenini, anatomisini, semptomları, hastanın komorbiditelerini ve sfinkter fonksiyonlarını göz önünde bulundurarak cerrahi planlamak nüks ve kötü fonksiyonel sonuçları azaltır. Cerrah fistülün karmaşıklık derecesini

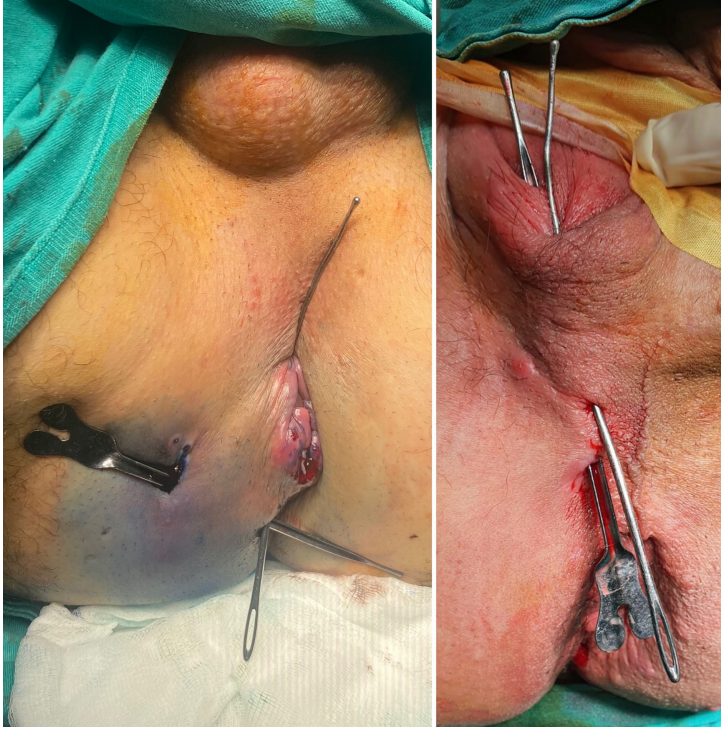
belirleyebilmeli ve buna göre ameliyatı planlamalıdır. Hasta ayrıntılı bilgilendirilmeli, cerrahi seçenekleri ve olası sonuçları hasta ile tartışılmalıdır.

Fistülotomi

Perianal fistüllerin tedavisinde kullanılan belkide en eski yöntem olan fistülotomi seçilmiş vakalarda %95'in üzerinde başarı oranlarına sahiptir. **Basit perianal fistüllü ve anal sfinkter fonksiyonu normal olan hastalar**



Şekil 1. (A) Submukozal Fistül (B) İntersfinkterik fistül (C) Transsfinkterik fistül (D) Suprasfinkterik fistül (E) Ekstrasfinkterik fistül



Resim 2. Kanül yardımıyla iç ağzın bulunduğu bir vakanın görüntüsü.

açık fistülotomi ile tedavi edilebilir [3, 15, 18]. Normal bağırsak alışkanlığı olan, irritabl bağırsak semptomlarının olmadığı, sfinkter kasının 2 cm sağlam kaldığı ve acil şartlarda yapılmayan fistülotomilerin iyi hasta memnuniyeti ile güvenilir bir tedavi olduğu bildirilmiştir [11, 15, 18]. Fistülotomi alçak fistüllerin hemen tamamını iyileştirebilirken yüksek fistüllerde fistülotomi yapıldığında, çok yüksek inkontinans riski olduğu bilinmektedir [3, 19]. Fistülotomi ile birlikte marsupiyalizasyon yapılmasının postoperatif kanama ve yara iyileşmesini hızlandıran bir strateji olduğu kabul edilmiştir [3]. Crohn hastalığı ve anal fistülü olan hastada ‘alçak’ bir fistül için bile fistülotomiden kaçınılır [11].

Seton Uygulamaları

Seton, fistül yolundan yerleştirilen ve iç ve dış açıklıklar arasında sürekli bir halka oluşturacak şekilde bağlanan basit bir ipliktir. **Seton uygulamanın çok sayıda değişik tekniği tanımlanmıştır ancak günümüzde en çok (%90)**

‘gevşek seton’ yöntemi tercih edilmektedir [18]. Bu teknikte seton fistül yolunun açıklığını korur, drenaja izin verir ve perianal sepsis gelişimini engellemek için sfinkter üzerine gevşek bir şekilde yerleştirilir ve bağlanır. Daha eski bir yöntem olmasına rağmen günümüzde çok az tercih edilen ‘kesici seton’ yönteminde ise sfinkter kasın kademeli olarak kesilmesini sağlamak için seton düzenli aralıklarla sıkılır. Bu fibrozis ile ilişkili inflamasyona ve sfinkterin ayrılmasına izin vermeden fistülün kapanmasına ve kontinansın korunmasını sağlar. Ancak kesici seton uygulanan vakaların dörtte birinde uzun dönemde inkontinans geliştiği bildirilmiştir [20]. Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahlar Derneği’nin kılavuzunda komplike kriptoglandüler fistüllerin tedavisinde kesici seton kullanılması zayıf öneri olarak sunulmuştur [3]. Komplike bir fistüle gevşek seton yerleştirilmesi, drenajı sağlar, inflamasyonu azaltır, iyi şekillenmiş bir yol oluşumuna ve fistül anatomisinin daha kolay tanımlanmasına olanak sağlar [15]. Büyük Britanya’lı (The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland-ACPGBI) cerrahlar hasta

inkontinans riski konusunda bilgilendirildikten sonra; diğer tekniklerin uygun olmadığı veya başarısız olduğu, seçilmiş yüksek ve komplike fistülleri tedavi etmek için kesici seton kullanılabileceğini kabul etmiştir [11].

Fibrin Yapıştırıcı

Fibrin yapıştırıcı fistül yoluna enjekte edilen fibrinojen, trombin ve kalsiyum birleşiminden oluşan bir matristir. Fistül yolunda pıhtı oluşumunu sağlar ardından kollajen lifleri ve sağlıklı dokuların gelişmesini teşvik ederek fistülü iyileştirdiği ileri sürülür [15]. Fibrin yapıştırıcı uygulaması basit, sfinkter koruyucu ve başarısız olduğunda sonraki tedavi seçeneklerini engellemeyen bir yöntemdir. Ancak hastaların üçte birini iyileştirdiği ve pahalı bir yöntem olması nedeniyle hem Amerikalı cerrahlar hem de Büyük Britanya'lı cerrahlar tarafından perianal fistül tedavisinde rutin kullanımda önerilmez [3, 11].

Fistül Tıkacıları

Perianal fistül tıkacı domuz ince bağırsak submukozasından elde edilmiş enfeksiyona dirençli, yabancı cisim reaksiyonuna neden olmayan, konakçı hücreleri fistül yolunu doldurmaya teşvik eden bir üründür [21]. Bu yöntem ilk tariflendiğinde yüksek iyileşme oranları bildirilmişse de uzun takip sonuçlarında nüks oranları yüksektir. Maliyetinin de çok fazla olması nedeniyle rutin kullanıma girmemiştir. Hangi fistüllerin fistül tıkacı ile tedaviye uygun olduğu belirsizdir. Fistül tıkacılarının perianal fistül tedavisinde etkin olmadığı kabul edilmiştir [3, 11, 15, 18, 21].

LIFT (Ligation of the Intersphincteric Tract - intersfinkterik traktusun bağlanması)

Bu yöntemde iç ve dış anal sfinkterler arasında bir cilt kesisi yapılır, fistül yolu intersfinkterik boşluk içinde bulunur ve her iki tarafı

eriyeabilen sütür ile bağlanarak kesilir [21]. LIFT prosedürü anal sfinkterlerin korunması, minimal doku hasarı, kısa iyileşme süresi ve ek maliyet gerektirmemesi gibi avantajlara sahiptir. BioLIFT olarak bilinen son modifikasyonlar, yeniden fistülizasyona engel olmak için intersfinkterik boşluğa biyolojik bir ağ yerleştirmeyi içerir. Ancak daha geniş bir diseksiyon alanına ihtiyaç duyulur ve yabancı madde girişi enfeksiyon riskini artırır [15]. LIFT, transsfinkterik fistüllerin tedavisindeki bazı geleneksel tedavilere göre daha az fonksiyonel hasar ile ilişkili görünmektedir, ancak hastalığın nüks etme oranları muhtemelen benzerdir [11]. Sonuç olarak LIFT prosedürü, intersfinkterik boşluğa biyo-protez greft yerleştirilmesi ile veya yerleştirilmesi olmadan, bir *transsfinkterik fistülün* tedavisi için bir seçenektir [3,11].

Flep Uygulamaları

Endorektal ilerletme flep prosedürleri, fistül yolunun küretajından, iç açıklığın sütür ile kapatılmasından ve iç açıklığın mobilize bir rektum segmenti ile kapatılmasından oluşur [3]. Fistül yolunun bağırsakla iletişimini durdurmaya ve iç açıklığı hastalısız anorektal duvarla kapatmayı amaçlar. İlerletme flep cerrahisi deneyimli ellerde güvenilir sonuçları olan köklü bir tekniktir. İlerletme flepleri rektumdan (Transanal ilerletme flebi) veya perianal deriden (Deri ilerletme flebi) alınabilir. Başarının ilkeleri, yeterli flep vaskülaritesini ve flepin önceki iç açıklığın çok distalindeki bir bölgeye anastomozunu içerir [15]. Flebin başarısızlığı veya iskemisi, daha önce var olandan çok daha büyük bir sorunun oluşmasına neden olabilir. Flep yöntemlerinin başarı oranları en iyi çalışmalarda bile en fazla %60 olarak rapor edilmiştir [3, 11, 15]. Sonuç olarak transanal ilerletme flebi, basit fistülotominin kabul edilemez kontinans bozukluğu ile sonuçlanmasının muhtemel olduğu düşünülen bir anal fistülü tedavi etmek için kullanılabilir. Deri ilerletme flebi prosedürü ise yüksek bir fistülün rektal ilerletme flebi onarımına bir alternatiftir [3, 11].

Yeni Teknikler

Son yıllarda perianal fistüller için bir dizi yeni cerrahi teknik geliştirilmiştir. Bunlara lazerler, klipler, video yardımlı anal fistül tedavisi (VAAFT) ve otolog yağ kaynaklı kök hücreler dahildir. Etkililik kanıtı yetersizdir ve büyük ölçüde kişisel serilerle sınırlıdır.

Günümüzde bu tekniklerden en popüler olanı fistül traktının lazer (FiLaC -fistula laser closure) ile yakılarak kapatılmasıdır. Yapılan bir çok çalışmada başarı oranları %30-%80 arası bildirilmiştir [3, 11, 15, 22, 23]. Bu kadar farklılıkların olmasının nedeni muhtemelen hasta ve teknik standardizasyonun olmamasından kaynaklanmaktadır. Şu anda, bir fistül yolunun lazer ablasyonu emekleme aşamasındadır ve kullanımını destekleyen kanıtlar birkaç vaka serisiyle sınırlıdır. En iyi teknik belirlenmemiştir: örneğin, FiLaC uygulamadan önce iç açıklığın cerrahi olarak kapatılması gerekli midir? Lazerin perianal fistüllerin tedavisindeki rolünü belirlemek için daha büyük çalışmalar, özellikle diğer sfinkter koruyucu tekniklere karşı randomize yollar gereklidir.

Sonuç olarak kriptoglandüler perianal fistüller için anal kontinansı koruyan, yeni modern ve tedavi edici ideal bir teknik henüz tanımlanmamıştır. Fistülotomi ve seton uygulanması gibi eski yöntemler hala en etkili olanlardır.

Kaynaklar

- [1]. Parks AG. The pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Br Med J*. 1961; 1(5224):463-9. [\[CrossRef\]](#)
- [2]. Gosselink MP, van Onkelen RS, Schouten WR. The cryptoglandular theory revisited. *Colorectal Dis*. 2015; 17(12):1041-3. [\[CrossRef\]](#)
- [3]. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022; 65(8):964-85. [\[CrossRef\]](#)
- [4]. Wang D, Yang G, Qiu J et al. Risk factors for anal fistula: a case-control study. *Tech Coloproctol*. 2014; 18(7):635-9. [\[CrossRef\]](#)
- [5]. Sözen U, Gedik E, Kessaf Aslar A et al. Does adjuvant antibiotic treatment after drainage of anorectal abscess prevent development of anal fistulas? A randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter study. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54(8):923-9. [\[CrossRef\]](#)
- [6]. Hall JF, Bordeianou L, Hyman N et al. Outcomes after operations for anal fistula: results of a prospective, multicenter, regional study. *Dis Colon Rectum*. 2014; 57(11):1304-8. [\[CrossRef\]](#)
- [7]. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD, Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54(12):1465-74. [\[CrossRef\]](#)
- [8]. Bor R, Farkas K, Bálint A et al. Prospective comparison of magnetic resonance imaging, transrectal and transperineal sonography, and surgical findings in complicated perianal Crohn disease. *J Ultrasound Med*. 2016; 35(11):2367-72. [\[CrossRef\]](#)
- [9]. Beckingham IJ, Spencer JA, Ward J, Dyke GW, Adams C, Ambrose NS. Prospective evaluation of dynamic contrast enhanced magnetic resonance imaging in the evaluation of fistula in ano. *Br J Surg*. 1996; 83(10):1396-8. [\[CrossRef\]](#)
- [10]. de Miguel Criado J, del Salto LG, Rivas PF et al. MR imaging evaluation of perianal fistulas: spectrum of imaging features. *RadioGraphics*. 2012; 32(1):175-94. [\[CrossRef\]](#)
- [11]. Williams G, Williams A, Tozer P et al. The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement –2018. *Colorectal Dis*. 2018; 20 Suppl 3:5-31. [\[CrossRef\]](#)
- [12]. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1976; 63(1):1-12. [\[CrossRef\]](#)
- [13]. Parks AG, Stitz RW. The treatment of high fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 1976; 19(6):487-99. [\[CrossRef\]](#)
- [14]. Gordon PH. *Anorectal abscess and fistula in ano*, Gordon PH, Nivatvongs S, eds., 3. ed. New York: Informa Healthcare, 2007:191-23.
- [15]. Simpson JA, Banerjee A, Scholefield JH. Management of anal fistula. *BMJ*. 2012; 345:e6705. [\[CrossRef\]](#)
- [16]. van Koperen PJ, Horsthuis K, Bemelman WA, Stoker J, Slors JF. Perianale fistels: veranderde inzichten met betrekking tot classificatie en diagnostiek, en een nieuwe behandelstrategie [Perianal fistulas: developments in the classification and diagnostic techniques, and a new treatment strategy]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008; 152(51-52):2774-80.
- [17]. Wali AA, Dongargaon TN, Shilpa MP, Toshikhane HD. Innovative approach in the management of horse-shoe fistula-in-ano with Kşarasütra. *Anc Sci Life*. 2015; 34(3):162-6. [\[CrossRef\]](#)

- [18]. Ratto C, Grossi U, Litta F et al. Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: results from an international survey. *Tech Coloproctol*. 2019 Aug; 23(8):729-41. [\[CrossRef\]](#)
- [19]. Pigot F. Treatment of anal fistula and abscess. *J Visc Surg*. 2015; 152(2) Suppl:S23-9. [\[CrossRef\]](#)
- [20]. Hammond TM, Knowles CH, Porrett T, Lunniss PJ. The snug seton: short and medium term results of slow fistulotomy for idiopathic anal fistulae. *Colorectal Dis*. 2006; 8(4):328-37. [\[CrossRef\]](#)
- [21]. Limura E, Giordano P. Modern management of anal fistula. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(1):12-20. [\[CrossRef\]](#)
- [22]. Elfeki H, Shalaby M, Emile SH, Sakr A, Mikael M, Lundby L. A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of fistula laser closure. *Tech Coloproctol*. 2020; 24(4):265-74. [\[CrossRef\]](#)
- [23]. Tarım İA, Derebey M, Akgun C, Mutlu V, Atalay F, Kamalı Polat A. The success of laser ablation of fistula tract (laft) technique in anal fistula treatment: early results of a tertiary center. *J Exp Clin Med*. 2021; 38(2):192-6. [\[CrossRef\]](#)

Perianal Fistüllerde Tanı, Cerrahi Sınıflama ve Tedavi

İsmail Alper Tarım

Sayfa 1

Anorektal bölgede gelişen apselerin ve kronikleşmesi sonrası anal kanal ile perianal bölge derisi arasında oluşan kanalların (Perianal Fistül) oluşumuyla ilgili günümüzde kabul edilen görüş Kriptoglandüler Teori'dir. Anal gland kanalı travma, gaita bulaşı gibi nedenler ile tıkanabilir. Anal gland enfekte olur ve anorektal apse gelişir. Anorektal apse erkeklerde daha sık görülür. Apse her yaşta görülebilse de hastaların çoğu 20 ile 40 yaş arasındadır. Cerrahi drenaj ile anorektal apse tedavi edilebilir. Ancak apse drenaj yolunun epitelizasyonu ile %30-%50 hastada aylar sonra fistüller gelişebilir.

Sayfa 2

Klinik veya endosonografik değerlendirmeden sonra komplike olduğu düşünülen primer fistüller için ve tekrarlayan anal fistülü olan hastalar için MRG kuvvetli kanıtlarla önerilmiştir. MRG Büyük Britanyalı cerrahlar tarafından anal sepsis'in değerlendirilmesinde "altın standart" olarak kabul edilmiştir.

Sayfa 2

Parks fistülleri Submukozal, İntersfinkterik, Transsfinkterik, Suprasfinkterik, Ekstrasfinkterik olarak sınıflamıştır (Tablo-1).

Sayfa 3

Cerrahide amaç anal sfinkter fonksiyonunu koruyarak fistülün iç açıklığı ve ilişkili epitelize yolları ortadan kaldırmaktır. Tek bir yöntemle tüm fistülleri tedavi etmek pek mümkün değildir.

Sayfa 3

Basit perianal fistüllü ve anal sfinkter fonksiyonu normal olan hastalar açık fistülotomi ile tedavi edilebilir.

Sayfa 4

Seton uygulamanın çok sayıda değişik tekniği tanımlanmıştır ancak günümüzde en çok (%90) 'gevşek seton' yöntemi tercih edilmektedir. Bu teknikte seton fistül yolunun açıklığını korur, drenaja izin verir ve perianal sepsis gelişimini engellemek için sfinkter üzerine gevşek bir şekilde yerleştirilir ve bağlanır.

Perianal Fistüllerde Tanı, Cerrahi Sınıflama ve Tedavi

İsmail Alper Tarım

1. Perianal fistül için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
 - a. Perianal fistül oluşumuyla ilgili günümüzde kabul edilen görüş kriptoglandüler teori'dir.
 - b. Anal glandin kanalının bir sebepten tıkanması ile başlar.
 - c. Anorektal apselerin hepsi fistüle dönüşür.
 - d. Erkeklerde daha sık görülür.
 - e. Apse drenaj yolunun epitelize olması sonrası fistüller gelişir.
2. Perianal fistül tanısı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Perianal fistüle sadece hasta öyküsü ve fizik muayene ile tanı konulamaz.
 - b. Anorektal apse veya fistül için tanısız görüntülemenin rutin kullanımı gerekli değildir.
 - c. Tanı için dijital rektal muayene ve rektoskopi mutaka yapılmalıdır.
 - d. Endoanal ultrason perianal fistül tanısı için altın standarttır.
 - e. Basit fistül bile olsa manyetik rezonans görüntüleme mutlaka yapılmalıdır.
3. Parks sınıflaması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
 - a. Transsfinkterik fistüller internal ve eksternal sfinkteri içerir.
 - b. Eksternal sfinkterin aşağı 1/3' lük kısmından geçen, dış açıklığın bir tane olduğu fistüller basit fistüllerdir.
 - c. Komplike fistüllerin çok sayıda dış açıklığı ve vajen ve mesane gibi çevre organlarla ilişkisi olabilir.
 - d. Eksternal sfinkterin üst 1/3'ünde olan fistüller alçak fistüllerdir.
 - e. Anal kanalı "U" şeklinde saran, bir veya her iki iskiorektal boşluğa anterior ve lateral olarak uzanan fistüller atnalı fistüllerdir.
4. Perianal fistül tedavisi için hangisi yanlıştır?
 - a. Anal sfinkter fonksiyonunu korumak tedavi planlaması için önemlidir.
 - b. Yüksek fistüller fistülotomi ile rahatlıkla iyileştirilebilir.
 - c. Gevşek seton en çok tercih edilen seton yöntemidir.
 - d. Fibrin yapıştırıcılar tedavide rutin kullanılmaz.
 - e. Fistül tıkaçlarının maliyeti ve nüks oranı yüksektir.
5. Günümüzde perianal fistül tedavisi için en sık tercih edilen yöntem hangisidir?
 - a. Lazer ile ablasyon
 - b. LİFT
 - c. Transanal ilerletme flebi
 - d. Video yardımcı anal fistül tedavisi (VAAFT)
 - e. Seton uygulaması