

# Perianal Apse Sonrası Perianal Fistül Gelişimi ve Sonuçları

Dr. Oğuz KOÇ (1), Doç. Dr. Yavuz Selim SARI (1), Doç. Dr. Vahit TUNALI (1), Dr. Orhan ŞAHİN (1), Dr. Adnan HAŞLAK (1), Dr. Esin ERKAN (1) Dr. Güngör ÜZÜM (1)

## ÖZET

Anüs ve rektum bölgesinin sık görülen ve problemlili hastalıklarından birisi akut perianal apse ve sonrasında oluşabilen fistülleridir. Perianal apse sıklığı popülasyonda % 0.5-1 arasında değişmektedir. Anal kriptlerden köken alır ve perianal bölgede sıklıkla intersfinterik alanda yer alır. Anüs lokalizasyonu nedeniyle hastaların yakınmaları oldukça fazladır. Tedavide geleneksel olarak drenaj, küretaj, antibiyoterapi, lokal pansumanlar ve oturma banyoları uygulanmaktadır. Literatürde, geç dönemde % 50'ye varan oranda perianal fistül gelişebildiği bildirilmektedir. Biz çalışmamızda acil olarak gelen 122 erkek, 35 kadın toplam 157 hastaya drenaj+pansuman ve antibiyoterapi tedavisi uyguladık. Hastaların yaşı, cinsi, yakınmaları, semptomların başlangıcından hastaneye gelişlerine kadar geçen süre, var olan yandaş hastalıkları, acil birime başvurularından ameliyata alınmalarına kadar ortalama geçen süre ve hastanede yatış sürelerini değerlendirdik. Hastalar 9-29 ay süre ile takip edildi. Geç dönem takiplerde toplam 9 hastada (%5.7) nüks perianal apse ve toplam 35 (%22.3) hastada perianal fistül gelişimi gözlemlendi. Bizim çalışmamızda, geç dönemde nüks perianal apse ve fistül gelişimi literatür verileri ile karşılaştırıldığında; daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak; sıklıkla genç nüfusu ilgilendiren, fiziksel birçok etkisinin yanı sıra yerleşim yeri nedeniyle hastaları psikolojik olarak da rahatsız eden perianal apse tedavisi ve geç dönem komplikasyonların önlenmesinde; hasta-hekim işbirliğinin ve hastaların yakın takibinin nüks ve perianal fistül gelişimi sıklığını azaltabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Perianal apse, perianal fistül, perianal hastalıklar

## SUMMARY

**The Results of Perianal Fistula Formation After Perianal Abscess**  
Acute infection of perianal tissues with suppuration and abscess formation is a common colorectal disorder with an incidence of 0.5 to 1 percent, carrying the possibility of developing perianal fistula formation. Perianal abscess formation results from infection originating in anal crypts and then extending into anal glands in the intersphincteric plane. Symptoms are very severe because of the anal localisation. Traditional management of perianal abscess involves early incision, drainage, curettage, antibiotic therapy and sitz baths. In the literature perianal fistula formation after that is reported as 50% at late period. In our study, we managed the 157 patients (122 male, 35 female) with acute perianal abscess with drainage, daily local wound care, antibiotic therapy. We recorded the patient's age, gender, symptoms, additional diseases, duration of the symptoms to the application, interval of the application and surgical management and the hospital stay. Follow-up period was 9-29 months. Recurrent abscess and perianal fistula formation were observed in 9 (5.7%) and 35 (22.3%) patients respectively at late period. As comparing the literature, we had lesser rates of recurrent abscess and perianal fistula formation. In conclusion, cooperation between the patient and doctor plays an important role to lessen the abscess recurrence and perianal fistula formation in this troublesome disease.

**Keywords:** Perianal fistula, perianal abscess, anal diseases

## GİRİŞ

Anüs ve rektum bölgesinin sık görülen ve problemlili hastalıklarından birisi perianal apse ve fistülleridir. Etiyolojisi ve hastalığın başlangıç şekli farklı olmakla birlikte apse ve fistüllerin ortak noktası; sıklıkla akut atakla baş-

laması, hastayı anatomik, fizyolojik ve psikolojik olarak rahatsız etmesi, acil drenajı sonrasında kronikleşebilmesi ve eğer zamanında tedavi edilmezse çeşitli komplikasyonlara neden olabilmesidir(1). Anal glandların bir enfeksiyonu olan bu tabloda etken sıklıkla fekal ve kutanöz floradır(2).

Perianal abselerin geleneksel tedavisi, erken ve geniş bir kesi ile drenaj, küretaj ve drenajı yapılan alanın ka-

panmaması sağlanarak sekonder iyileşmeye bırakılması şeklindedir. (1,3). 30-40 yaşlarında pik yapması ve sıklıkla genç nüfusu ilgilendiren bir hastalık olması sebebiyle hastalar, uygun antibiyoterapi, lokal pansumanlar ve oturma banyoları sonrasında kısa süre içinde düzelirler. Perianal abse nedeniyle acil drenajı yapılan hastaların kabaca yarısında hastalığın kronik formu olarak kabul edilen perianal fistül gelişimi söz konusu olmaktadır (1,3-6).

Bu çalışmada perianal apse nedeniyle birimizde acil drenajı yapılan hastaların sonraki takiplerinde nüks perianal abse ve fistül gelişiminin araştırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 2006 – Eylül 2007 yılları arasında perianal apse nedeniyle başvuran ve drenaj uygulanarak acil tedavileri yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsi, yakınmaları, semptomların başlangıcından hastaneye gelişlerine kadar geçen süre,

var olan yandaş hastalıkları, acil birime başvurularından ameliyata alınmalarına kadar ortalama geçen süre ve hastanede yatış süreleri kaydedilmiştir. Preoperatif başlanan ve intravenöz uygulanan antibiyoterapilerine taburcularını takiben oral olarak devam edilmiş ve toplam 10 güne tamamlanmıştır. Hastalar ilk 10 günlük dönemde gün aşırı poliklinik kontrolüne çağırılmış ve günde en az 1 kez defakasyonu takiben %10 povidon iodin solüsyonları ile oturma banyoları yapmaları önerilmiştir. Hastaların 3., 6. ve 9. aylarda kontrolleri polikliniğe çağırılarak yapılmış, sonraki dönemde tekrarlayan yakınmaları olduğunda başvurmaları istenmiş ve geç dönem takipleri telefon görüşmesi ile yapılmıştır. Takiplerinde gelişen nüks perianal abse, perianal fistüller ve diğer komplikasyonlar ile bunlara uygulanan tedaviler kaydedilmiştir. Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde; sürekli ve normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için Student-t testi ve katagorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 1:** Olguların cinsiyete ve diyabet varlığına göre dağılımı.

	Kadın	Erkek	Toplam
Olgu sayısı	35 (%22.3)	122 (%77.7)	157
Diyabet varlığı	5	8	13

**Tablo 2:** Nüks gelişimi, fistül gelişimi ve uygulanan tedavi yöntemleri.

	Kadın	Erkek	Toplam
Nüks Gelişimi	3	6	9(%5.7)
Perianal Fistül gelişimi	24	11	35(%22.3)
Fistülotomi	11	20	31(%88.6)
Fistülektomi	-	2	2(%5.7)
Seton uygulama	-	2	2(%5.7)

## BULGULAR

Belirtilen süre içerisinde perianal apse nedeniyle toplam 157 hastaya acil drenaj uygulandı. Olgular 122 (%77.7) erkek (ortalama yaş:36,7) ve 35 (%22.3) kadın (ortalama yaş:31,6) hastadan oluşmaktaydı. Hastaların özgeçmişlerinde 13 (8 erkek ve 5 kadın) hastada (%8,3) diyabet mevcuttu (Tablo-1). Başka ilave sistemik veya kronik hastalık yoktu. En sık yakınmalar hareketle şiddeti artan ağrı (%100) ve yüksek ateşi (%72). Hastaların semptomların başlangıcından hastaneye gelişine kadar ortalama geçen süre 3.1 (2-6) gündü. Olguların başvurularından itibaren ameliyata alınışlarına kadar geçen süre ortalama 105 dakikaydı (60-240 dakika). Ortalama yatış süresi 1.2 gündü (9 saat - 4 gün). Hastalar 9-29 ay (ortalama 13,2 ay) süreyle takip edilmişlerdir. Takipte 6 erkek, 3 kadın toplam 9 hastada (%5.7) nüks perianal apse gelişti ve drenaj tekrarlandı. Nüks gelişen olguların 4 tanesi diyabetikti. Geç dönem takiplerde toplam 35 (%22.3) hastada (24 erkek hasta [%19.6] – 11 kadın hasta [%31.4]) perianal fistül gelişimi gözlemlendi. Nüks perianal abse nedeniyle tekrarlayan drenajları yapılan hastaların tamamında perianal fistül gelişiminin olduğu görüldü. Perianal fistül gelişimi için ortalama geçen süre 3.1 aydı (3 hafta - 6 ay). Diyabet ve perianal fistül gelişimi arasında anlamlı fark bulunamadı ( $p<0,05$ ). Perianal fistül saptanan 24 erkek hastanın 20 tanesine fistülotomi, 2 tanesine fistülektomi ve 2 tanesine de seton uygulandı. Kadın hastaların tamamı fistülotomi ile tedavi edildi (Tablo-2).

## TARTIŞMA

Perianal abse oluşumu 30-40 yaşlarda pik yapan ve sıklığı % 0.5-1 arasında değişen yaygın bir kolorektal hastalıktır(1). Sıklıkla anal kriptlerden başlar ve anal bezlere doğru intersfinkterik mesafede yerleşir(2). Bazen hastalığın altında yatan sebepler arasında Chron, malignite, AIDS, veya diğer immün yetmezlik hastalıkları olabilmektedir (1-4). Enfeksiyon etkeni olarak genellikle fekal ve kütanöz flora karışımı mikroorganizmalar söz konusudur (2). Şiddetli anal ağrı en sık yakınma olup yürümek, ıkmak yada hapsirmak ağrını şiddetlendirir(5-7). Hastalar ateş, üriner retansiyon veya hayatı tehdit edici sepsis tablosunda başvurabilirler. Perianal abse tanısı-

nı koymak genel cerrahi pratiğinde oldukça kolaydır(8-11). Perianal bölgenin dikkatlice yapılan inspeksiyonu ve parmak muayenesiyle yapılan fizik muayene ile tanı hızla konulur. Deride şişlik, kızarıklık ve palpasyonla hassasiyet en sık muayene bulgularıdır. Tanıda güçlük çekildiğinde ultrasonografi, BT ve MR gibi radyolojik incelemelerden ve proktosigmoidoskopiden yararlanılır(11).

Çeşitli alternatif tedaviler bildirilmiş olmakla birlikte geleneksel olarak uygulanan tedavi yöntemi; kısa süreli genel yada regional anestezi altında, abse üzerinden yapılan kesi ile poşa ulaşılması, drenaj ve kürataji takiben abse poşunun antiseptik solüsyonlar ve serum fizyolojikle yıkanması, yapılan kesinin erken dönemde kapanmasını önleyici tedbirlerin alınmasıdır(3,4,8-10). Sekondere bırakılan iyileşmenin yeterli ve hızlı olabilmesi için erken dönemde pansumanlar ve oturma banyoları kullanılmaktadır. Geç dönemde nüks ve fistül gelişiminin önlenmesinde varsa altta yatan diğer hastalıkların tedavisinin yanı sıra, anal hijyene önem verilmesi ve kabızlığın ortadan kaldırılmasında önemli olmakla birlikte kabaca %50 hastada drenaj sonrasında perianal fistül gelişimi insidansı bildirilmektedir(11-14).

Bizim olgularımızda; hastalara başvurularını takiben çok kısa süre içerisinde tanı konulmuştur. Oldukça genç bir hasta kitlesinden oluştukları için uygulanacak anestezi için preoperatif az tetkik yapılması gerekmiş ve olgular hızlı şekilde ameliyathaneye alınmıştır. Olgularımızdaki drenajdaki gecikmeler sıklıkla ameliyathanenin dolu olması yada hastanın başvurularından kısa süre önce oral gıda alımlarından kaynaklanmıştır. Hastalar kısa süre içinde taburcu edilerek takipleri ayakta yapılmıştır. Geç dönemde nüks perianal abse ve fistül gelişimi literatür verileri ile karşılaştırıldığında; daha düşük bulunmuştur (% 5.7 nüks abse gelişimi ve %22.3 perianal fistül gelişimi). Elde edilen bu daha düşük oranın olguların düzenli ve yakın takibi nedeniyle gerçekleştiği kanaatindeyiz. Ayrıca karşılaşılan fistül olguları daha karmaşık cerrahi tedavi gerektiren olgular olmamış, sadece 2 hastamızda seton uygulanması yapılması gerekmiştir. Yine diyabet hastalığı ve geç dönemde fistül gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Apse drenajını takiben geç takipte karşılaşılan fistül gelişimi en uzun 6. ayda görülmüştür. Bu bulgu hastaların drenaj sonrasında en az 6-9 ay süreyle yakın takibinin yapılması gerektiğini orta-

ya koymuştur.

Sonuç olarak; perianal abse hastalığının tanı ve tedavisi, genel cerrahi pratiğimiz içinde oldukça küçük bir yer tutmaktadır. Ancak sıklıkla genç nüfusu ilgilendiren, fiziksel birçok etkinin yanı sıra yerleşim yeri nedeniyle hastaları psikolojik olarak da rahatsız eden perianal abse hastalığında; geç dönem komplikasyonların önlenmesinde hasta-hekim işbirliğinin ve hastaların yakın takibinin önemli olduğu kanaatindeyiz.

### KAYNAKLAR:

1. **Tonkin DM, Murphy E, Brooke-Smith M, Hollington P, Rieger N, Hockley S, Richardson N, Wattchow DA.** Perianal abscess: a pilot study comparing packing With nonpacking of the abscess cavity. *Dis Colon Rectum.* 2004p;47(9):1510-4.
2. **Resit Inceoglu, Rasim Gencosmanoglu.** Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess in the treatment of posterior horseshoe fistula. *BMC Surgery* 2003, 3:10.
3. **Mardini HE, Schwartz DA.** Treatment of perianal fistula and abscess: Crohn's and Non-Chron's. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2007;10(3):211-20.
4. **Muthi GV, Okeye BO, Spicer RD, Cusick EL, Noblett HR.** Perianal abscess in childhood. *Pediatr Surg Int.* 2002;18(8):689-91.
5. **Serour F, Gorenstein A.** Charecteristics of perianal abscess and fistula-in-ano in healthy children. *World J Surg.* 2006;30(3):467-72.
6. **Serour F, Somekh E, Gorenstein A.** Perianal abscess and fistula-in-ano in infants: a different entity? *Dis Colon Rectum.* 2005;48(2):359-64.
7. **Thia KT, Mahadayan U, Feagan BG, Wong C, Cockeram A, Bitton A, Bernstien CN, Sandborn WJ.** Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(1):17-24.
8. **Parades V, Zeitoun JD, Bauer P, Atienza P.** Cryptoglandular anal fistulas. *Rev Prat.* 2008;31:58(16):1775-82.
9. **Juviler A, Hyman N.** Anorectal Sepsis and Fistula in-Ano. *Surg Technol Int.* 2008;17:139-49.
10. **Tepes B, Cerni I.** The use of different diagnostic modalities in diagnosing fistula –in-ano. *Hepatogastroenterology .* 2008;55(84):912-5.
11. **Poon Cm, Nq DC, Hq-Yin MC, Li RS, Leong HT.** Recurrence pattern of Fistula-in-ano in Chinese population. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2008;17(1):53-7.
12. **Heitland W.** Fistulas and fissures Part I: perianal fistulas. *Chirurg.* 2008;79(5):430-8.
13. **Sygut A, Zaidel R, Kedzia-Budziewska R, Trzcinski R, Dziki A.** Late results of treatment of anal fistulas. *Colorectal Dis.* 2007;9(2):151-8.
14. **Holzheimer RG, Siebeck M.** Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess-how to get best results. *Eur J Med Res.* 2006;14:11(12):501-15.