

# Çocukta kompleks atrnalı anal fistül

**Sami APAK, Ahmet KAZEZ**

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ

## Özet

Atrnalı anal fistül çocuklarda oldukça nadir görülen bir patolojidir. Derin posterior anal aralığa yerleşen apsenin, zamanla gluteal bölge ile sakrum üzerinde fistül ağızları oluşturması ile meydana gelir. Anal bölgeden uzak mutipl fistüllerle karakterizedir ve klasik fistüllerden daha kompleks bir tedavi gerektirir. Atrnalı anal fistül saptadığımız 3 yaşındaki bir kız olgu kolostomi sonrası posterior sagittal girişim uygulanarak tedavi edildi. Bir yıllık izlemde nüks saptanmadı. Çocuklarda nadir olan bu kompleks patolojinin tedavisinde posterior sagittal yaklaşımla fistülektomi öneriyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Anal fistül, atrnalı fistül, posterior sagittal yaklaşım, çocuk

## Summary

### Complex horseshoe fistula-in-ano in a child

Horseshoe fistula-in-ano is very rare in children. It is derived from an abscess which is located in the deep posterior anal space and develops fistulae to the gluteal region and sacrum. It is characterised by multiple fistulae which are far from the anus and requires a more complex treatment than the classical fistula-in-ano. A 3 year old girl with horseshoe fistula-in-ano was treated by posterior sagittal anorectoplasty following a colostomy. There was no recurrence at one year follow-up. We suggest fistulectomy with posterior sagittal approach in this rare and complex pathology in childhood.

**Key words:** Fistula-in-ano, horseshoe fistula, posterior sagittal approach, child

## Giriş

Anal fistüllerin klasik sınıflaması ve tedavisi, fistül iç ağzının düzeyine ve fistül traktının eksternal sfinkter ile ilgili konumuna göre yapılır (6). Çocuklardaki anal fistüller genellikle basit tipte olup, fistül traktı internal ve eksternal sfinkterler arasında veya eksternal sfinkterin lateralinden perineal deriye ulaşır (11). Bu fistüller klasik fistülotomi ile tedavi edilirler ve anal inkontinans için çok az risk taşırlar (6,11).

Atrnalı fistül tanımı, anal kanal çevresinin anterior ve posterior düzlemde pü ile çevrili anatomik sınırlarını ifade eder (4). Atrnalı şeklinde apse, posterior orta hat lokalizasyonundaki kripte ile bağlantılı anal bezlerin enfeksiyonunun, internal sfinkterden geçip eksternal sfinkterin derin ve yüzeysel komponentleri arasında levator kası boyunca derin posterior anal aralığa yerleşmesiyle oluşur. Pü buradan tek veya iki taraflı laterale uzanarak Colles fasiası yoluyla iskiorektal aralığa ulaşır. Atrnalı fistüller çocuklarda çok nadir karşılaşıldığından burada 3 yaşında bir ol-

gu ve uyguladığımız cerrahi tekniği sunmayı amaçladık.

## Olgu Sunumu

Üç yaşındaki kız olgu, gluteal bölgede ve sakrum üzerinde, içerisinden pürülan akıntı ve zaman zaman da gaita geldiği söylenen yaralar nedeni ile getirildi. İlk defa sekiz ay önce, bir hafta süren ateş, ağrılı defekasyon ve kabızlıktan sonra gluteal bölgede ve sakrum üzerinde yaralar oluşmuş. Önceleri apse olarak tanımlanan ve antibiyotik tedavisi verilen hastada daha sonra aynı lokalizasyonlarda fistüller gelişmiş. Fizik muayenede içerisinden pürülan akıntı gelen, anüsten 4-7 cm uzaklıkta, 2 mm eksternal açıklığı olan, üçü sakral bölgede ikisi de sağ gluteal bölgede olmak üzere toplam 5 adet fistül ağzı belirlendi (Resim 1). Palpasyonla gluteal ve sakral bölgelerde cilt ve cilt altında endüryasyon tespit edildi. Rektal tuşede anal kanalın arka duvarında ve anokutanöz hattın 3 cm proksimaline doğru 2x1 cm'lik endüryasyon belirlendi. Olgunun diğer organ sistem muayeneleri doğaldı.

Olgunun laboratuvar incelemesinde lökositoz (17.000/mm<sup>3</sup>) ve fistül ağızlarından alınan pü kültürü-

**Adres:** Dr. Ahmet Kazez, Fırat Üniversitesi, Fırat Tıp Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Elazığ  
**Yayına kabul tarihi:** 30.01.2002



**Resim 1.** Olgumuzda gluteal bölge ve sakrum üzerinde septanan fistül ağzlarının görünümü.

ründe *Escherichia coli* üremesi dışında patalojik bulguya rastlanılmadı. Çift kontrastlı kolon grafisi ile rektumun posterioruna uzanan bir adet fistül traktı görüntülenebildi. Genel anestezi altında anüs, rektum ve sigmoid kolon 20 cm'ye kadar rijid rektosigmoidoskop ile incelendi ve mukozadan biyopsiler alındı. Rektumun arka duvarında, anokutanöz hattın yaklaşık 2 ve 3 cm proksimalde toplam 2 adet fistül iç ağzı tesbit edildi. Fistül iç ağzının yerini teyit etmek için, ciltteki fistüllerden birinden ilerletilen kateter yardımı ile enjekte edilen metilen mavisinin hem ciltteki diğer fistüllerden, hem de rektumun arka duvarındaki fistül iç ağzlarından geldiği gözlemlendi. Olguya sigmoid kolostomi açıldı ve birinci kuşak sefalosporin, aminoglikozit, ornidazol ile üçlü antibiyotik tedavisi başlandı. Rektal biyopsilerin histopatolojik incelemesinde inflamatuvar barsak hastalığı bulgularına rastlanmadı.

Kolostomi sonrası takiplerinde fistüllerde inflamasyonun gerilediği ve akıntının kesildiği tespit edildi. Üç ay sonra Pena'nın tarif ettiği posterior sagittal

anorektoplasti (PSARP) ile derin posterior anal aralığa ulaşıldı (8). Nekrotik doku ve debrisler temizlendi. Levator kompleksi, kas fibrillerine paralel şekilde geçilerek rektuma ulaşıldı. Rektumun posterior duvarında proksimal ve distalde bulunan fistül iç ağzları fistülektomi yapıp polidioksanon sütür ile primer onarıldı.

Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen ve ciltteki dış fistül ağzları tamamen iyileşen hastanın 5 ay sonra kolostomisi kapatıldı. Daha sonraki bir yıllık takibinde nüks veya anal inkontinans gözlenmedi.

### Tartışma

Günümüzde kriptoglandüler teori olarak isimlendirilen, erişkinlerde ve çocuklarda anal bezlerin enfeksiyonu sonucu meydana gelen apsenin anal fistülü oluşturduğu yaygın kabul gören teoridir (11,12,13). Bebek ve çocuklarda anal fistül etiolojisinde konjenital veya akkiz oluşan anal bezlerdeki patolojiler sonucu, enfeksiyona daha duyarlı olabileceği ve sonuçta fistül oluşturduğu, ayrıca perine gelişimi sırasında ürogenital sinüsten göç eden hücrelerin fistül traktı oluşturabileceği ileri sürülmüştür (1). İnflamatuvar barsak hastalığı, lenfoma, lösemi, tüberküloz, aktinomikoz, Histiocytosis-X, travma gibi patolojiler de anal fistüle neden olabilir ve ayırıcı tanısı yapılmalıdır (2,12,13). Olgu bu hastalıklar açısından irdelenmiş ancak herhangi bir eşlik eden patoloji belirlenmemiştir.

Atnalı fistül, Parks ve ark.'nın tarif ettikleri sınıflamaya göre transsfinkterik fistül şeklinde başlar (7). Eksternal sfinkterin derin ve yüzeysel komponentleri arasından geçip, levator kasının inferior yüzü boyunca derin posterior anal aralığa ulaşır. Derin posterior anal aralığın yukarı sınırını levator ani, medialini anal kanal ve eksternal sfinkterin derin komponentinin arka yüzü, aşağı sınırını eksternal sfinkterin kasın yüzeysel komponenti oluşturur (4,9). Başlangıçta apse derin posterior anal aralığa sınırlıdır. Pü buradan zorunlu olarak laterale doğru uzanarak, tek veya iki taraflı iskiorektal aralığa ulaşır. Drene edilmeyen apselerde multipl fistül dış ağzı oluşur. Fistül dış ağzı gluteal bölge, sakrum, skrotum, labiumlar ve her iki uyluğun medial yüzüne açılarak atnalı fistül oluşur (3,4,9,12,13). Sunulan olgunun öyküsünde

perianal apse tanımlanmaktaydı ve ardından gelişen sakrum üzerinde ve gluteal bölgedeki multipl fistüller atnalı fistül için tipik özelliklerdi.

Goodsall kuralına göre, fistül dış ağzı anüsten geçen transvers hattın ön tarafında ise, fistül iç ağzı bunun hemen karşısında bulunan kriptadadır. Fistül dış ağzı bu hattın arkasında ise, fistül iç ağzı arka orta hattaki kriptadadır. Fistül dış ağzı transvers hattın önünde ve anüsten uzak lokalizasyonda ise fistül iç ağzı yine arka orta hatta bulunur (13). Atnalı fistüllü her olguda bu kuralın tam doğru sonuç vermediği görülmüştür. Goodsall kuralının geçersiz olduğu olgularda, potansiyel bir atnalı fistül göz önünde bulundurulmalıdır (9). Koksiks veya sakrum önünde endurasyon olan olgularda, fistül traktının supralelevator uzanım gösterebileceği hatırlanmalıdır. Yine bu alanda skar dokusunun bulunması atnalı fistülü akla getirmelidir (9,10,12).

Atnalı anal fistül gibi kompleks fistüllerde, deneyimli kişilerce uygulanan dikkatli tedaviye rağmen nüks oranı % 28'dir (4,12). Bölge anatomisinin ve kas dağılımının iyi bilinmemesi, fistül iç ağzının gözden kaçırılması, fistül traktının supralelevator veya iskiorektal aralığa uzanımı, çok sayıda sekonder fistül traktı, yanlış tanı ve uygulanan cerrahi yöntem, anal inkontinans ve nükslerden sorumlu olabilir (3,4,9,10,12).

Günümüzde atnalı apse ve fistülün ideal tedavi modeli için ortak bir görüş yoktur. Atnalı apse ve fistülün tedavisinde temel prensip posterior midline insizyon ile posterior anal aralığın ortaya çıkarılması ve fistülotomi yapılmasıdır. Bu işlem yapılmadığı takdirde nüks kaçınılmaz olur (3,4,9,12). Henley ve arkadaşları (3), atnalı apse ve fistüllü 41 hastalık seride posterior midline fistülotomi+sekonder açıklıkların drenajı ile hastalarda anal inkontinans ve nüks görülmediğini bildirmişlerdir. Henley prosedürü derin posterior anal aralık ile primer açıklık arasında, büyük hacimli yara oluşturmakta ve anüste bir miktar yer değişikliğine neden olabilmektedir. Ayrıca yaranın erken kapanması sonucu nüks oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (4,12). Seton fistülotomi+sekonder açıklıkların drenajının, bu olumsuzlukları ve nüksleri azalttığı bildirilmektedir (4,9,12).

PSARP, perineal yaklaşımla yukarıda kalan, abdo-

minal yaklaşımla aşağıda kalan tümör, travma, radyasyon fistülleri ve konjenital patolojilerde kolorektal cerrahiye alternatif bir yaklaşım oluşturur. Bu işlem sırasında anorektal bölgede komşu yapılar korunur, perirektal alandaki ganglion ve otonom sinir yaralanmalarından kaçınılır, rektumun posterior ve anterior sfinkter mekanizması orta hatta kesilerek, fazla tahribat yapmadan anal inkontinans için daha az risk oluşturulur (8). Olguda birden fazla fistül iç ağzının bulunması ve bu yaş gurubunun seton fistülotomi yaklaşımını tolere edemeyeceği düşünülerek PSARP ile primer onarım gerçekleştirildi.

Anorektal bölge cerrahisinde fekal sızıntı, geçici sfinkter spazmına neden olup bu alanda bulunan sü-türlerde stress oluşturur. Bu bölgenin potansiyel kontaminasyon alanı olması nedeni ile, ameliyat sonrası ödem, enfeksiyona duyarlılığı artırır ve perineal sepsis gelişebilir. Ayrıca kolostomili hastalarda fistül nükslerinde spontan iyileşme beklenir (5,10). Olgumuzda atnalı anal fistülün kompleks yapısından dolayı, yukarıda sayılan komplikasyonları en aza indirmek için kolostomi açılmıştır.

Sonuç olarak, çocuklarda çok nadir görülmesi nedeniyle doğru tanı ve tedavi için atnalı apse ve fistülün anatomi ve patofizyolojisini gözden geçirdik. Ayrıca fistül traktlarının rektuma kadar uzandığı kompleks vakaların tedavisinde PSARP'ın alternatif bir tedavi yöntemi olabileceğini vurguladık.

## Kaynaklar

1. Al-Salem AH, Laing W, Talwalker V: Fistula-in-ano in infancy and childhood. J Pediatr Surg 29:436, 1994
2. Grapin C, Audry G, Jossset P, et al: Histiocytosis-X revealed by complex anal fistula. Eur J Pediatr Surg 4:184, 1994
3. Hanley PH, Ray JE, Pennigton EE, et al: Fistula-in-ano: A ten year follow-up study of horseshoe-abscess fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 19:507, 1976
4. Held D, Khubchandani I, Sheets J, et al: Management of anorectal horseshoe abscess and fistula. Dis Colon Rectum 29:793, 1986
5. Kulshrestha S, Kulshrestha M, Yadav A, et al: Posterior sagittal approach for repair of rectourethral fistula occurring after perineal surgery for imperforated anus at birth. J Pediatr Surg 35:1155, 2000
6. Miller GV, Finan PJ: Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula. Br J Surg 85:108, 1998
7. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD: A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 63:1, 1976
8. Pena A: The posterior sagittal approach: Implications

in adult colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 37:1, 1994

9. Pezim ME: Successful treatment of horseshoe fistula requires deroofting of deep postanal space. *Am J surg* 167:513, 1994

10. Seow C, Phillips RKS: Insights gained from the management of problematical anal fistulae at St-Mark's Hospital. *Br J Surg* 78:539, 1991

11. Stafford PW: Other disorders of the anus and rectum, anorectal function, in O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds): *Pediatric Surgery*, St

Louis, Missouri. Mosby 1998, p:1449

12. Ustynoski K, Rosen L, Stasik J, et al: Horseshoe abscess fistula: Seton treatment. *Dis Colon Rectum* 33:602, 1990

13. Vasilevsky CA: Anorectal abscess and fistula-in-ano, in Beck DE (ed): *Colorectal Surgery*. St Louis, Missouri. Quality Med Publ, 1997, p:312