

ANAL İNKONTİNANS (GAZ- GAİTA TUTAMAMA) ve TÜM TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Anal inkontinans barsak içeriğinin ve gazın çıkışının değişik sebepler sonucu kontrol edilememesi, istemsiz olarak kaçırılmasıdır. İnkontinans tanımında sadece dışkı tutamamayı ele alan otörler de bulunmaktadır. İnkontinans için standart bir tanımlama yapılamadığı gibi tedavi prensipleri açısından da bir çok görüş mevcuttur. Bu konu Anorektal cerrahide teknolojinin en çok gelişme gösterdiği konudur. Aynı zamanda en tartışmalı ve gelişmeye en çok ihtiyaç gösteren konudur diyebiliriz.

Kontinans dediğimiz gaz ve büyük abdest tutma işlevi makat kasları, barsak son kısmının duyarlılığı ve kapasitesi, pelvik taban olarak tarif ettiğimiz anüs çevresindeki destek kaslarının tam fonksiyone çalışması ve nörolojik-sinirsel-fonksiyonların tam olması ile sağlanır. Bu işlevin yerine getirilememesi ise bu fonksiyonlardaki kusur nedeni ile ortaya çıkar. Tek bir sebebe bağlı olabileceği gibi birden fazla sebeple de inkontinans oluşabilir. Örneğin yaşlı, çok doğum yapmış bir bayanda yukarıda saydığımız tüm fonksiyonlarda gerileme olduğu için inkontinansı tek bir sebebe bağlamak yanlış bir yaklaşımdır.

İnkontinans sebeplerini değişik gruplandırmalar içinde incelemek de aslında birbiri ile içiçe geçmiş sebepler olduğu için tam olarak sınıflandırmakta zorluklar mevcuttur. Çünkü anal inkontinans birden farklı sebeple oluşabilen bir hastalıktır. Bu nedenle bu makalede ayrı ayrı gruplandırmak yerine sık karşılaştığımız sebepleri saymak daha doğru olacaktır.

İmperfore anüs(doğuştan makat yokluğu),hirschsprung hastalığı(doğuştan barsağın son kısmında olan darlık),spina bifida(omurga açıklığı nedeni ile omuriliğin dışarıda oluşu),cauda equina sendromu(omuriliğin son kısmında olan hasar sonucu nörolojik fonksiyonun kaybı),rektum dediğimiz barsağın son kısmında duyarlılık ve kapasite azalması (kronik ishal, diyabet, demans, ileri yaş, radyoterapi, iltihabi barsak hastalıkları, fistüller, tümör vs.),makat kaslarının zayıfladığı durumlar(ileri yaş, hemoroid, rekta lprolapsus dediğimiz barsak sarkması, barsak son kısmından kanser ameliyatı geçirenler), anal travma-doğum travması vs.- ve Anorektal cerrahi işlemler(Hemoroid, anal fissür, fistül ameliyatları) başlıca sebeplerdir.

Tüm bu sebeplerden en sık karşılaşılanı **doğum travması, anal cerrahi sonrası komplikasyonlar ve ileri yaşa bağlı nörojenik inkontinanstır.**

Doğum travması içinde zorlu doğum, epizyotomi dediğimiz doğum kanalını genişletmek amacı ile yapılan kesinin derinleşmesi, forceps uygulanması gibi durumlar sayılabilir. Ancak hamileliğin bizatihi kendisinin inkontinans sebebi olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur. Doğum kanalının doğumun yaklaştığı evrede hormonal etkilerle doğumu kolaylaştırmak amacı ile gevşemesi anal kanal kaslarını da etkilemektedir. Bu nedenle doğum yapmış kadınlarla sezaryen uygulanan kadınlarda inkontinans gelişmesi açısından pek fark yoktur.

Doğum travması sonucu inkontinans sıklığını % 10 ile % 30 arasında belirtmiş değişik çalışmalar mevcuttur. Bu da her 3 kadından birinin doğum sonrası inkontinans riski ile karşı karşıya kaldığını gösterir.

Anal Cerrahi sonrası inkontinansın en sık sebebi % 45'lere varan oranlarla kronik anal fissür tedavisinde uygulanan LİS (Lateral İnternal Sfinkterotomi-makat kasının kesilmesi-) için bildirilmiştir. Bunu Anal fistül ve Hemoroid ameliyatları takip eder. Buradaki en önemli sebep **Özensiz Cerrahidir**. LİS uygulamasında sfinkterin tamamının kesilmesi, fistül ameliyatlarında fistül tipinin tam olarak ayırt edilemeyip sfinktere zarar verilmesi veya uygunsuz seton uygulamaları, hemoroid ameliyatlarında ise ameliyat esnasında hemoroid pakesinin derin olarak çıkarılması sonucu sfinkter zarar görmekte ve inkontinans oluşmaktadır. Buna rağmen ameliyatta özen gösterilse bile bazı hastalar risk grubundadır. Çok doğum yapmış yaşlı ve şişman hastalar risk grubunda yer alır. Bu nedenle bu grup hastalara anal cerrahi yapılacaksa ayrıca dikkat etmek gerekir.

İleri yaşa bağlı nörojenik inkontinans grubunda ise demanslı hastalar, diabetik hastalarda nöropati sonucu dışkı hissinin kaybolması ve yaşa bağlı olarak kaslarda oluşan zayıflama incelenebilir.

TANI ve İNKONTİNANS DEĞERLENDİRMESİ:

İnkontinans tanısı için çok ayrıntılı bir sorgulama gerekir. Hastanın inkontinans seviyesi değişik skorlamalar kullanılarak tesbit edilir. Yukarıda belirttiğimiz inkontinans sebepleri ayrı ayrı sorgulanmalıdır ve değerlendirilmeye alınmalıdır.

İnkontinans gaz kaçırmaktan katı dışkı tutamamaya kadar geniş bir skalada incelenir. Bazen akıntı, bazen ishal durumunda kaçırmaya, bazen tuvalete yetişememe, bazen tıkaç kullanacak kadar ileri seviyede bulunabilir.

Tüm bu sorgulamada dikkat edilmesi gereken husus hastanın seviyesi, hastalığın sebebi yada sebepleri ve tedaviden ne kadar fayda sağlayacağını tesbitidir.

Sorgulama sonrası mutlaka tuşe-parmakla muayene- yapılmalı ve sfinkter defektinin olup olmadığı tesbit edilmeli, sfinkterin kasılma gücü hissedilmelidir.

Daha sonra makat ultrasoundu-Endoanal US-, defekografi-dışkılama esnasında çekilen ilaçlı film-, MR ve gerekirse kolonoskopi yapılmalıdır. Ayrıca nörolojik kusuru tesbit amacı ile fonksiyonel testler olan EMG ve Anal Manometri de hastanın durumuna göre istenebilir. Fonksiyonel testler tedavinin başarısını değerlendirmek için de kullanılır.

Basit muayene ile hastaların % 70-80 tanısı ve sebebi ortaya konabilir. Geri kalan grup ise tetkiklerle aydınlatılabilir. Tüm bu işlemlere rağmen % 5 kadar sebebi bulunamayan hasta grubu bulunmaktadır.

TEDAVİ:

İnkontinans tedavisi daha öncede belirttiğimiz gibi anorektal hastalıklar içinde teknolojinin en çok kullanıldığı gruptur. Çok geniş çalışmalar yapılmakta ve tıbbi teknoloji sonuna kadar kullanılmaktadır.

Aslında bir şans gibi gözüken bu durum bir karmaşayı da beraberinde getirmektedir. Teklif edilen tedavi metodlarının neredeyse tümü hakkında yüzde yüz tedavi edicidir diyemiyoruz. Bunda hastalığın multifaktöriyel olmasının da katkısı büyüktür.

Bundan dolayı da tedavi spektrumu diyet ve ilaç tedavisinden, yapay sfinkter kullanımı ve kolostomi açılmasına kadar geniş bir skalada incelenir. En çok karşılaştığımız sebep olarak doğum travması ve anorektal cerrahi komplikasyonları tüm hastaların yaklaşık % 70-80'ini teşkil eder. Bu hastalarda da sfinkterin tamir işlemleri tedaviyi sağlar. Bu nedenle Sfinkter tamir işlemleri büyük çoğunlukla tedavi başlığında incelenecek diğer işlemlerden ise kısaca bahsedilecektir.

Sfinkter hasarı olan inkontinans hastalarında sfinkter tamiri aslında standart bir tedavi olmasına rağmen her hasta ayrı bir patoloji ile karşımıza çıktığı için her hastaya aynı tedavi uygulanmamalıdır. Hastanın ihtiyacı belirlenmeli ve tedavi ona göre şekillendirilmelidir. Çünkü anal bölge cerrahisi minimal işlemle maksimum kazancın sağlanması gereken bir cerrahidir. Daha önce kötü iyileşme sonucu oluşan skar dokularına yeni kötü skarlar eklememek gerekir.

Biz bu makalede tek başına sfinkter hasarı bulunan ve çok geniş defektli iki hastada yapılan işlemleri kısaca aktaracağız.

Anal Sfinkter Tamiri (Sfinkteroplasti)

Bu hastamız doğum esnasında yapılan epizyotomi kesisinin derinleşmesi sonucu sfinkter hasarı olan bir hastadır. Çok katı dışkılama ile 7-8 yıl idare ettiğini buna rağmen çoğunlukla kaçırma olduğunu ifade etmiştir. Bu kaçırma haftada 4-5 kezdir. Dışkısının sulandığı durumlarda ise günde 3-5 kez çamaşır değiştirdiğini ifade etmektedir. Yapılan muayenesinde diz dirsek pozisyonunda-prone pozisyonu- yapılan tuşede saat 5-7 arasında sfinkter defekti olduğu tesbit edilmiştir. Tuşe esnasında sıkması istendiğinde sfinkter kenarları daha bariz olarak hissedilebilmektedir.

Hastamıza **sfinkteroplasti** ameliyatı planlanmış ve uygulanmıştır.

İlk aşamada hastaya bir gece önceden iyi bir barsak temizliği yapılmış ve o şekilde ameliyata alınmıştır. Ameliyat masasına prone pozisyonunda alınmıştır.

Ameliyatta önce defektif olan saha anüs iç mukozası ve deri çizgisinden açılmış ve açıklık kenara doğru genişletilmiştir (Resim 1).



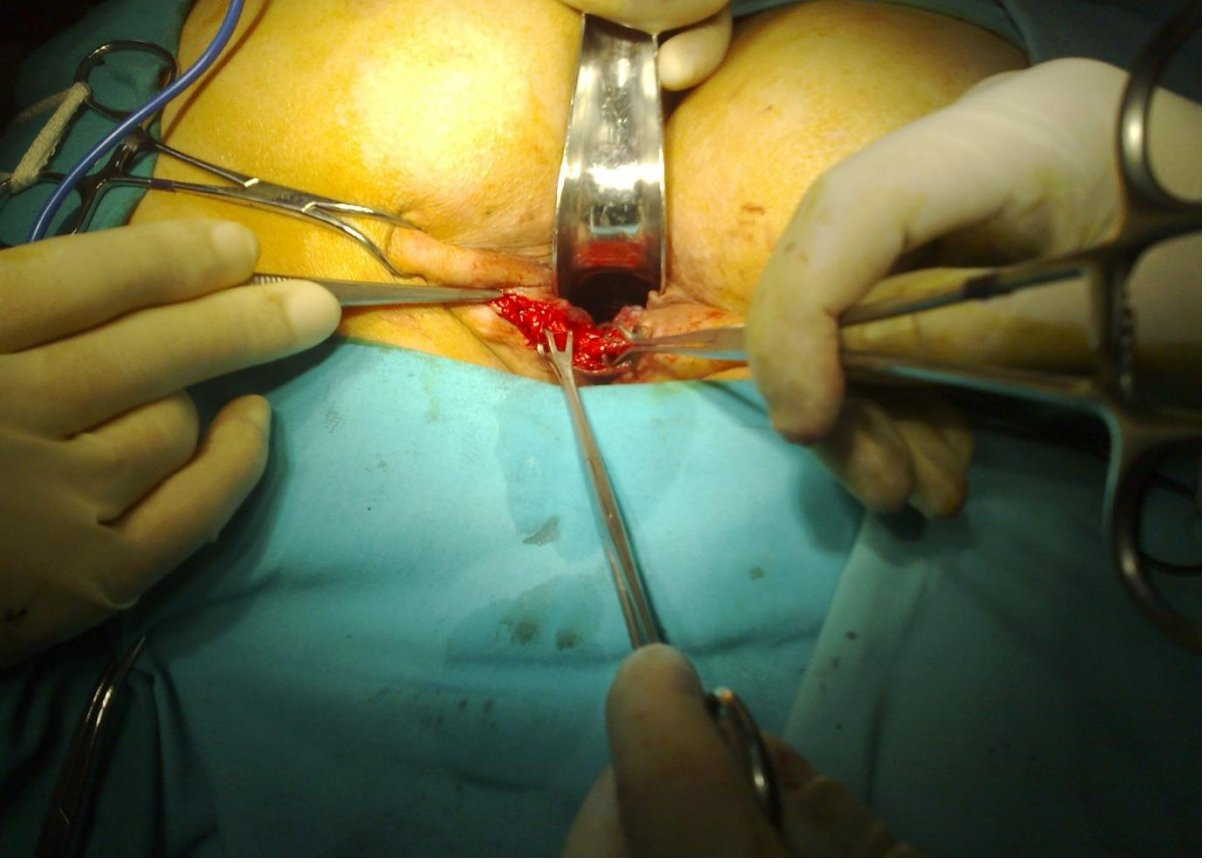
Resim 1

Yanlara doğru yapılan diseksiyonla sfinkter kenarları ortaya konmuştur(Resim 2).



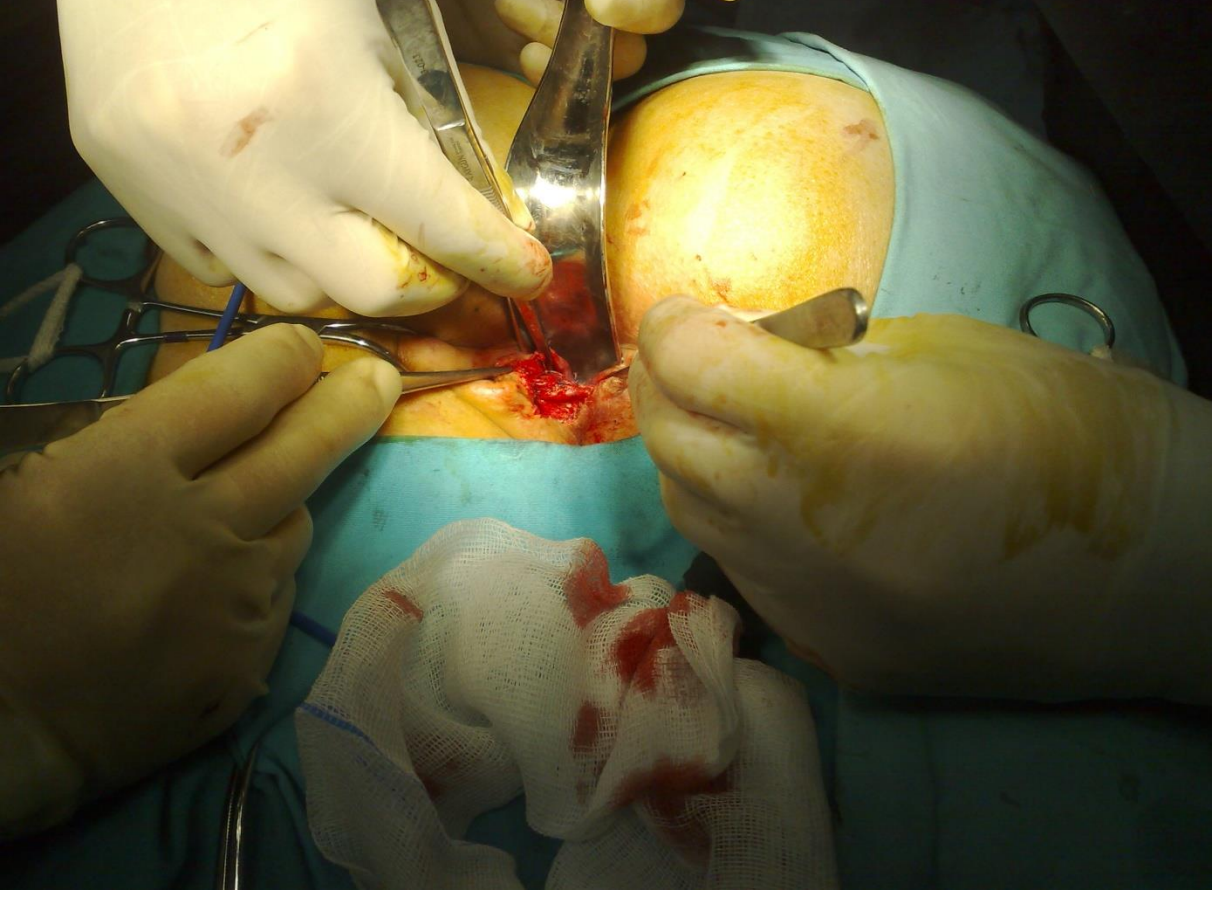
Resim 2

Sfinkter kenarlarının gerginlik olmayacak şekilde yeterli olarak üst üste gelebileceği kontrol edilir(Resim 3).



Resim 3

Daha sonra sfinkter kenarları kruvaze ceket tarzı uzun sürede eriyen vicryl dediğimiz dikişlerle dikilmiştir(Resim 4).



Resim 4

Daha sonra anüs mukozası ve cilt kendiliğinden eriyen dikişlerle dikilerek operasyon tamamlanır(Resim 5).



Resim 5

Hastamıza ameliyat sonrası 3 gün ağızdan herhangi bir gıda verilmemiş bu sırada barsak çalışmasını azaltacak ilaçlarla dışkılama yapılmasına engel olunmuştur.3. günden sonra sulu gıdalara izin verilmiş katı gıda alımına ise 7. günde başlanmıştır. Katı gıda alımı ile barsak çalışmasını azaltan ilaçlar kesilip laksatif dediğimiz dışkıyı yumuşatacak ilaçlar başlanmıştır. Bu hastamız ameliyat sonrası dışkısını ve gazını tamamen tutabilmiş ameliyat sonrası 12. ay sonrasında itibaren herhangi bir sorunu olmadığı takiple ortaya konmuştur.

PERİNE TAMİRİ – PERİNEOPLASTİ – ve SFİNTEROPLASTİ

2. hastamız ise doğum travmasına maruz kalmış, evde doğum yapması sonucu geniş perine yırtığı gelişmiş 21 yıllık defekti olan bir hastadır. İlk doğumunda yırtık oluşmuş. Hastamız 3 çocukludur. Diğer doğumlarında hasarın farkedildiğini ancak doktorlar tarafından yapılacak bir şeyin olmadığı söylendiğinden tedavi için gitmediğini ifade etmiştir.

Hastamız tedbir amaçlı günde 8-10 kez dışkılama ve tam olarak rahatlayamadığından 10-15 kez idrar yapmakta, büyük abdestini ve gazını tutamadığından sık çamaşır değiştirmek zorunda olduğunu ifade etmektedir.

Hastanın yapılan muayenesinde perinenin tamamen defektif olduğu anal çizginin ince fibrotik bir banttıan oluşturduğu izlendi. Rektumun bu band arkasından yaklaşık 6 cm derinlikle vagene doğru cep yapıp rektosel-barsağın vagene sarkması-oluşturduğu gözlemlendi. Hastamızda aynı zamanda sistosel dediğimiz idrar torbasının sarkması da vardı. Bu nedenle idrar torbası tam olarak boşalamamakta ve hastamız günde 10-15 kez idrar yapmaktaydı(Resim 6).



Resim 6

Hastamıza bir gün önceden barsak temizliği uygulanıp ameliyata alındı. Ameliyat genel anestezi altında yapıldı.

İlk işlem olarak sistosel tamiri uygulandı. Vagen ön –anterior- duvarı diseke edilip-ayrılıp-mesane esas yerine gönderilecek şekilde purse-string – çevreleyici- dikişle sistosel tamiri uygulandı(Resim 7-8)



Resim 7

Resim 8 sistosel tamirinin tamamlanmış şeklidir.



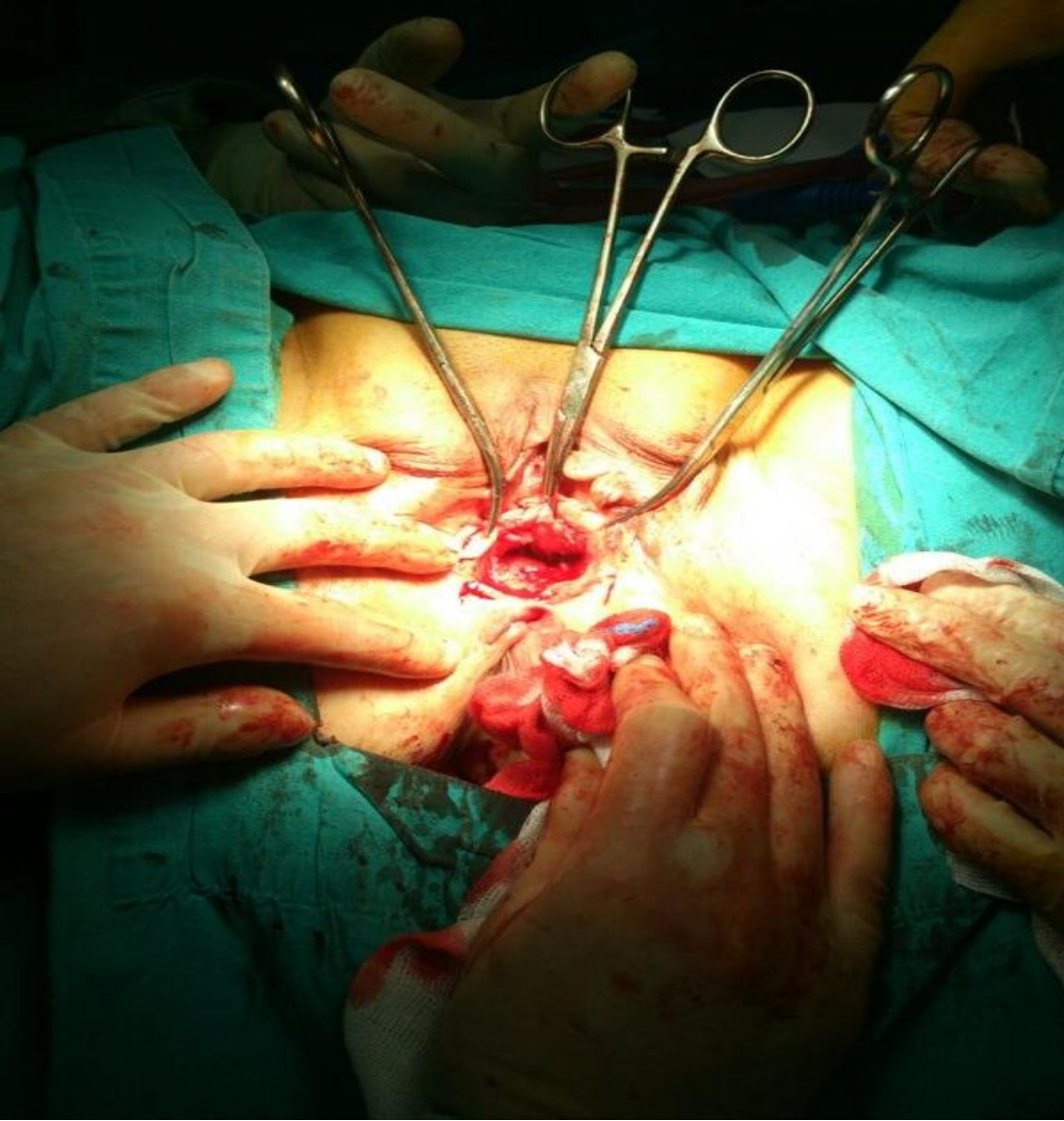
Resim 8

Daha sonra rektosel ve perineoplasti-sfinkteroplastiye geçildi. Perineye H şeklinde fibrotik sahayı içine alacak şekilde insizyon uygulandı(Resim 9).



Resim 9

Vagen arka duvarı rektumdan –barsaktan- diseke edildi(Resim 10).



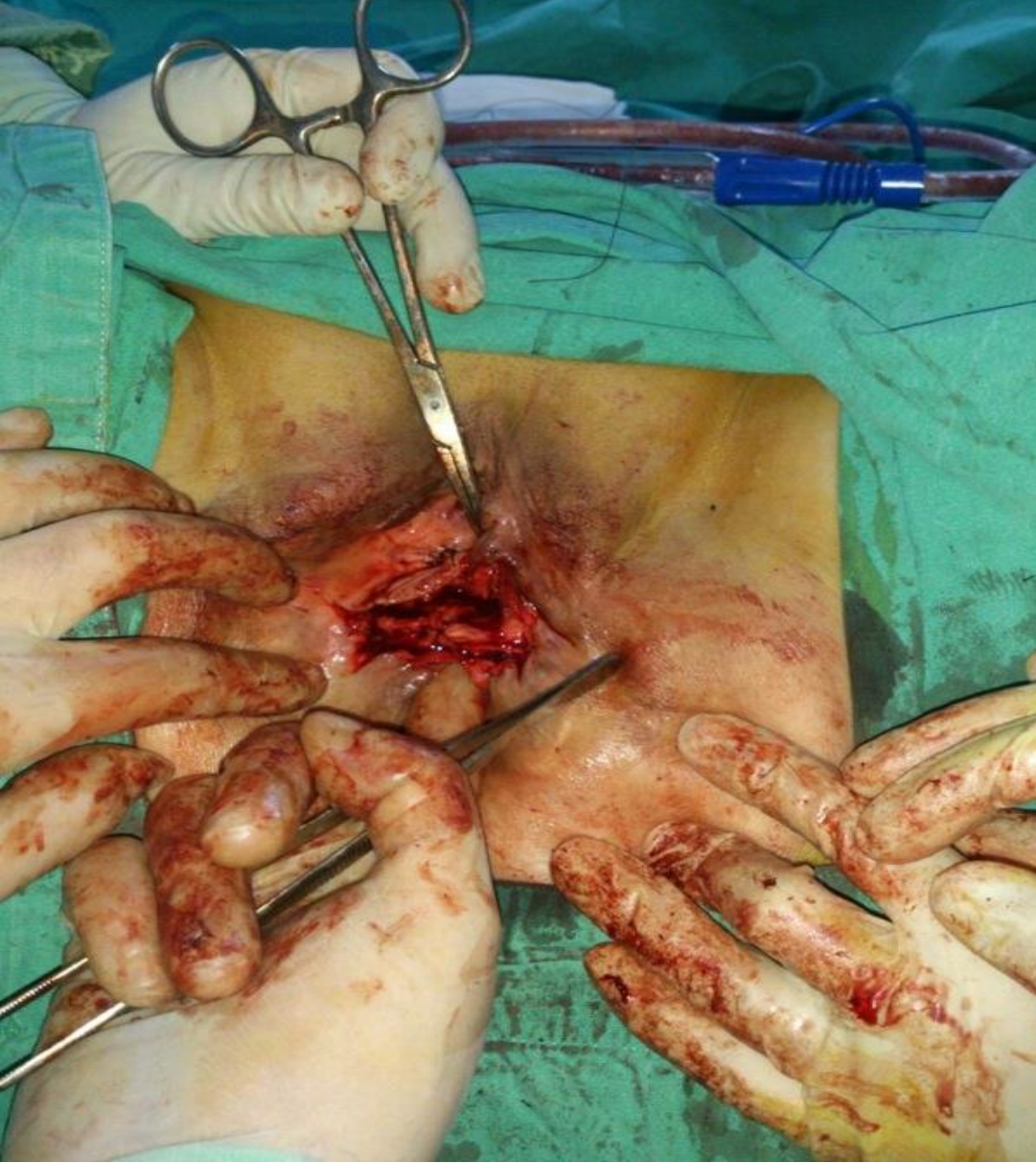
Resim 10

Rektosel tamiri yine purse-string dikişlerle yapıldı(Resim 11).



Resim 11

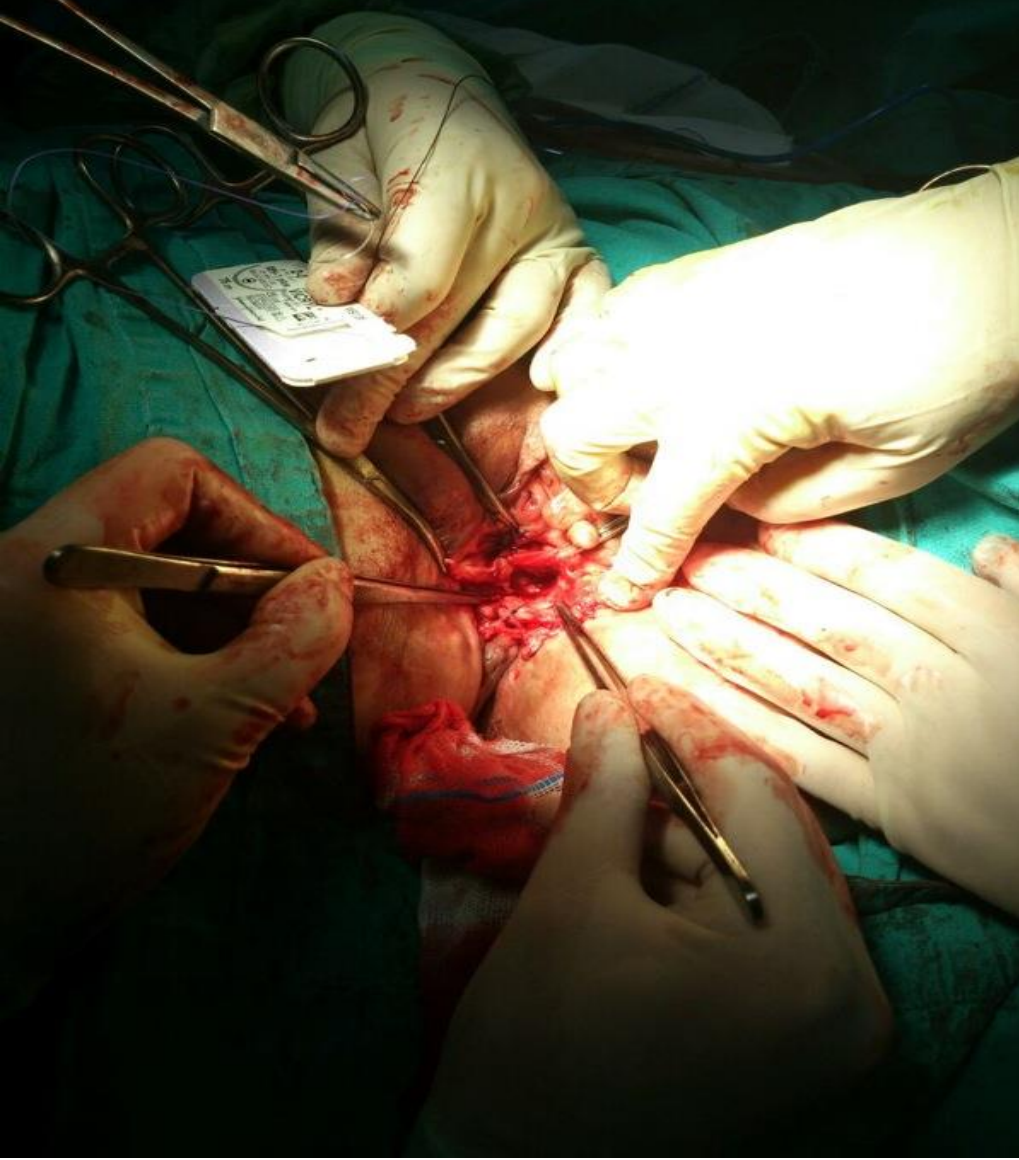
Daha sonra defektif sfinkter uçları bulundu. Agresif olmayan bir diseksiyonla sfinkter uçları diseke edilip tuşe ile kontrol edilerek ortaya kondu. Anal kanal iç yüzü-mukozası- delinmesine karşı çok dikkatli bir diseksiyon uygulandı. Sfinkter üst üste gelecek şekilde uzun sürede eriyen dikişlerle suture edildi(Resim 12).



Resim 12

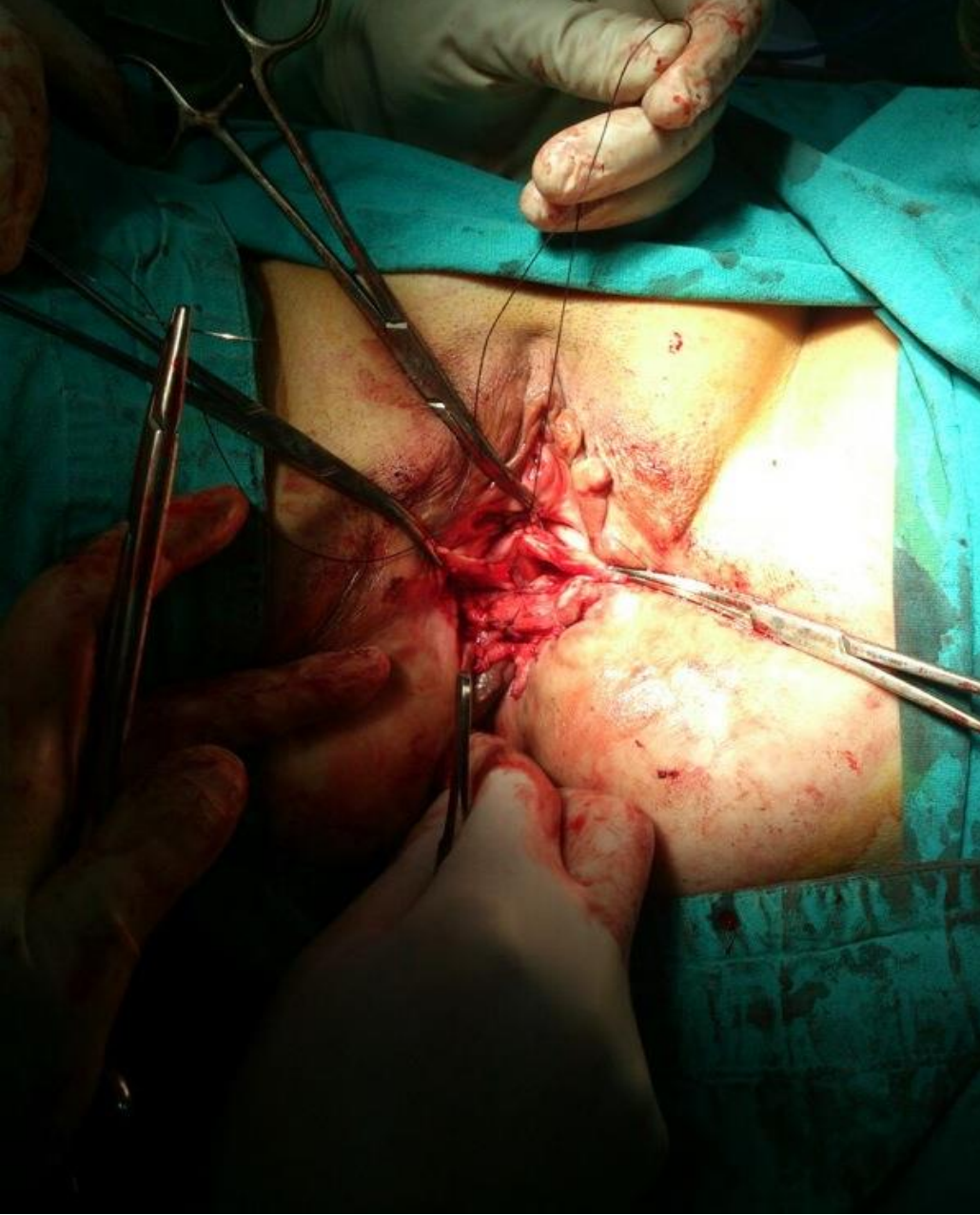
Sfinkter tamiri sonrası tuşe ile tekrar kontrol uygulandı. Her tuşe sonrası eldiven değiştirildi.

Daha sonra Levator Ani dediğimiz destek kasları her iki kenardan bulunup (Pensetle işaretli kaslar) dikişlerle tamir edildi(Resim 13).



Resim 13

Perine tamiri sonrası vagen posterior-arka- duvarı uzun sürede eriyen dikişle sütüre edildi(Resim 14).



Resim 14

Cilt tek tek dikişlerle sütüre edilip operasyon sonlandırıldı.

Ameliyat bitiminde defektif olan perine rekonstrükte edilerek yeniden oluşturulmuş, vagen ve anüs bağlantısı ortadan kaldırılmıştır(Resim 15).



Resim 15

Ameliyat sonrası dönemde 3 gün oral diet verilmemiş ve hasta 2 gün sonda ile idrarını yapmıştır. 4. Günde oral sulu diet başlanıp spontan idrar yaptığı gözlenerek taburcu edilmiştir. Postop 5.günde glob dediğimiz idrar torbasında şişme nedeni ile tekrar sonda uygulanmıştır. Globun mesane boynunda oluşan ödem nedeni ile olduğu değerlendirildi. 6. günde sonda tekrar çekildi. Hastamızın ameliyat sonrası 2. Ayındaki görüntüsü resim 16'daki gibidir.



Resim 16

Dışkı kontinansı ameliyat sonrası hemen sağlanmıştır. Bazen istemsiz gaz kaçırdığını ifade eden hastamıza sfinkter güçlendirici egzersizler önerilmiştir. İdrar ve dışkı yapma sıklığı ameliyat sonrası dramatik olarak azalmıştır.

Diğer Tedavi metodları:

Biofeedback tedavisi kendi kendine sıkma ve gevşeme şeklinde yapılabileceği gibi manometrik ve elektromyografik metodlarla da uygulanabilen bir metoddur. En çok Sfinkter tamiri yapılan hastalarda destekleyici tedavi olarak kullanılır. Uzun dönemde tek başına tedavi edici özelliği çok düşük olup tekrarlamak gerekebilir.

Radyofrekans uygulaması makata uygulanan özel bir aletle radyofrekans uygulanmasıdır. Barsağın duyarlılığını artırdığına dair yayınlar mevcut olsa da uzun dönem takiplerinde yöntemin güvenilirliği tartışmalıdır.

Dolgu maddesi enjeksiyonu makat çevresine silikon ve teflon benzeri değişik materyallerin enjeksiyonu ile yapılan bir tedavi şeklidir. Pahalı ve sınırlı sayıda hastaya uygulanabilir oluşu ve yine uzun dönem sonuçlarının güvenilir olmayışı ile pek kullanılmamaktadır.

Sakral Sinir Stimülasyonu daha çok nörojenik-sinirsel- kökenli inkontinans hastalarında kullanılır. Kuyruk sokumunda makat kaslarını uyaran sinirlere elektrodlar yardımı ile stimülasyon uygulanıp kontinans sağlanması amaçlanır. Ucuz bir yöntemdir. Cauda equina sendromu olan hastalarda iyi sonuç verdiği dair yayınlar mevcuttur.

Grasiloplasti bacağıın iç yüzünde bulunan bir kasın makat etrafına dolandırılması ile uygulanan cerrahi bir metoddur. Diğer tüm yöntemlere cevap alınamayan hastalarda yapay sfinkterden önce veya ona alternatif olarak kullanılan bir metoddur. Sfinkter tamiri yapılamayan ileri derecede anal travmalı hastalarda ilk seçenektir.

Kas makat etrafına çevrilir ve bir elektrod yardımı ile uyarılıp kasılması ile kontinans sağlanır. Büyük cerrahi bir metod olmasına rağmen literatürde orta vadede bile başarı oranları % 40 ile 70 arasında bildirilmiştir. Uzun vadede başarı oranları daha da düşmektedir.

Kolostomi kontinansın diğer yöntemlerle sağlanamadığı özellikle yaşlı hastalarda kullanılabilecek bir yöntemdir. Dışkı karın ön duvarına açılan bir barsak ucu ile torbaya alınmaktadır. Makatla dışkı irtibatı kalıcı olarak kesilir.

Yapay sfinkter silikondan yapılan ve makat etrafına sarılacak şekilde uygulanan bir metoddur. Üç parçadan oluşur. İçine doldurulan sıvı yada suyun hastanın kontrolünde rezervuarından makat çevresine sarılan parçayı doldurması ile kontinans sağlanmaya çalışılır. Yabancı cisim reaksiyonu, enfeksiyon riski ve maliyeti nedeni ile her vakaya uygulanılmamalıdır.

TARTIŞMA

Anal inkontinans hastalığın karakteri gereği sadece fizyolojik yada organik değil sosyolojik ve psikolojik sorunlar doğuran bir hastalıktır. Sfinkter defekti nedeni ile tarafımıza başvuran bir hastamız 27 yıllık bir hastadır. Bu hastamız bu süre zarfında yaşadığı köyden hiç ayrılmamış, evinden ise tıkaç yerleştirdikten sonra kısa süreliğine karşı komşusuna gittiği zamanlarda ayrılmıştır. Bu örnekte olduğu gibi oldukça sıkıntılı bir hayatı yaşayan hastaların bulunduğu bir gruptur Anal inkontinans grubu. Tedaviye oryante olmayan yada tedavi edilemeyeceği inancı ile hastaya yaklaşan özellikle Kadın-Doğum uzmanı meslektaşlarımızın da bunda pay sahibi olduğuna şahit olmaktayız. İlk doğumunda doğum travmasına maruz kalmış 3-4 çocuk sahibi kadınların varlığını başka türlü maalesef açıklayamıyoruz.

Anal inkontinans artık tedavisi mümkün bir hastalıktır. Hastalığın sosyolojik boyuta taşındığı, sosyal ve psikolojik problemlerin ön planda olduğu bu hastalarımıza multidisipliner yaklaşmak gerekir. Tedavi algoritmalarında en çok gözardı edilen kısım burasıdır. Yıllarca inkontinan kalmış, yalnızlığı tercih etmiş ve depresif bu hastaların, tedavisi kadar sosyalleşmesi de oldukça önem arz etmektedir. Tedavisi tamamlanmış bir çok hastamız aslında kontinansı sağlandığı halde malum nedenlerle antisosyal yaşamlarına devam etmekte buna da yeterli derecede tedavi olamadıklarını gerekçe olarak göstermektedirler. Bu nedenle Tıbbi ve Cerrahi tedaviden arzulanan ve beklenen başarı da rölatif olarak düşmektedir.

Yukarıda saydığımız nedenlerle hastanın tedavisi çok iyi planlanmalı, ihtiyacı ve tedavi şekli çok iyi değerlendirilmelidir. Hasta ile iletişim çok iyi sağlanmalı ve tedaviye uyumu mutlaka sağlanmalıdır.

Organik hasarlı olan doğum travmalı ve anorektal cerrahi komplikasyonlu hastalarımız cerrahi tedaviden oldukça yüksek oranda fayda görmektedirler. Uzun süre inkontinanslı olarak kalan hastalarımıza cerrahi tedavi sonrası eşzamanlı biyofeedback veya Kegel egzersizleri ile takviye vermek gerekmekte ve bu uygulamalarla başarı oranı çok daha yükseğe çıkarılmaktadır.

Anal inkontinans cerrahisinde en önemli nokta **minimal cerrahi işlemlerle maksimum faydanın** sağlanması gereğidir. O nedenle yapılan cerrahi işlemler mutlak Anorektal cerrahide tecrübeli cerrahlar tarafından yapılmalı, anorektal

bölgede yapılacak her lüzumsuz işlemin daha kötü sonuçlar doğuracağı, daha sonraki tedaviyi olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır.

Anal İnkontinans içinde oldukça büyük bir grubu oluşturan doğum travmalı ve anorektal cerrahi sonucu inkontinan olarak kalan grubun sfinkter tamiri ile yapılan cerrahi tedaviden oldukça yüksek oranda fayda gördüğünü daha önce belirtmiştik. Bu tedaviden fayda görmeyen veya görmeyeceği önceden belli olan sfinkteri sağlam nörojenik anal inkontinanslı gruba ise sakral sinir stimülasyonu, radyofrekans uygulamaları ile tedavi planlanmalıdır. Sfinkter tamirini aşan büyük travma veya nörojenik defisiti olan grup ise grasilis kası repozisyonu , yapay sfinkter ve son olarak kolostomi ile tedavi edilebilmektedir.

Yukarıda bahsettiğimiz tüm tedavi modaliteleri gözönüne alındığında Anal İnkontinans hastaların yaşaması gereken bir kader olmaktan artık çıkmıştır, çıkarılmalıdır.

Dr. Ramazan Tarık Ünsal