

## Çocuklarda Anal Fissürler

### *Anal Fissures in Children*

Adnan NARCI, Salih ÇETİNKURŞUN

*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, Afyonkarahisar*

**ÖZET:** Anal fissür çocuklarda klinik ve polikliniklerde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Anal fissür, anal mukoza üzerinde oluşan küçük yırtık ya da yaralanmalar olup ağrı ve kanama nedeni olabilmektedir. Genellikle, sertleşmiş gaita anal mukozada yırtığa neden olmaktadır. Diğer fissür nedenleri arasında diyare ve anorektal bölgenin inflamatuvar olayları yer almaktadır.

Akut anal fissürler, non-operatif yöntemlerle %90 oranda cerrahi girişime gerek olmadan iyileşmektedir. Kronik fissürlerde (6 haftadan daha uzun süren) ise bunun dışında bazı tedavilere gerek olabilmektedir. Bu makalede çocukluk çağı anal fissürleri, başta tedavileri olmak üzere ilgili literatür bilgileri ışığında gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Anal fissür, çocuklar.

**ABSTRACT:** Anal fissure is a common complain in children seen in both general practice: An anal fissure is a small tear or cut in the skin lining the anus which can cause pain and bleeding. A hard, dry stool can cause a tear in the anal lining, resulting in a fissure. Other causes of a fissure include diarrhea and inflammation of the anorectal area.

An acute fissure is managed with non-operative treatment and over 90% will heal without surgery. A chronic fissure (lasting greater than six weeks) may require additional treatment. In this article, we reviewed pediatric anal fissures especially its treatment with relevant literature.

**Key Words:** Anal fissure, children.

Anal fissür ilk kez 1934 yılında bir klinik antite olarak kabul edilmiştir<sup>1</sup>. Çocukluk çağında tüm yaşlarda görülebilir de 6-24 ay arasında çok daha sık izlenmektedir. Her iki cinsten de eşit oranda görülmektedir<sup>2</sup>. Çocuklarda anal fissüre yol açan nedenler ise; kabızlık ve defekasyon sırasında ıknalmalar, anatomik faktörler (rektumun "S" şeklini henüz alamamış olması), inflamatuvar barsak hastalıkları başta olmak üzere anorektal bölgede inflamasyona yol açan nedenler, uzun süreli ishaller ve son olarak da ülkemizde az görüldüğü düşünülse de, seksüel zorlama olarak sıralanabilir<sup>2</sup>.

Anal fissürün klinik yansıması, feçes üzerinde kan bulunması ve ağrılı defekasyondur. Anal fissür gerçekten çocuğun hatta ailesinin fiziksel ve mental sağlığını bozabilecek ölçüde önemli bir rahatsızlıktır<sup>1,2</sup>.

Fissürün 4-6 hafta içerisinde iyileşmemesi ya da tedaviye direnç göstermesi kronik fissür olarak değerlendirilir<sup>1</sup>. Akut fissürler, linea dentate'den anal verge'ye kadar uzanan sınırları keskin, lineer veya armut şeklinde, tabanında granülasyon dokusu

olabilen, anal mukoza ülserleridir<sup>2</sup>. Kronik fissürlerin tabanında, internal sfinkterin horizontal lifleri görülürken, hipertrofik anal papilla ve sentinel cilt plisi gibi ilave lezyonlarda bulunabilir. Klinik olarak, akut ve kronik fissürlerin ayırımında kesin bir tanımlama yoksa da, tanı konulduktan 4-6 hafta sonra, spontan olarak veya diyetsetel yöntemlerle iyileşmeyen fissürler kronik olarak kabul edilir<sup>1,2</sup>.

Kabızlık durumunda, katı feçesin anal kanaldan geçişi sırasında, arka duvardaki minör rezistans bölgesinde direkt travmaya neden olduğu teorisi akla yatkın gibi görünse de, anal fissürlü olguların önemli bir bölümünde kabızlık olmadığı, hatta ishal bile olabilmesi bu teoriyi yetersiz kılmaktadır<sup>1,2</sup>.

Anal fissür oluştuktan sonrada, ağrı korkusu ile hastaların defekasyon yapmaktan kaçınmaları, kuskusuz feçesin sertleşmesine neden olur. Anal fissürlü olgularda yapılan incelemeler internal anal sfinkterde aşırı aktivite ve yükselmiş bir istirahat anal basıncını ortaya koymuştur<sup>1,3-5</sup>. Bu sfinkterik spazm, anal ağrı- defekasyon korkusu- internal sfinkter aktivitesini daha fazla stimüle eden katı feçes pasajı şeklinde bir kısır döngü yaratır.

Günümüzde anal fissür tedavisinin temeli, medikal veya cerrahi yöntemlerle bu döngünün kırılmasına yöneliktir. Anal fissür oluşmasında en önemli iki etkenden biri anal sfinkterdeki yüksek istirahat basıncıdır. Bu basıncın medikal tedavi ile geçici, cerrahi tedavi ile kalıcı olarak ortadan kaldırılabil-

ceği, basıncın en yüksek olduğu bölgenin ise arka duvar olduğu gösterilmiştir. Anal hipertoni,  $\beta$ -adrenerejik reseptör agonistlerin veya  $\alpha$ -blokerlerin yetersizliği ile karakteristik, aşırı sempatik aktiviteden doğar<sup>1,4,5</sup>.

Anal fissürlü çocuklarda, fissür hemen hemen tüm olgularda arka duvarda oluşmaktadır. Benzer durum erişkinler (%90 arka duvar) içinde geçerli olduğundan, kadavra ve insan çalışmaları ile a. rektalis inferior anjiyografik olarak araştırılmış ve özellikle rektumun dorsokaudal bölgesinde dolaşımın yetersiz olduğu ortaya konmuştur. Anal mukozaya gelen damarlara, hipertrofik sfinkterin bası yapması sonucu bu bölgede perfüzyonun bozulması söz konusu olmaktadır. Bu nedenlerle, arka yüz fissürleri "iskemik ülserler" olarak da isimlendirilmektedir<sup>6</sup>.

## TEDAVİ

Birçok araştırmacı, gerek çocuklarda gerekse erişkinlerde akut anal fissürlerin %90'ının konservatif-medikal tedavi ile iyileştiğini ortaya koymuştur. Kronik fissürlerde ise bu oran, son gelişmelerin uygulanması ile erişkinlerde %70, çocuklarda %85 olarak bildirilmektedir.

### A-Medikal tedavi:

**1) W-A-S-H tedavisi:** (Sıcak oturma banyoları- analjezikler (lokal analjezikler başta)- feçes yumuşatıcılar- yüksek fibrilli diyet). Daima uygulanması gerekli olan bir tedavidir. Çoğu akut fissürler için tek başına yeterli olabilir<sup>1,3</sup>. Kronik olgular da ise, yaşamı kolaylaştıran bir faktördür. Geçici ve kısa süreli de olsa sfinkter spazmını ortadan kaldıracaktır<sup>3</sup>.

**2) İnternal anal sfinkter basıncını azaltmaya yönelik tedaviler:**

**a- Organik nitratlar:** Presinaptik hücrelerden salgılanan, internal anal sfinkterin gevşemesinde aracılık eden nitrik oksitinin bulunması, organik nitratların anal fissürlerin tedavisinde yaygın olarak kullanılmasına yol açmıştır. Erişkin olgularda isosorbide dinitrate (ISDN) ve Glyceryl trinitrate (GTN) başarı ile kullanılmıştır<sup>1</sup>. Çocuklarda GTN pomat bu amaçla ilk kez Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) 1997 yılında kullanılmıştır. Bu amaçla 8 haftalık bir kullanımdan sonra olguların %84'ünde iyileşme sağlanmıştır<sup>5</sup>. Bu oranları destekleyen çalışmalar yayınlanmıştır<sup>4,7,8</sup>. GTN'nin nüks olgularda da etkili olabildiği yine 2005'te GATA'dan yapılan bir çalışmada bildirilmiştir<sup>9</sup>. Bir çalışmada ise GTN uygulamasının temel medikal tedaviden üstün olmadığı belirtilmiştir<sup>3</sup>. Ancak

GTN'nin baş ağrısı yapabileceği ve uygulamalar sırasında taşiflaksi gelişebildiği özellikle erişkin serilerde bildirilmiştir<sup>1,4</sup>.

**b- Kalsiyum kanal blokerleri (Nifedipine, Diltiazem):** Erişkinlerde oral yada lokal uygulamaları ile oldukça başarı sağlayan bu ilaçlarla henüz çocuk hastalarda deneyim bildirilmemiştir. Erişkinlerde en çok ümit bağlanan ilaç grubudur<sup>1</sup>.

**c- Botulinum A toksini:** Erişkinlerde genellikle GTN'den sonuç alınmayan olgularda denenmiş ve iyi sonuçlar bildirilmiştir<sup>1</sup>. 2005 yılında Kanada McGill Üniversitesi'nde yalnızca bir çocuk olguda kullanılmıştır (başarılı sonuç alınan bu olgunun anal sfinkter akalazyası olduğu belirtilmiştir<sup>10</sup>).

### B-Cerrahi Tedavi:

Anal fissür tedavisinde cerrahi girişimler erişkin yaş grubunda sıkça başvuru ve komplikasyonları bilinen bir kavram iken çocuklarda bu konuda az sayıda deneyim söz konusudur.

**a- Fissürektomi:** 1948'de Gabriel tarafından popülerize edilen bu yöntemde, iyileşme yavaştır ve "keyhole" deformitesi yaratabilir. Keyhole deformitesi, fekal kirlenmeye yol açan bir sekeldir. Ana patolojiyi ortadan kaldırmadığı için günümüzde yeterli bir tedavi olarak görülmemektedir. Medikal tedavi ile örneğin GTN ya da botulinum toksini ile kombine şekli daha çok tercih edilmektedir<sup>11</sup>. Çocuklarda bildirilen tek seri Lambe'a aittir<sup>12</sup>. Seride bulunan 37 çocuk olguda %81 başarı bildirilmiştir. Ancak postoperatif laksatif tedavisinin devamının gereği vurgulanmıştır. Yine dilatasyondan kaçınmak için ekartör kullanılmaması bunun yerine aski sütürlerinin kullanılması önerilmiştir<sup>12</sup>.

**b- Anal dilatasyon:** ilk kez 1939'da Recamier tarafından tarif edilmiştir. Basit ancak standardize edilememiş bir işlemdir. Erişkin serilerde %3-56 fissür nüksü, %0-39 flatus ve kirlenici inkontinans, %10-16 feçes inkontinansı bildirilmiştir<sup>11</sup>. Çocuk hastalardaki tek seri idiyopatik kabızlık olgularının yer aldığı bir İngiliz serisidir<sup>13</sup>.

**c- Sfinkterotomi işlemleri:** Sfinkter üzerine insizyon yapılan operasyonlar erişkinlerde 19. yüzyıl başlarından beri uygulanmıştır. 1951 yılında Eisenhammer anal kanal anatomisini tanımlayınca kadar bu operasyonlarda kesilen sfinkterin, eksternal sfinkterin bir parçası olduğuna inanılırdı<sup>11</sup>. Sfinkterotomi ilk zamanlarda posterior midline olarak yapılmıştır. Ancak bu yöntem, hastanede kalış süresi uzun ve komplikasyonları fazla olduğundan, yerini açık ya da kapalı yöntemle yapılan lateral sfinkterotomilere bırakmıştır. Erişkinlerde %90-95 başarı ve düşük inkontinans riski bildirilerek başarı

ile uygulanmaktadır<sup>11</sup>. Çocuklarda lateral sfinkterotomi ile ilgili üç makalede iyi sonuçlar bildirilmişse de deneyim son derece sınırlıdır<sup>14-16</sup>. Özellikle Cohen'in olguları arasında 8 aylık bebeklerin bulunması ilgi çekicidir. Bu seride tüm olguların iyileştiği bildirilmiştir<sup>14</sup>.

**d- Anoplastiler:** Özellikle travmatik olguların örneğin cinsel saldırı ya da anal cerrahi geçiren olgularda rotasyonel fleplerle inkontinans riski olmadan bölgenin kanlanması sağlanmaya çalışılır. Çocuk hastalarda deneyim son derece sınırlıdır.

Sonuç olarak çocuklarda anal fissür tedavisinde özellikle koruyucu medikal tedavi uygulanmalı, kronikleşen inatçı olgularda ise farmakolojik lokal uygulamalardan örneğin GTN'den yararlanılması uygundur. Cerrahi girişimlere ait erken ve geç veriler halen yetersizdir.

#### KAYNAKLAR

- Ersan Y, Yavuz N, Çiçek Y, Ergüney S, Kuşaslan R. Anal fissürlerde medikal tedavi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2004; 35: 194-199.
- Çetinkuşun S, Kürekçi E, Demirbağ E, Atay AA. İnfant ve çocukluk döneminde gastrointestinal sistem kanamaları. Ayın kitabı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2005: 47-49.
- Kenny SE, Irvine T, Driver CP et al. Double blind randomised controlled trial of topical glyceryl trinitrate in anal fissure. Arch Dis Child, 2001; 85: 404-407.
- Simpson J, Lund JN, Thompson RJ, Kapila L, Scholefield JH. The use of glyceryl trinitrate (GTN) in the treatment of cronic anal fissure in children. Med Sci Monit, 2003; 9: 123-126.
- Tander B, Güven A, Demirbağ S, Özkan Y, Öztürk H, Çetinkuşun S. A prospective, randomized, double-blind, placebo controlled trial of glyceryl-trinitrate ointment in the treatment of children with anal fissure. J Pediatr Surg, 1999; 34: 1810-1812.
- Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C. Topography of the inferior rectal artery: A possible cause of chronic anal fissure. Dis Colon Rectum, 1989; 32: 43-52.
- Sönmez K, Demiroğulları B, Ekingen G et al. Randomized, placebo controlled treatment of anal fissure by lidocaine, EMLA and GTN in children. J Pediatr Surg, 2002; 37: 131-136.
- Ahmad J, Andrabi SI, Rathore MA. Comparison of topical glyceryl trinitrate with lignocaine ointment for treatment of anal fissure: a randomised controlled trial. Int J Surg, 2007; 5: 429-432.
- Demirbağ S, Tander B, Atabek C, Sürer I, Öztürk H, Çetinkuşun S. Long term results of topical glyceryl trinitrate ointment in children with anal fissure. Annals of Topical Paediatrics, 2005; 25: 133-135.
- Costa V, Brophy J and Commite of the TAU. Botulinum toxin for the treatment of refractory chronic anal fissures and internal anal sphincter achalasia in pediatric patients. <http://www.mcgill.ca/files/tau/BOTOX.Dec.27.final>.
- Ersan Y, Yavuz N, Kuşaslan R, Çiçek Y, Ergüney S. Kronik anal fissür olgularında cerrahi tedavi. Cerrahpaşa Tıp dergisi, 2005; 36: 213-217.
- Lambe GF, Driver CP, Morton S, Turnock RR. Fissurectomy as a treatment for anal fissures in children. Ann R Coll Surg Engl, 2000; 82: 254-257.
- Keshtgar AS, Ward HC, Clayden GS, Sanei A. Role of anal dilatation in treatment of idiopathic constipation in children: long term follow-up of a double blind, randomized, controlled study. Pediatr Surg Int, 2005; 21: 100-105.
- Cohen A, Dehn TC. Lateral subcutaneous sphincterotomy for treatment of anal fissure in children. Br J Surg, 1995; 82: 1341-1342.
- Nwako FA. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. Technic and experience with 22 cases in children. Int Surg, 1975; 60: 215-217.
- Mishra R, Thomas S, Maan SM, Hadke SN. Topical nitroglycerin versus lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: prospective, randomized trial. ANZ J Surg, 2005; 75: 1032-1035.

