

## OBSTETRİK YARALANMAYA BAĞLI ANAL İNKONTİNANSLI BİR OLGUNUN 'ANTERİOR OVERLAPPING SFINKTEROPLASTİ' İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

SUCCESSFUL TREATMENT OF A CASE OF ANAL INCONTINENCE DUE TO OBSTERIC INJURY USING 'ANTERIOR OVERLAPPING SPHINCTEROPLASTY'

Deniz BALSAK<sup>1</sup>, Emrah TÖZ<sup>2</sup>, Yusuf YILDIRIM<sup>3</sup>, Şivekar TINAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Bölümü

<sup>2</sup>Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Bölümü

### ÖZ

Anal inkontinans, gaz ve dışkının istem dışı kaçırılmasıdır. Fekal inkontinans vajinal doğumun çok korkulan bir komplikasyonudur. Bu durum sfinkter yırtılması, pudental sinir hasarlanması ya da her ikisi ile birlikte olabilmektedir. Anal inkontinans prevalansı araştırılan topluluğa göre farklılık göstermektedir. Genel olarak 30-90 yaş arası kadınlar incelendiğinde, en az bir aylık sürede katı veya sıvı dışkı tutamama prevalansı %7.7'dir. Vajinal doğum veya sezaryen doğumdan 6 ay sonra anal inkontinans %13-25 arası olmakta fakat bu 12 aylık bir sürede %1-6 aralığına düşmektedir. Anal inkontinans yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Kadınlarda en önemli neden doğum travmasıdır. Anal sfinkter defekti ile birlikte perine yırtılması %1-9 arasında değişmektedir. Tanımlanmamış sfinkter hasarı %18-35 olarak yüksek bir değerdedir. Pudental nöropati doğumunun ikinci evresinde ıkınma ile birlikte sinirin gerilmesi ve fetal başın inmesi ile oluşmaktadır. Hatta bazen doğumun birinci evresinde bile olmaktadır. Sfinkter hasarı ve pudental nöropati risk faktörleri forsepsli doğum, büyük fetüs ölçüsü ve uzamış ikinci doğum evresidir. Özellikle ilk doğum süresince fekal inkontinans riski göz önünde bulundurulmalıdır. Rutin epizyotomi sfinkter hasarını engellemekte hatta sebebiyet verebilmektedir. Anal inkontinanslı kadınların tedavi yaklaşımı altta yatan etyoloji temelli olmalıdır. Başlangıç tedavisi olarak önerilen tıbbi yaklaşım nadiren etkilidir. Prmer anal sfinkter cerrahisi yapılan hastaların yarısı kısa ve uzun dönemde kontinans problemi ile karşılaşabilmektedirler. Bu çalışmada obstetrik yaralanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve 'Anterior Overlapping Sfinkteroplasti' yöntemiyle başarı bir şekilde tedavi edilen anal inkontinanslı bir olguyu sunuyoruz.

### ABSTRACT

Anal incontinence means inability to control the release of flatus or stool. Fecal incontinence is one of the most feared complications of vaginal delivery. It may be the consequence of sphincter tears, of pudental neuropathy, or of a combination of the two. The prevalence of fecal incontinence varies depending on the population studied. In one population-based, age-stratified postal survey of women aged 30 to 90 years, the prevalence of fecal incontinence (defined as at least monthly loss of liquid or solid stool) was 7.7 percent. At three to six months after vaginal or cesarean delivery, as many as 13 to 25 percent of women report fecal incontinence. However, the prevalence falls to 1 to 6 percent by 12 months. Fecal incontinence has a significant impact on quality of life. Most important cause of incontinence is obstetric trauma in women. The incidence of perineal tear with anal sphincteric defect varies from 1-9% and the incidence of unrecognized sphincter injury may be as high as 18-35%. Pudental neuropathy is caused by nerve stretch during pushing in the second stage of labor and descent of the fetal head; it may occur even with the first delivery. Risk factors for sphincter injury and pudental neuropathy include forceps delivery, large neonatal size, and prolonged second stage of labor. The risk of fecal incontinence must be considered even during the first pregnancy. Routine episiotomy does not prevent sphincter injury and may even predispose to it. Therapeutic management of the women with anal incontinence should be based on underlying etiology. Medical treatment, recommended as initial approach, is rarely effective. Half the women who undergo primary anal sphincter repair have short or long term continence problems. In this study we present a case of anal incontinence due to obstetric injury who was successfully treated using 'anterior overlapping sphincteroplasty'

**ANAHTAR KELİMELER:** Anal kanal; Obstetrik doğum, Komplikasyonlar

**KEYWORDS:** Anal Canal; Obstetric Labor, Complications

Geliş Tarihi / Received: 17.02.2015

Kabul Tarihi / Accepted: 10.03.2015

Yazışma Adresi / Correspondence: Deniz BALSAK

Medya Mah. 629.sok ANS Sitesi Daire: 28, Kayapınar/Diyarbakır  
denizbalsak@gmail.com

## GİRİŞ

Anal inkontinans, gaz ve dışkının istem dışı kaçırılmasıdır. Toplumda görülme sıklığı %2-7 arasındadır(1,2). Normal anal kontinansın fizyolojisinde intrinsik, ekstrinsik ve SSS yanında pelvik tabanının kas yapısı, external ve internal sfinkter mekanizmaları gibi çok sayıda faktörün karmaşık etkileşimi rol oynamaktadır. Bu nedenle de anal inkontinans oluşumunda pek çok potansiyel neden vardır(3) (**Tablo 1**).

**Tablo 1:** Anal Sfinkter durumuna göre inkontinans etiyojisi

Sfinkter durumu	Etiolojik factor
Sfinkter defektiyle birlikte olan inkontinans	-Obstetrik yaralanma -Perine travmaları -Anorektal cerrahi
Sfinkter defekti olmaksızın görülen inkontinans	-Nörolojik nedenler (ör: Diabetik nöropati) -Yetersiz rektal complians (ör: Rektum kanseri) -Dışkı kıvamının değişmesi (ör: Radyasyon enteriti)

Bu çalışmada obstetrik yaralanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve 'Anterior Overlapping Sfinkteroplasti' yöntemiyle başarı bir şekilde tedavi edilen anal inkontinanslı bir olguyu sunuyoruz.

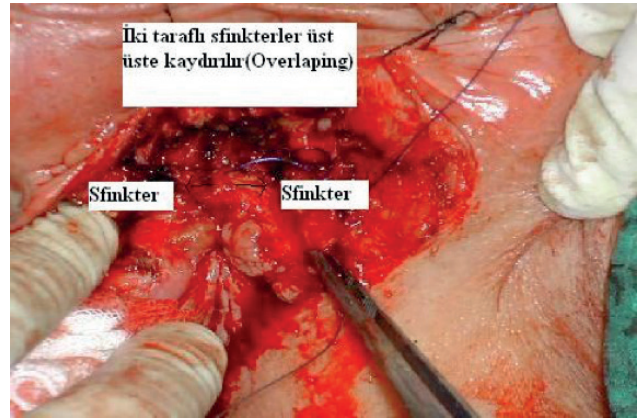
## VAKA

Kırk sekiz yaşında Gravida(G)2 Parite(P)2 olan hasta doğumlarını vajinal olarak yapmış. İkinci vajinal doğumdan sonra, yaklaşık 20 yıldır gaz, sıvı ve katı dışkı kaçırmaları ile birlikte dispareni şikayeti mevcuttu. Sosyal nedenlerden dolayı doktora başvurmadığını belirtmiştir. Bilinen bir gastrointestinal veya sistemik hastalığı bulunmayan hastanın rektovajinal muayenesinde; eksternal sfinkter tonusu yok, perine cildi kaybı ile birlikte anüs vajen posterior kommissuru ile birleşmiş görünümde (**Resim 1**). Rektosigmoidoskopi normal olarak değerlendirildi. Anal manometri'de istirahat basıncı ve maksimum sıkma basıncı normalden düşük bulundu (Sırasıyla 20 mm Hg ve 40 mmHg). Preoperatif barsak temizliği ile hasta operasyona hazırlandı. Parenteralampisilin-sulbaktam 1.5 gr İV ile yara enfeksiyonu için prof-laksi uygulandı. Dentatline'nin 1.5 cm periferden 270 °lik anterior semisirküler bir insizyon yapıldı. Anoderm ve vajinal mukoza flepleri hazırlandı. Eksternal sfinkter kası skar dokusu boyunca serbestleştirildi. Skar dokusu eksize edilmeden polipropilen matres dikişlerle uçlar üst üste

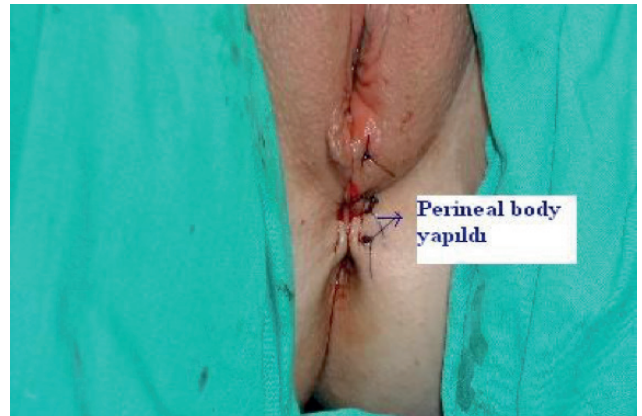


**Resim 1:** Operasyon öncesi

gelecek şekilde suture edildi (**Resim 2**). Perine insizyonu Y şeklinde gevşekçe kapatıldı (**Resim 3**). Hastaya meperidine 50 mg İ.M (Dolantin ®) ile postoperatif analjezi sağlandı ve postop 3. günde taburcu edildi. Dört hafta Magnesie calcinee (100 GR) toz ile gaita yumuşaması sağlandı. Postoperatif 3. ay kontrolünde hasta gaz, sıvı ve katılara karşı tam olarak sfinkter fonksiyonu yeterliydi. Anal manometride basınç profili normale dönmüştü (60 mm Hg istirahat basıncı ve 120 mm Hg max sıkma basıncı).



**Resim 2:** Operasyon tekniği



**Resim 3:** Operasyon sonrası

## TARTIŞMA

Anal inkontinans, yaşam kalitesini düşüren, kişinin sosyal ortamdan uzaklaşmasına yol açan, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Etiyolojii belirlemeye yönelik etkili tek bir tanısal testin olmaması, konservatif ve cerrahi tedavi seçeneklerinin çeşitliliği nedeni ile Anal inkontinanslı bir hastada uygun tedavi yolunu belirlemek ve beklenen sonuçlar hakkında hastayı bilgilendirmek en önemli basamaktır. Fekalinkontinansda tedavi, etiyolojik neden göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

Eksternal anal sfinkter istemli çizgili kastır ve anal kanaldaki sıkıştırıcı basıncın % 80'inden sorumludur. Rektumun distansiyonu sonucu internal anal sfinkterde refleks gevşeme meydana gelir (Rektoanal inhibitör refleks: RAIR) ve bu durum eksternal sfinkterin istemli kasılması sonucu anal kontinansın sağlanmasıyla uygun bir zamana kadar dengelenir. Defekasyon sırasında external sfinkter ve pelvik taban kasları gevşer ve rektumun boşalması sağlanır. Obstetrik travmaya bağlı anal/vaginal yaralanmalar sonucu normal anal kontinans bozulur. Bu yaralanmaya neden olan obstetrik travmalar genellikle perine yırtığı ve epizyotomi kesisinin uzamasıdır. Primipar olgularda ve enstrumetal doğumlarda daha sık sfinkter yaralanması oluşur(4). Yapılan diğer bir çalışmada anal inkontinans nedeniyle opere edilen kadınların %92'sinde etyolojide obstetrik travma oldu görülmüştür(5).

Anal inkontinansın etiyolojisini saptamak için ilk basamak hastanın öyküsünün eksiksiz alınması ve fizik muayenenin dikkatli yapılmasıdır. Özellikle anal bölgede aşırı bir skar dokusu olabilir(6). Disparoni, bizim hastamızda da olduğu gibi sıklıkla anal inkontinansa eşlik etmektedir ve bu özellik öyküde sorgulanmalıdır(7). Bundan sonra rektosigmoidoskopi, endoanal ultrasonografi (EAUS), anal manometri, elektromyografi [pudental sinir terminal motor latensi (PNTML)] ve sinedefekografi gibi yardımcı tanı yöntemlerinden faydalanılır.

EAUS sfinkter defektinin gösterilmesinde faydalıdır(8,9). Ayrıca fizik muayenede saptanamayan anatomik sfinkter defekti de EAUS ile saptana-

bilir. EAUS'de internal anal sfinkter hipoekoik halka, external anal sfinkter ise hiperekoik halka olarak görüntülenir. Bu halkalarda devamlılığın olmaması sfinkter defektinin olduğunu ve defektin yerini gösterir. Bizim olgumuzda obstetrik travma öyküsü olması ve fizik muayenede eksternal sfinkter defektinin kesin olarak saptanmış olmasından dolayı EAUS yapılmadı. Fakat operasyon etkinliğini göstermek için preop ve postop anal manometriden faydalanıldı.

Anal inkontinansın tedavisi büyük ölçüde nedene yönelik olmalıdır; bu medikal veya cerrahi tedavi ya da her ikisinin birden içerir. Genelde cerrahi olmayan yöntemler ilk basamak olarak önerilir(10). Hastanın yaşam tarzını az etkileyen hafif inkontinansda yalnızca medikal yöntemlerle yönetilebilir (ishal oluşturan gıdalardan kaçınma, antidiyaretikler vb.). İnflamatuar barsak hastalığı gibi altta yatan bir hastalığı olanlarda sıklıkla primer hastalığın tedavisi ile kontinans da iyiye gider. Altta yatan tedavi edilebilir bir medikal hastalığı olmayanlarda medikal tedavinin başarı oranı düşüktür, ancak başarılı olduğunda daha invaziv tedavilerden kaçınılmış olacaktır. Anal sfinkterde anatomik defekti bulunan, ancak sfinkterlerin ve rektumun nörolojik inervasyonu sağlam olan hastalarda primer sfinkter onarımı tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu defektler sunduğumuz olguda olduğu gibi en sık anteriorda ve obstetrik travma nedeniyle. En çok kabul görmüş primer onarım yöntemi overlapping (uçları üst üste getirerek) sfinkteroplastidir. Rothbarth ve arkadaşları obstetrik travmaya bağlı olarak gelişen fekal inkontinanslı 31 olguya anterior sfinkteroplasti uygulamışlar ve 3 ay sonunda hastaların % 77'sinin kontinen olduğunu saptamışlardır. Bu oran bir yılın sonunda % 62'ye düşmüştür(11). Obstetrik travmaya bağlı olarak oluşan anal inkontinans nedeniyle yapılan overlapping operasyonunda ortalama 38 aylık izlem sonunda ortalama başarı %60 olarak bulunmuştur(12). İzlem süresi arttıkça başarı düşmektedir. Goran ve arkadaşları 65 hastalık serilerinde 3.ay sonunda %74, 80. ayın sonunda ise %48.2'lik başarı oranı bildirmişlerdir(13). Özellikle pelvik taban bozuklukları ile beraber olan anal inkontinans vakalarında pelvik taban cerrahisi ile birlikte sfinkter onarımı yapılmasıyla başarı %71'e kadar çıkabilmektedir(14). Uzamış pudental latensi (PNTML)

(>2.2 ms), ileri yaş, preoperatif olarak perineal desensus bulgularının olması, uzun sürmüş şiddetli semptomlar ve postoperatif dönemde yapılan EAUS'de persistan defekt saptanması kötü prognostik göstergelerdir(11,15). Ayrıca inkontinansı rölatif olarak geç başlangıçlı olanlarda (obstetrik travma sonrası) genellikle daha uzun PNTML saptandığı ve bunun kötü operatif sonuçlarla korele olduğu bildirilmektedir(16). Kirwan skalası, ortalama istirahat anal basıncı ve fonksiyonel anal kanal uzunluğu açısından değerlendirildiğinde İdyopatik ve travmatik anal inkontinanslı kadınlarda anterior sfinkteroplasti sonuçları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır(17). Bizim olgumuz 48 yaşındaydı ve 20 yıldır şiddetli semptomlara sahipti. Olguyu EAUS ve EMG ile değerlendirme imkanımız olmadı; fakat üçüncü ay sonunda katı, sıvı ve gaza karşı tam kontinendi. Bu yöntemin etkinliği konusunda daha kesin ifadeler kullanabilmek için daha çok hasta ve daha uzun süreli izlemle ihtiyacı vardır.

Anterior overlappin gsfinkteroplastiye alternatif girişimler olarak uç uca anastamoz tekniği ve ayrı ayrı internal ve eksternal sfinkterlerin onarımı gösterilebilir. Tjandra ve arkadaşları anterior overlapping sfinkteroplasti ve uç uca anastamoz yöntemlerini karşılatırdıkları çalışmada 18 aylık izlem sonunda sırasıyla %72'e %75 başarı oranları elde etmişlerdir. Anterior overlapping yapılan bir hastada pudental nöropati gelişmiştir. Bu çalışmanın sonunda yazarlar her iki yöntemin benzer başarı oranlarına karşın uç uca anastomoz tekniğinin morbiditesinin daha düşük olması nedeniyle bu yöntemin tercih edilmesini önermişlerdir(18). Yapılan bir diğer iki yöntemi karşılaştıran çalışmada 12 aylık izlem sonunda fekal inkontinans açısından fark bulunmamakla birlikte anterior overlapping tekniği uygulan hastalarda external sfinkter onarımın daha başarılı olduğunu belirtmişlerdir(19).

Anterior overlapping sfinkteroplasti komplikasyonları arasında yara açılması, abse oluşması, idrar retansiyonu, anal stenoz sayılabilir. Scott ve arkadaşları yaptıkları 28 vakalık seride %43 komplikasyon oluştuğunu belirttiler. En fazla yara ayrılması meydana gelmiştir(14). Yapılan diğer bir çalışmada anterior overlappin tek-

niği ile onarımda yara açılması %43.7 olarak bulunmakla birlikte başarı oranı %70-80 olarak belirtilmiştir(20). Bizim olgumuzda operasyon sırasında ve sonraki takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Anterior overlapping sfinkteroplasti sonrası vaginal doğum yapılabileceği konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Kolorektal cerrahların %70'i, Obstetrisyenlerin ise %20'si sonraki gebelikte sezaryen ile doğum önerirler (21).

Sonuç olarak anal inkontinans sık görülmekle birlikte az rapor edilen ve yaşam tarzını büyük oranda etkileyen bir durumdur. İnkontinansın neden öykü ve fizik muayene ile anlaşılabilir, ama manometri ve USG'yi de içeren tanısal testler sıklıkla gereklidir. Anal inkontinansın başarılı tedavisinin anahtarı, nedenin kesin olarak saptanmasıdır. Obstetrik yaralanmaya bağlı sfinkter defektlerinde anterior overlapping sfinkteroplasti çoğu kez başarıyla uygulanan bir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Bellicini N, Molloy PJ, Caushaj P, Kozlowski P. Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 2008; 53 (1): 41-6.
2. Thomas TM, Egar M, Walgrove A, Mende TW. The prevalence of fecal double incontinence. *Community Med*. 1984; 6 (3): 216-20.
3. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126 (1 Suppl 1): S3-7.
4. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repair following obstetrical injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 89(2): 159-63
5. Çalışkan C, Korkut MA, Akgün ZE, Osmanoğlu HA. Travmatik Anal İnkontinansın Cerrahi Tedavisi [Surgical Treatment of Traumatic Anal Incontinence]. *Kolon Rektum Hast. Derg*. 2008(2);93-96
6. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. A comparison between electromyography and anal endosonography in mapping external anal sphincter defects. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(5): 370-373
7. Wagenius J, Laurin J. Clinical symptoms after anal sphincter rupture: a retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(3): 246-50

8. Martinez HMP, Villanueva SE, Jaime ZM, Sandoval MRD, Rocha R JL. Endoanalsonography in assessment of fecalincontinence followingobstetrictrauma. *UltrasoundObstetGynecol* 2003; 22(6): 616–621
9. Rieger NA, Sweeney JL, Hoffmann DC, Young JF, Hunter A. Investigation of fecalincontinencewithendoanalultrasound. *DisColonRectum*1996; 39(8): 860-64
10. Rieger N. Surgical intervention for faecal incontinence in women: an update. *CurrOpinObstetGynecol* 2002; 14(5): 545-48
11. Rothbarth J, Bemelman WA, Meijerink WJ, Buyze–Westerweel, vandijk JG, Delemarre JB. Long-term results of anterior anal sphincter repair for fecal incontinence due to obstetric injury/with invited commentaries. *DigSurg*2000; 17(4): 390-93
12. Goetz LH, Lowry AC. Overlappingsphincteroplasty: Is it thestandard of care? *ClinColonRectalSurg* 2005; 18(1): 22-31
13. Barisic GI, Krivokapic ZV, Markovic VA, Popovic MA. Outcome of overlapping anal sphincterrepairafter 3 monthsandafter a mean of 80 months. *Int J ColorectalDis* 2006; 21(1): 52–6
14. Steele SR, Lee P, Mullenix PS, Martin MJ, Sullivan ES. Is there a role forconcomitantpelvicfloorrepair in patientswithsphincterdefects in thetreatment of fecalincontinence? *Int J ColorectalDis* 2006; 21(6): 508-14
15. Pinta T, Kylampaa-Back MI, Salmi T, Jarviney HJ, Luukkonen P. Delayedsphincterrepairforobstetricruptures: analysis of failure. *Colorectal Dis* 2003; 5(1): 73-8
16. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, Bartram CI, Nicholls RJ. Anterior anal sphincter repair in parients with obstetric trauma. *Br J Surg* 1994; 81(8): 1231-34
17. Aitola P, Hiltunen KM, Matikainen M. Functional results of anterior levatorplasty and external sphincter plication for faecal incontinence. *Ann ChirGynecol* 2000; 89(1): 29-32
18. Tjandra JJ, Han WR, Goh J, Carey M, Dwyer P. Direct repairvsoverlappingsphincterrepair: a randomizedcontrolledtrial. *DisColonRectum* 2003;46(7) :937–942
19. Rygh AB, Körner H. Theoverlaptechniqueversusend-to-endapproximationtechniqueforprimaryrepair of obstetric anal sphincterrupture: a randomizedcontrolledstudy. *ActaObstetGynecolScand.* 2010; 89(10): 1256-62.
20. Martínez HMP, Godínez GMA ,Rivas LE, Herrera HD, Barrón VR. Anal incontinencecausedby an obstetrictrauma. Experiencewiththetechnique of overlappingsphincteroplasty. *GinecolObstetMex.* 2006; 74(8): 418-23
21. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Managemnt of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC HealthServRes.* 2002; 2(1):9.