



Dr. Bülent Kılıçoğlu*

Özel inkontinans sorunu olan hastalarda, fiziksel problemlerin yanında psikolojik sorunlar da görülebilmektedir. Bu yüzden, başvuru sırasında hastaların yakınmalarının çok iyi bir biçimde sorgulanması gerekmektedir. Çünkü, çoğu zaman hastalar sorunlarını gizli tutmaya çalışmaktadırlar. Gaz, sıvı ve katı gaitanın istemsiz olarak çıkarılmasına "inkontinans" denmekte olup, bu rahatsızlığın etyolojisinde, pekçok faktör vardır. Dışkılamanın normal olarak gerçekleşmesinde, bazı etkenler rol oynar. Dışkının yapısal özelliği, içeriği, hacmi, geçiş zamanı, anorektal açığı ve bu bölgenin anatomik yapısı, anal ve rektal refleksler, intakt sfinkter kas ve nöral mekanizmalar, rektal kapasite, anorektal bölge basıncı gibi unsurlar, oldukça önemlidir. Bu etmenlerde görülen bozukluklar nedeniyle, inkontinans gelişmesi olasıdır. İshal gibi intestinal hareketliliğin arttığı ve geçiş zamanının kıaldığı durumlarda da, inkontinans gelişebilmektedir. Rektuma ulaşan sıvı miktarı artarak sfinkter zorlanabilir ve bu durumda, gaita tutulamayarak istem dışı defekasyon görülebilir. Ayrıca barsak rezeksiyonları, enflamatuvar barsak hastalıkları, bazı özel toksinler, nöropatiler (pudental), obstetrik yaralanmalar sonucunda sfinkterin hasar görmesi, perineal laserasyonlar, anorektal fistüller (fistülotomi), ileoanal anastomoz, poşlar, v.b gibi farklı sebeplere bağlı olarak da bu sorun ortaya çıkabilir.

Özetlemek gerekirse, dört tip inkontinans vardır: Konjenital, edinsel, pseudo (yalancı) ve taşmaya bağlı inkontinans. Hastanın değerlendirilmesinde öyküsü, fizik, nörolojik ve anorektal muayene, kolonoskopi, radyolojik tetkikler ve anorektal fizyolojik testlerin yapılması gerekmektedir. Tedavi, konservatif ve cerrahi olmak üzere ikiye ayrılır. Konservatif tedavide psikolojik yaklaşım, diyet ve tıbbi tedavi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Shuster, kas egzersiz tedavisini denemiştir. Bu sistem, çift balonlu manometre ve duyuşal egzersiz yöntemlerine dayanmaktadır. Balon şiştikçe, anal sfinkteri kasmaya yönelir. Bu teknik, en çok mekanik bozukluğu olan hastalara önerilmektedir.

Cerrahi tedavide yanyana plikasyon, graciloplasti, perineorafı, postanal anastomoz ve total pelvik taban tamiri gibi teknikler uygulanır. Bu tekniklerden Goldberg yönteminde, anterior

insizyonla anal kanalın altından kaslara ulaşılarak, rektal flep hazırlanır ve sfinkter kası izole edilir. Kas flebi, tamamen serbestleştirildikten sonra etrafı 15 mm.lik lastik gevşetici (rubber dilatator) ile çevrilerek kapatılır. Corman yönteminde, m. gracilis kası insertio kısmından serbestleştirildikten sonra ischium spina üzerinden anal kanal çepeçevre dönülüp, daha sonra bu bölge sütüre edilir. Parks yöntemindeyse, post anal sfinkterin rekonstrüksiyonu yapılır. Bu teknikte, anal kanalın posteriyorundan tatbik edilen dairesel (circumanal) bir insizyonla, intersfinkterik düzlemde pelvik duvar serbestleştirilerek, puborektal kas plikasyonla daraltılır.

Olgular:

Kliniğimizde, anal inkontinans dolayısıyla izlenen iki hasta opere edildi. Bu hastalardan biri, 18 yaşında bir kadındı, ateşli silah yaralanması nedeniyle anal inkontinans gelişmesi dolayısıyla, daha önceden sigmoid uç kolostomi açılmıştı. Hastanın fizik incelemesinde: Baş ve boyun, kalp-damar ve solunum sistemleri normaldi. Karın incelemesinde, karaciğer ve dalak palpe edilemiyordu ve barsak sesleri normaldi. Rektal tuşede, sfinkter tonüsü kaybolmuştu.

Hastanın laboratuvar değerleri şu biçimdedir: Hemogram: Hb:12.4, WBC:8.900, Plt: 190.000. Biyokimya: Glukoz: 81 mg/dl, BUN: 13 mg/dl, Kre: 0.8 mg/dl, T.Bil: 0.53 mg/dl, T. Pro: 7.2 g/dl, AlbG: 4.6 g/dl, GGT: 14, LDH: 174. Elektrolitler normal olarak bulunmuştur.

Hastaya, servise yatışının yirminci gününde Picrkell tekniği (gracilis kasıyla anal sfinkter rekonstrüksiyonu) uygulandı. Ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu gelişen hastaya, bir hafta süreyle 4 x 1 gram birinci kuşak sefalosporinle ilaç tedavisi verildi. Tedaviye başlandıktan sonra pürülan akıntısı azalan hasta, şifa ile taburcu edildi.

İkinci olguda, askeri bir çatışma sırasında yaralanarak anal inkontinans gelişen 32 yaşındaki erkek hasta, bu yakınmayla kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik incelemesinde, baş ve boyun, kalp - damar ve solunum sistemleri normaldi.

Diğerinde olduğu gibi, bu hastada da daha önceden bir kolostomi açılmıştı. Rektal tuşede, anal sfinkter tonüsünün kaybolduğu görüldü.

Kaynaklar

- 1- Engel AF, Ubaal SJ, Brummelkamp WH: Late results of anterior sphincter plication for traumatic fecal incontinence. Eur J Surg. 160: 633 - 636 ; 1994
- 2- Roig Ju, Villoslada C, Hedo S et al: Prevalance of pudendal neuropathy in fecal incontinence: Result of a prospective study. Dis Colon Rectum 38: 952 - 958 ; 1995
- 3- Sangwan YP, Collier JA, Barett RC et al: Unilateral pudendal neuropathy. Impact on outcome of anal sphincter repair. Dis Colon Rectum 39: 686 - 689 ; 1996
- 4- Shelton AA, Modoff RD: Defining anal incontinence establishing a uniform continence scale. Seminar Colon Rectal Surgery 8: 54 - 60; 1992
- 5- Pickrell KL, Broadbent TR, Moesters FW et al: Construction of rectal sphincter and restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle. Report of four cases in children. Ann. Surg. 135: 853 - 862 ; 1992.

Hastanın laboratuvar bulguları şöyledir:
Hemogram: Hb: 14.6, WBC: 6.500, Plt:
200.000. Biyokimya: Glukoz: 89 mg/dl, BUN:
14 mg/dl, Kre: 1.1 mg/dl, AST: 19 IU, ALT: 25
IU, T.Bil: 1.22mg/dl,AlkP: 73, T.Pro: 7.6 g/dl.
Elektrolitleri normal olarak bulunmuştur.

Pickrell tekniği uygulanan hastada, diğer hastada olduğu gibi yara yeri enfeksiyonu gelişti. 4 x 1 gram birinci kuşak sefalosporinle, enfeksiyon kontrol altına alındı. Daha sonra şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

İki hastanın tedavi sonrası altı ay süren takiplerinde, herhangi bir kas atrofisi görülmedi. Her iki olguda da, hastalara yeterli kas egzersiz eğitimi verilmişti. Kasılma sırasında, anal tonüs normal fizyolojik sfinkter tonüsüne yakındı. 1993 - 95 yılları arasında, Florida eyaletindeki Cleveland Clinic'te 17 hasta üzerinde yapılan

çalışmada, 25 haftalık izlem sonrasında yalnızca bir hastanın nisbeten kontinan kaldığı görülmüştür. Williams ve ekibinin uyguladığı doğrudan nöral uyarım deneyimleri yüksek bir morbiditeyle seyretmesine karşın, bu çalışmadan %60 oranında bir başarı elde edilmiştir. Baeten ve arkadaşları, 52 vakalılık bir seride kas içi uyarımı denemişler ve iki yıllık süre zarfında, yüzde 72 oranında bir başarı sağlamışlardır. Cleveland Clinic'te, graciloplastiye ek olarak nöral uyarım uygulanmıştır. Doğrudan sinir uyarımı, kas içi uyarıma dönüştürülmüştür. Yine de, (anteriyor overlappingle sfinkter tamiri, postanal tamir, total pelvik taban tamiri, dinamik graciloplasti, sun'i anal sfinkter, v.b) gibi tedavi yöntemlerinin çeşitliliği, hekimin deneyimi ve hastanın durumuyla paralellik göstermektedir.

sted



STED Yazarlarına Bilgi (2002)

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesini ve geliştirilmesini amaçlayan aylık bilimsel bir dergidir. Derlemelere, olgu sunumlarına, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımlarına, hekim günlüklerine ve yalnızca birinci basamakta yapılmış araştırma yazılarına açıktır.

Yazıların aşağıda belirtilen özellikleri taşıması, derginin yayın amacına uygun olacaktır:

1. Yazılar daha önce başka yerde yayınlanmamış ve olanaklı ise en çok üç yazarlı olmalıdır.
 2. Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır.
 3. Yazı aşağıdaki düzene göre hazırlanmalıdır:
 - a) Başlık: Yazıdaki bilginin özelliklerini tanıttıcı, ilgi çekici ve kısa olmalıdır.
 - b) Yazarların adı, unvanı, görevi ve iletişim bilgileri açıkça yazılmalıdır.
 - c) Konuların işleme biçiminin sorun çözümüne yönelik olmasına çalışılmalıdır.
 - d) Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
 - e) Yazı içerisinde kullanılan kısaltmalar ilk geçtikleri yerde açıklanmalıdır.
 - f) Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Yazıda ve kaynakçada; alıntı yapılan tüm yayınlar değil, konu ile ilgili olarak okuyucunun ulaşabileceği, okunması önerilen yayınlardan en fazla altı tanesi yazı içinde yer alı ş sırasına göre numara verilerek belirtilmelidir.
- Kaynaklar şu biçimde düzenlenmelidir: Makaleler için örnek: Tekerel BE. Çocukluk Çağı Astmasının Uzun Süreli Tedavisi. STED 2000; 9(12): 450-453.
Kitaplar için örnek: Kuruoğlu R. İntrakraniyal Tümörler. Işık E (ed) Organik Psikiyatri içinde. Ankara, 1999: 349-368.
- g) Yazılarda tablo, algoritm (klinik izlençe), şekil ve fotoğrafa yer verilmesi derginin amacına uygundur. Fotoğraflar renkli ya da siyah beyaz, iyi kalitede olmalı, fotoğrafların arkasına numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli, şekiller ve resim altlarına açıklayıcı yazıları konulmalıdır.
4. Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.
 5. Yazılar; STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir.
 6. Yayınlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayınlanmayan yazılar geri gönderilmez.
 7. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Bilimsel ve Dostça...