

HEMOROİD ve CERRAHİ TEDAVİSİ

Hemoroid; anüs içi hemoroid damarlarının torbalaşık paketler halinde dışarı sarkarak, pıhtı ile tıkanıp gerginleşmesi ve üzerindeki mukozal örtünün zedelenmesi; ayrıca ödem, iltihap, şişme meme kanama ve ağrı yapmasıdır.

Hemoroid Sebepleri: Uzun süreli kabızlık, ishal, tuvalette uzun ıkınmak ve oturmak, koltukta uzun süre hareketsiz oturmak, tuvalet ihtiyacını sık sık ertelemek, yetersiz hijyen hemoroidal damarların askı ve destek dokularının gevşek olması ve ailesel nedenlerle oluşur. İç ve dış olmak üzere iki çeşit hemoroid vardır. Ancak hemoroidlerin çoğu iç hemoroid olup bunlar 4 grade veya dereceye ayrılırlar.

Grade I hemoroid

Hemoroid memesinin, anüs dışına çıkmayıp ancak anoskop ile içeriye girince görülmesi halinde 1.derece hemoroid söz konusudur. Kendini kanama ile belli eder. Genellikle küçük olup ağrısız,kanamaya hazır, gergin, ince duvarlı damar paketleri şeklindedir. Konservatif tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilir.

Grade II hemoroid

Tuvalette ıkınınca anüs dışına çıkan, ayağa kalkınca anal kanal içine çekilen, ağrısız, 1-3 cm çapında hemoroid türü olup taharetlenirken genellikle püskürür veya hızlı damlar tarzda kanama yapar.Tıbbi yöntemlerle yani ameliyatsız tedavi edilir.

Grade III hemoroid

İç (internal) hemoroid memelerin kolayca anüs dışına çıkması, kısmen pıhtı toplanması, sayıca artması, ödem yapması, üzerine erozif yaraların ve iltihaplı, kanlı akıntının ve ağrının olması; el ile itilmediği sürece anüs dışında kalması ve geç gitmesidir. Hemen hepsi konservatif tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilir. Nadiren cerrahi tedavi gerekir.

Grade IV hemoroid

Tedavisi en zor hemoroid şekli olup iki şekilde görülür.

a) Grade IV akut tip: Eskiden beri mevcut, kısmen sönmüş iç veya dış hemoroid pakelerinin stres, alkol, ishal, baharat gibi bir nedenle aniden şişerek sayı ve çap olarak artması, gerginlik, pıhtı, ödem, erozyon ve akıntı ile artık dışarı taşıp geriye itilemez hale gelmesi, çepeçevre anüsü doldurup çıkışı engellemesidir. Aşırı büyük ve ağırlı hemoroid kitlesi yüzünden dışkılama ve günlük işler engellenir. İltihap yüzünden ateş, halsizlik, iştahsızlık, ağrı ve kan kaybı yüzünden halsizlik ve solukluk

gelişir. Tedavisi, duruma göre konservatif veya cerrahi tedavidir.

b) Grade IV kronik tip: İç ve dış hemoroidlerin mükerrer kez nüksetmesi, tuvalette çok oturulma veya müzmin kabızlık sebebi ile tam iyileşmeme veya gerginliğin erozyonların, pıhtıların, ağrı, ödem ve iltihabın çekilmesi sonucu, yarı sönmüş pakeler halinde, anüs dışında çepeçevre yerleşip kalmasıdır. Ancak bu pakeler ikide bir alevlenir, içten yeni pakeler gelir, yeni trombozlara yol açar. Kronikleşmiş grade IV hemoroidli hastaların, müzmin kabızlıkları, eski pakeler yüzünden iyi temizlenememe ve sürekli müküslü akıntı ve ikide bir nüks sorunları vardır. Zamanla tecrübe ile öğrendikleri ampirik yöntemlerle hastalıkları geçiştirirler. Ancak en çok faydayı, yine tıbbi tedaviler, hijyen, kabızlığı önleyici yöntemler ve nihayet cerrahi tedaviden görürler.

Ameliyatsız hemoroid tedavisini daha önceki makalemizde ayrıntılı anlattığımız için burada hemoroidin cerrahi tedavisine ayrıntılı olarak değineceğiz.

Akut hemoroid ataklarında bizim yaklaşımımız genellikle hemoroid içindeki pıhtının boşaltılması ile konservatif yaklaşımdır. Özellikle üzeri çürümüş olan hemoroidlerde radikal cerrahi işlemleri akut safhada darlık komplikasyonuna neden olmamak adına tercih etmiyoruz.

Kronik hemoroidin cerrahi tedavisi Evre IV hastalara ve bazı Evre III hastalara uygulanır.

Bu grup total hasta içerisinde küçük bir orana tekabül eder. Ancak ameliyatın bazı zorlukları halk içerisinde fazla dillendirildiği için hemoroidin cerrahi tedavisi bir korku vesilesi olmuştur.

Cerrahi tedavi **pake eksizyonu** ile **hemoroidopeksi ve ligasyon** işlemleri olarak iki ayrı grupta incelenebilir.

Pake eksizyonu için 3 ayrı metod yoğun olarak kullanılmıştır.

1-Milligan-Morgan metodu

2-Ferguson Metodu

3-Whitehead metodu

İlk iki teknik oldukça fazla olarak kullanılmaktadır. **Milligan-Morgan tekniğinde** hemoroid pakesi çıkartıldıktan sonra kanama kontrolü yapıp mukoza açık bırakılmaktadır. **Ferguson tekniğinde** ise hemoroid pakesi çıkartıldıktan sonra mukoza eriyebilen dikişlerle kapatılmakta ve mukoza bütünlüğü sağlanmaktadır. **Whitehead tekniğinde** ise anal kanal mükozası çepeçevre çıkarılmakta rektum mukozası anoderme dikilerek bir daha hemoroid oluşması engellenmeye çalışılmaktadır.

Bu üç tekniğin birbirlerine olan üstünlüklerini tartışma bölümünde irdedeleyeceğiz.

Peksi ve Ligasyon işlemleri ise teknolojinin ortaya çıkardığı tekniklerdir.Bu başlıkta ise **Lazer Hemoroidektomi,Longo ve Ultrasonik pake ligasyonu** sayılabilir.

Lazer hemoroidektomide belli dalga boyundaki lazer ışınları kullanılarak hemoroid pakesi yakılmakta ve söndürülmektedir.Her ne kadar ameliyatsız tedavi içine alanlar var ise de işlem anestezi uygulaması gerektirdiği için biz ameliyat olarak sınıflandırmaktayız.

Longo tekniği ise hemoroidektomi yada hemoroidopeksi tartışmaları yapılan bir teknik olmakla birlikte hemoroid pakesinin çıkartılmaması nedeni ile Hemoroidopeksi tabiri daha doğru olur kanaatindeyim.Bu teknikte özel ekipmanlar kullanılarak hemoroid pakelerinin esas kanlanmayı sağlayan damarlarının yukarıdan kesilip dışarıya çıkan memelerin yukarıya asılması esasına dayanır.

Ultrasonik pake ligasyonu işleminde ise bir ultrasonik prob yardımı ile hemoroid pakesine gelen ana damar spesifik olarak ayırt edilip dikişle bağlanmakta ve memelere kan dolması engellenerek pakelerin sönmesi sağlanmaktadır.

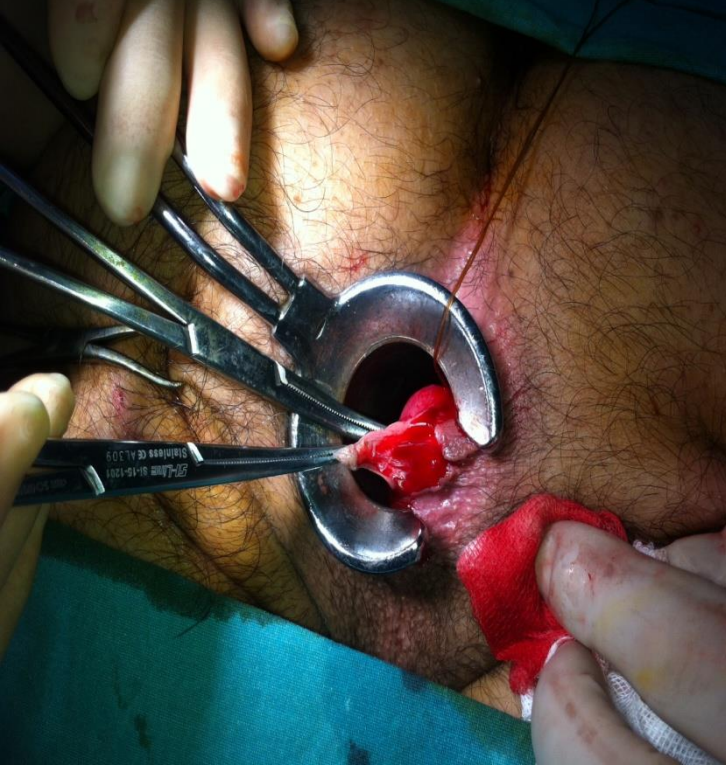
Biz tüm bu tedavi modalitelerinden hastaya göre uygun teknik kullanılması taraftarıyız. Ancak tedavide esas olan nüks ve komplikasyonların ortadan kaldırılması olduğundan hastaya cerrahi uygularken de en uygun tedavinin klasik cerrahi işlemler ile pake eksizyonu uygulamak olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle bu makalede örnek bir vaka ile cerrahi eksizyonu ayrıntılı olarak anlatacak,tartışma bölümünde ise bunun sebebine değineceğiz.

Hastamız Evre IV hemoroid hastası.Yaklaşık 7 yıllık bir hikayesi mevcut.Daha önce bir çok kez tıbbi tedavileri kullanmış.Şikayetlerini azaltsa da hiçbir fayda görmemiş.



Resim 1

Kanamalarının artması ve uzun süre tuvalette kaldığı halde tuvaletini yapamama şikayeti ile başvurdu. Hastamıza ameliyat kararı alındıktan sonra ameliyat hazırlık tetkikleri istenmiş ve barsak temizliği yapılarak ameliyathaneye alınmıştır. Resim 1 ameliyat öncesi görüntüdür.



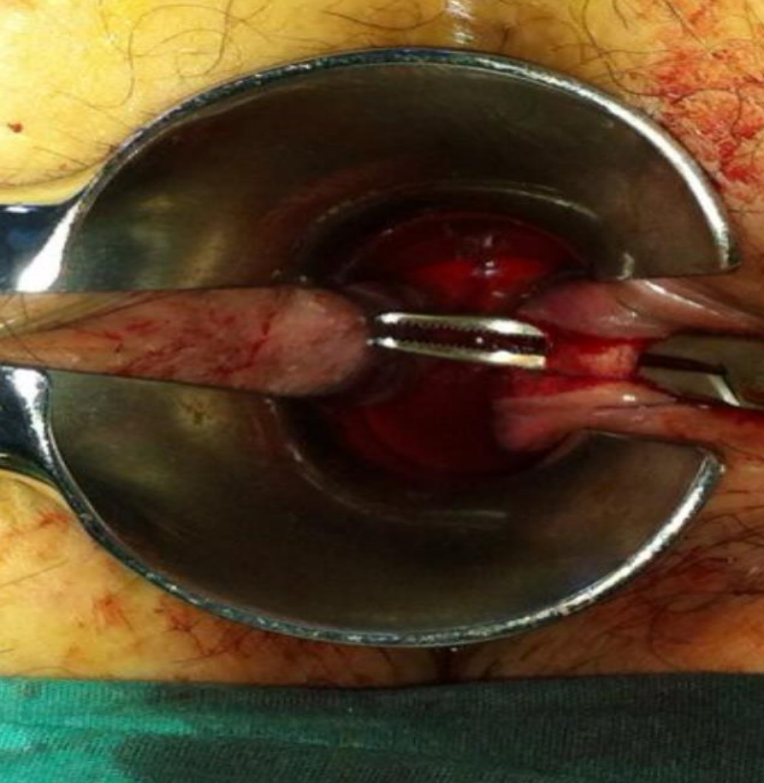
Resim 2

Hemoroid pakesi eksize edilmeden önce barsak tarafında bulunan kökü bağlanır ve sonra deri kısmından başlanarak meme çıkartılır. Bu çıkartma işleminde memenin tamamının çıkartılması kadar hemoroidektomi ameliyatlarının en önemli komplikasyonlarından biri olan inkontinansa(gaz-gaita kaçırma) sebebiyet vermeme açısından sfinkterlerin korunması da önemlidir. Biz bu hastamıza diğer hemoroidektomi hastalarımıza da uyguladığımız ve en iyi teknik olduğunu düşündüğümüz **Ferguson tekniği** ile hemoroidektomi +parsiyel internal sfinkterotomi uyguladık. Bu tekniğin gereği olarakta çıkartılan pakenin yerini mutlaka eriyen dikişle suture ederek kapattık(Resim 3)



Resim 3

Tüm memeler benzer şekilde çıkarılıp yerleri suture edildikten sonra hemoroidin oluşmasındaki en önemli sebep olan anal kanalın yüksek basıncını düşürmek amacı ile **parsiyel internal sfinkterotomi** uyguluyoruz(Resim 4).



Resim 4



Resim 5

Ameliyat bitiminde hastanın görüntüsü resim 5'tedir. 2 ve daha fazla hemoroid pakesi bulunan hastalarda pakeler arasında normal mukoza alanını yeteri kadar bırakmak gerekir. Bu hastada yeteri kadar mukoza bırakabilmek amacı ile ara kadranlara submukozal hemoroiektomi uygulanmıştır. Toplamda 3 pake eksize edilmiş ve makat gevşetilmiş bu şekilde nükslerin ve darlığın önüne geçilmiştir. Ameliyatta bu hastadan çıkartılan parçalar resim 6'dadır.



Resim 6

TARTIŞMA

Hemoroid esas olarak büyük oranda ameliyatsız tedavi edilse de sonuçları itibarı ile cerrahi tedavi de oldukça büyük önem arzeder.

Toplumumuzda yanlış bir kanaat olarak hemoroid ameliyatının faydasız ve eziyetli olduğu kanaati yerleşmiştir. Tüm hastalıklarda olduğu gibi erken tedavi, bu hastalıkta da iyi ve yüz güldürücü sonuç vermektedir. %85-90 hasta ameliyatsız tedavilerle tedavi edilebilir. Ameliyat %10-15 lik bir gruba uygulanmaktadır.

Ameliyat tekniklerinden yukarıda kısaca bahsettik. Şimdi bu tedavilerin sonuçları ile ilgili ayrıntılara değineceğiz

Günümüzde teknolojinin hızla ilerlemesi ve bunun Tıbbı yansıması sonucu hemoroid tedavisinde de yeni tedavi modaliteleri geliştirilmiştir. En popüler olan tedavi teknolojiye son nokta gibi sunulan **Lazer Hemoroidektomi**'dir. Teknik olarak iyi uygulansa bile klasik koterizasyonun riskleri bu teknik için de mevcuttur. Sfinkterin yakılması, eritilen dokunun oluşturduğu kötü yara iyileşmesi, ameliyat sonrası oluşan ödem ve ameliyathane şartlarında yapılma gereksinimi tekniğin beklentileri tam karşılamamasına sebep olmaktadır. Bu sakıncaları gözetenek yapılan uygulamalarda ise yüksek nüks oranları mevcuttur. Ağrı olmaması ve erken taburcu bir avantaj gibi gözükmesine rağmen eritilen dokunun vücut tarafından atılmasını beklerken geçen uzun süreli yara iyileşmesi aslında erken işbaşı kazanımını bertaraf etmektedir.

Longo tekniği olarak bilinen **Stapler Hemoroidektomi** erken taburcu ve ağrısız bir işlem vaat etmektedir. Nüksün kesinlikle oluşmayacağı ön kabulü dış hemoroid nükslerini açıklayamamaktadır. Anüs 2-3 damar ağrının file gibi iç içe geçtiği ve birbiri ile bağlantılı olduğu bir kanlanmaya sahiptir. Sadece barsaktan gelen damarı kesip bir daha bu hastalık tekrarlamayacak diye sunum yapmak olayın tabiatına aykırıdır. Hemoroidin bir daha tekrarlamaması için o bölgede toplar damar bulunmaması gerekir. Bu da fizyolojiye ve anatomik gerçeklere aykırıdır. Belli nüks oranları ki oldukça yüksek kabul edilebilir bu teknikte de vardır.

Bu tekniğin sunumunda bahsedilen büyük avantajlara rağmen kullanımında yaygınlaşmamasının en önemli gerekçesi bizce komplikasyonlarıdır. Teknik uygulama prosedürü gereği barsağın bir kısmını çepeçevre olarak çıkartmaya ve sonrasında kesilen kısımları tel dikişler ile keserken dikilmesi esasına dayanır. Bu esnada oluşabilecek açıklıklar ve derin kesiler büyük komplikasyonlar neden olmaktadır. Barsak iç boşluğunda daralma hatta tamamen kapanmalara , bazende delinmelere sebebiyet verebilmektedir. Kullanılan dikiş materyaline karşı olan reaksiyonlarda ayrıca göz ardı edilmemelidir.

Uygulamalarımızda herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamamıza rağmen Komplike Anorektal Cerrahinin tedavisi ile uğraşan bir cerrah olarak en büyük

komplikasyonları ve sık olarak bu teknikte gördük desek abartmış olmayız herhalde.O nedenle erken dönemde tarafımızdan kullanımı bırakılmış bir tekniktir.

Ultrasonik pake ligasyonu ise teknik olarak hemoroide gelen ana atardamarın doppler US ile işaretlenip güvenli olarak bağlanması esasına dayanır. Anal kanalın damar ağının fazla olması nedeni ile bu tekniğinde komplikasyonu çok olmamasına rağmen nükslerin önüne geçemediği bilinmektedir.Bu teknikte de yüksek nüks oranları bulunmaktadır ve o nedenle kullanımı sınırlı kalmıştır.

Biz bütün bu nedenlerden dolayı klasik cerrahi metodları uygulamaktayız.

Whitehead tekniğini çok agresif bir cerrahi olması nedeni ile çok taraftar bulmamış artık tarihi önemi olan bir teknik olarak görmekteyiz.

Klasik cerrahi tekniklerden de komplikasyonları ve morbidite olarak tarif ettiğimiz eziyetinin daha az olduğuna inandığımız ve tecrübe ettiğimiz **Ferguson Tekniğini** kullanmaktayız. Bu tekniği anatomik bütünlüğe en uygun teknik olduğu için kullanmaktayız. Bu nedenle bütün dünyada da cerrahlar arasında geniş bir taraftar toplamıştır. Hemoroid pakesi tam olarak çıkarılmakta ve mukoza bütünlüğü dikişlerle sağlanmaktadır. Ancak bu tekniğin en önemli handikapı makatta darlık oluşturabilmesidir. Pakelerin arasında uygun mukoza dilimleri bırakılır ve cerrahi esnasında agresif davranılmazsa Striktür dediğimiz darlık oluşmamaktadır. Ayrıca sütürasyon işlemi yapıldığı için tüm kadrarlarda hemoroidi olan hastalarda submukozal hemoroidektomiye de imkan vermektedir. Biz bu tekniğin en önemli handikapı olan striktürü(darlık) aşmak amacı ile 2 ve daha fazla pake çıkardığımız hemoroid hastalarımıza mutlaka **parsiyel internal sfinkterotomi** dediğimiz makat kasının kısmen kesilmesi işlemini ekliyoruz.Hastanın gaz gaita tutmasına herhangi bir zarar vermeden makat basıncını düşüren bu işlem aynı zamanda nüksleri de engellemektedir.

Milligan-Morgan tekniğinde pake çıkartıldıktan sonra mukozanın en azından bir kısmı açık bırakıldığı için komplikasyon riski daha fazla olarak görülmektedir. Kanama ve apseleşme, geç iyileşme ve özellikle kötü yara iyileşmesi olan hastalarda görülebilen striktür başlıca handikaplarıdır.Hal böyleyken makatta darlık oluşturmamak için mukozanın açık bırakılması gerekçesiz kalmaktadır.

Tüm bu tedavi teknikleri içerisinde ultrasonik pake ligasyonu hariç tüm teknikleri kullanmış ve anorektal cerrahi komplikasyonlarının tedavisi ile uğraşan bir cerrah olarak en iyi tedavi seçeneğini **Ferguson tekniği ile hemoroidektomi+Parsiyel internal sfinkterotomi** olarak öneriyoruz.

Op.Dr.Ramazan Tarık Ünsal