

# “Anal Fistül Cerrah Tutum Anketi 2013” Sonuç Rapor

FATMA AYÇA GÜLTEKİN<sup>1</sup>, GÖKHAN ÇİPE<sup>2</sup>, DEMET SÜMER<sup>1</sup>, İLKER SÜCÜLLÜ<sup>3</sup>, UĞUR SUNGURTEKİN<sup>4</sup>,  
DURSUN BUĞRA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kozlu, Zonguldak-Türkiye <sup>2</sup>Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul-Türkiye <sup>3</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, İstanbul-Türkiye <sup>4</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Denizli-Türkiye <sup>5</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, VKV Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul-Türkiye

## Giriş

Anal fistül, genel cerrahların günlük pratiklerinde sıkça karşılaştıkları hastalıklar arasında yer almaktadır. Tedavide amaç, fistülü ortadan kaldırmak, anal sfinkter fonksiyonlarını korumak, rekürrensi engellemek ve hastaların kısa sürede günlük hayatlarına dönmelerine olanak sağlayacak cerrahi girişimi uygulamaktır. Yukarıda sayılan hedeflere ulaşılması, aslında basit gibi görülen hastalığın, muayene masasından ameliyat masasına kadar olan süreçte doğru bir şekilde yönetimi ile gerçekleştirilmektedir. Anal fistül tiplerinin çeşitliliği, fistülü haritalandırmak üzere kullanılan tanısal testler, bunların doğru bir şekilde yorumlanması ve tedavideki çeşitlilik hastalığın yönetimindeki başarıyı doğrudan etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda genel cerrahların anal fistül hastalığındaki bilgi birikimi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi veya kısaca genel eğilimlerinin ortaya konması, fistül olgularının

yönetimindeki etkinliğin belirlenmesinde dolaylı olarak fikir sahibi olunmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada, böyle bir değerlendirmenin yapılabilmesi için “Anal Fistül Cerrah Tutum Anketi” düzenlenmiş ve Türkiye’de değişik sürelerde mesleki deneyime sahip farklı kurumlarda çalışan genel cerrahların anal fistül olgularına yaklaşımı saptanmaya çalışılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Otuz bir sorudan oluşan “Anal Fistül Cerrah Tutum Anketi”, fistül tipleri ve fizik muayenesi, tanısal testleri kullanma ve yorumlayabilme, cerrahi tercihler ve ameliyat sonrası öneriler ile ilgili bilgi ve yaklaşımları belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Anket, Ocak 2013 tarihinde Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği (TKRCD) resmi web sayfasında bir ay süreyle yayınlandı ve anketin web sayfasından ulaşılabilir olduğuna dair bilgilendirme TKRCD üyesi ve Türk Cerrahi Derneği üyesi olan toplam 2123 kullanıcıya e-posta aracılığıyla bildirildi.

Başvuru Tarihi: 01.03.2013, Kabul Tarihi: 01.04.2013

Dr. Fatma Ayça Gültekin

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kozlu, 67600 Zonguldak - Türkiye

Tel: 0372.2613201 Cep: 0505.3194119 Fax: 0372.2610155

e-mail: faycagultekin@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:81-88

### İstatiksel Analiz

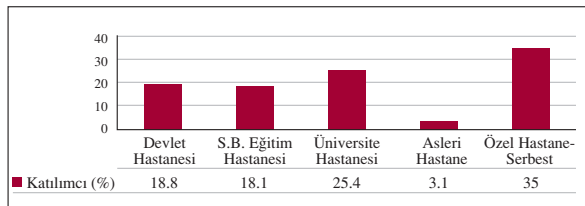
Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 19.0 paket programında yapıldı.

### Sonuçlar

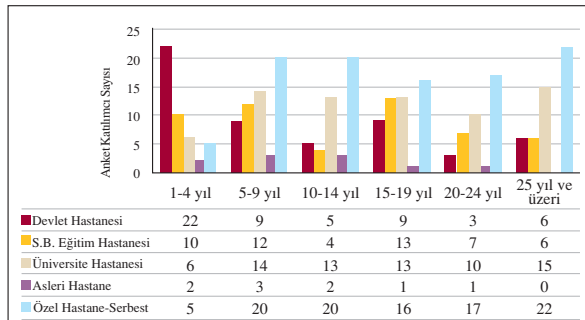
#### 1. Ankete Katılan Genel Cerrahların Özellikleri ve Anal Fistül Olgularına Müdahale Sıklığı

Anal Fistül Cerrah Tutum Anketi, 288 katılımcı tarafından cevaplandırılmıştır. Ankete katılımın %35 oranında en yoğun olarak özel hastanelerde/serbest çalışan genel cerrahlar tarafından gerçekleştirildiği izlenmiştir. Katılan genel cerrahların %25.4'nün üniversite hastanesine bağlı olarak çalıştığı tespit edilmiştir (Grafik 1). Mesleki deneyimleri açısından incelendiğinde ise değişik yıllarda deneyime sahip hemen hemen benzer sayıda cerrahın ankete katılmış olduğu saptanmıştır. Çalışılan kurumlar ve mesleki deneyime göre cerrahların dağılımı Grafik 2'de verilmiştir. Ankette, cerrahların %52.8 oranında ayda 1 veya daha az sayıda fistül olgusuna müdahalede buldukları, buna karşılık haftada 2 veya daha fazla gibi yüksek sayıda fistül olgusuna girişimde bulunan genel cerrahların oranının ancak %6.2 olduğu tespit edilmiştir (Grafik 3). Çalışılan kuruma göre cerrahların anal fistül olgularına müdahale sıklıkları Grafik 4'te verilmiştir.

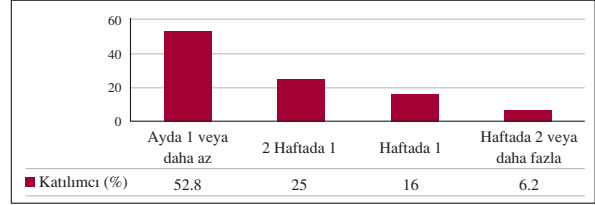
Grafik 1. Çalıştıkları kurumlara göre ankete katılan genel cerrahların dağılımı.



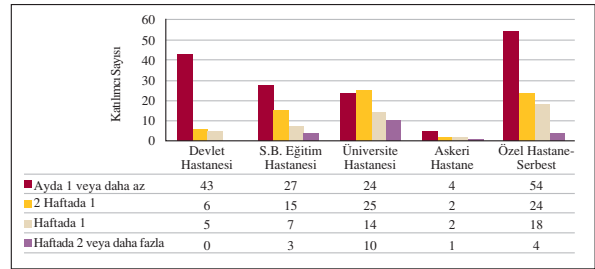
Grafik 2. Çalıştıkları kurum ve mesleki deneyimlere göre ankete katılan genel cerrahların dağılımı.



Grafik 3. Ankete katılan genel cerrahların anal fistül hastası görme sıklıkları.



Grafik 4. Çalışılan kuruma göre ankete katılan genel cerrahların anal fistül hastası görme sıklıklarının dağılımı.



#### 2. Anal Fistül Olgularının Pre-operatif Değerlendirmesinde Genel Yaklaşım

##### a. Hikaye ve Fizik Muayene

Anal Fistül Cerrah Tutum Anketinde 4-7. sorular, genel cerrahların, fistül hastalarını sorgulama ve fizik muayene sırasındaki yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik sorulardı. Dördüncü soruda bir fistül olgusunu kompleks hale getirebilecek özellikler sıralanarak, katılımcıların bu özelliklerden hangilerini dikkate aldığı birden fazla şık işaretleyerek belirtmeleri istendi. Esas olarak soruda verilen seçeneklerin hepsi bir fistül olgusunda üzerinde dikkatle durulması gereken özelliklerdi, ancak katılımcıların %39.2'sinin bütün bu özellikleri sorgulamalarına dahil ettikleri saptandı. Tablo 1'de en sık işaretlenen kombinasyonlar verilmiştir. Benzer şekilde 5. soruda da fizik muayenede dikkat edilmesi gereken özelliklerin hepsi seçeneklerde verilmiş, ancak yine verilen seçeneklerin hepsini göz önünde bulunduran cerrah oranının %44.1 olduğu izlenmiştir (Tablo 2). Mesleki deneyimle fistül olgularının fizik muayenesine hakimiyetin artıp artmadığı yönünde veriler incelendiğinde ise, tecrübe ile birlikte dikkate alınan özelliklerin artmadığı görüldü (Grafik 5).

Cerrahların anal bölge anatomisine hakimiyeti ve bunu anal fistül tanısında kullanabilmeleri ile ilgili olarak düzenlenen 6. soru ve Goodsall Kanunu kullanımları

ile ilgili olarak hazırlanan 7. sorularda; cerrahların %51.9'nun anatomiye hakim oldukları ve bunu pratiklerine yansıttıkları, Goodsall Kanunu ise %75 gibi oldukça yüksek orandaki cerrahın kullandığı tespit edildi. Mesleki deneyimle birlikte anatomiye hakimiyetin arttığı (Grafik 6) ancak ilginçtir ki ayda 1 veya daha az sayıda anal fistül olgusuna müdahalede bulunan cerrahların daha yüksek sayıda anatomiye hakimiyet bildirdikleri gözlemlendi (Grafik 7).

**Tablo 1.** Ankete katılan genel cerrahların anal fistül hastasını değerlendirirken en sık dikkat ettikleri özellikler.

**Soru 4. Günlük pratiğimde anal fistül hastasını değerlendirirken aşağıdaki özelliklere dikkat ediyorum.**

- A. Cinsiyet
- B. Yaş
- C. Kadın hastalarda vajinal doğum sayısı
- D. Anal kontinans durumu
- E. Geçmişe ait anal apse drenajı hikayesi
- F. Geçmişe ait anal fistül cerrahisi hikayesi
- G. Geçirilmiş diğer anorektal cerrahiler
- H. İnflamatuvar barsak hastalıklarına yönelik sorgulama

En sık işaretlenen kombinasyonlar	(n,%)
Hepsi	113 (%39.2)
D+E+F+G+H	39 (%13.5)
A+B+D+E+F+G+H	18 (%6.2)
C+D+E+F+G+H	14 (%4.9)
B+D+E+F+G+H	9 (%3.1)
B+C+D+E+F+G+H	8 (%2.8)
E+F+G+H	8 (%2.8)

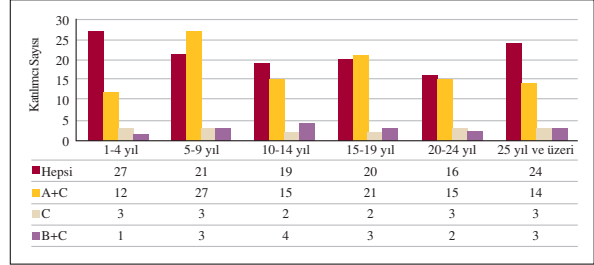
**Tablo 2.** Ankete katılan genel cerrahların anal fistül hastasının fizik muayenesinde en sık dikkat ettikleri özellikler.

**Soru 5: Anal fistül hastasının fizik muayenesi sırasında,**

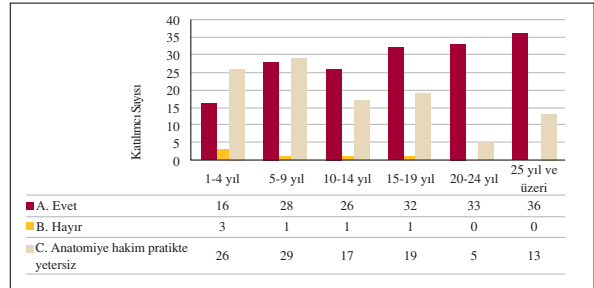
- A. Sfinkter kompleksini ve İAS tonusunu mutlaka değerlendiririm
- B. Fistül dış ağzını tespit ettiğimde mutlaka probe ederim
- C. Rektal tuşede, hassasiyet, ısı artışı veya tuşe ile provoke olan pürülan drenaj olup olmadığını mutlaka değerlendiririm

En sık işaretlenen kombinasyonlar	(n, %)
Hepsi	127 (%44.1)
A+C	105 (%36.5)
C	18 (%6.2)
B+C	15 (%5.2)

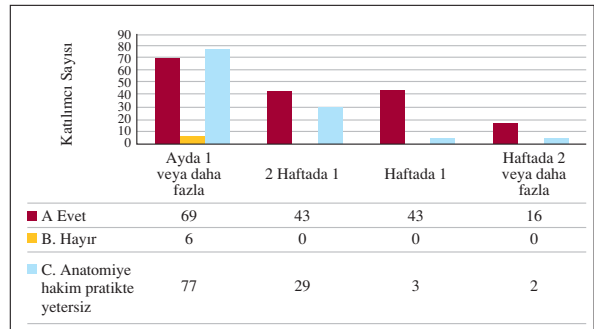
**Grafik 5.** Mesleki deneyime göre anal fistül olgularının fizik muayenesine dikkate alınan özellikler (Seçenekler için bkz Tablo 2).



**Grafik 6.** Mesleki deneyim ve anatomiye hakimiyet arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.



**Grafik 7.** Karşılaşılan fistül olgu sayısı ve anatomiye hakimiyet arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.



## b. Yardımcı Tanı Yöntemleri

Anketin 8. Sorusu anal fistül tiplerinin ayırımında cerrahların yardımcı tanı yöntemlerine bakış açılarını değerlendirmeye yönelikti ve beklenildiği üzere %61.5 gibi bir oranda cerrahların yardımcı tanı yöntemlerine başvurduğu tespit edildi. Ancak cerrahların %27.4'nün anal fistül tiplerinin ayırımını operasyon sırasında yaptıkları dikkat çekti. Cerrahların ulaşabildikleri tanısal testler Tablo 3 ve çalışılan kurumlara göre yapılan tanısal testlerin dağılımı Grafik 8'de verilmiştir. Cerrahların kendilerinin uygulayabildiği tanısal testlerin değerlendirmesi anketin 10. Sorusuyla yapılmaya

çalışılmış ve Tablo 3'te görülen kombinasyonlar ortaya çıkmıştır. İşaretlenme sayısı olarak değerlendirildiğinde cerrahlar tarafından anaskopi (n=244) ve rijid rektosigmoidoskopinin (n=201) yoğun bir şekilde

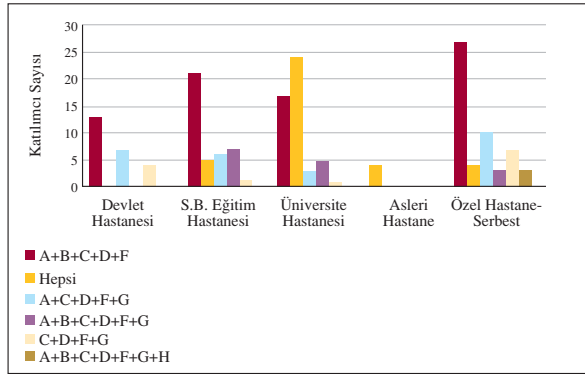
**Tablo 3. Ankete katılan cerrahların ulaşabildikleri tanısal testler.**

**Soru 9: Çalıştığınız kurumda aşağıdaki tetkiklerden hangileri mevcut?**

- A. Anoskopi
- B. Rigid rektosigmoidoskopi
- C. Fleksible rektosigmoidoskopi
- D. Kolonoskopi
- E. Endoanal Ultrasonografi
- F. Tomografi
- G. Manyetik Rezonans Görüntüleme
- H. Anal Manometri

En sık işaretlenen kombinasyonlar	(n, %)
A+B+C+D+F+G	78 (%27.1)
Hepsi	37 (%12.8)
A+C+D+F+G	26 (%9.0)
A+B+C+D+E+F+G	15 (%5.2)
C+D+F+G	12 (%4.2)
A+B+C+D+F+G+H	11 (%3.8)

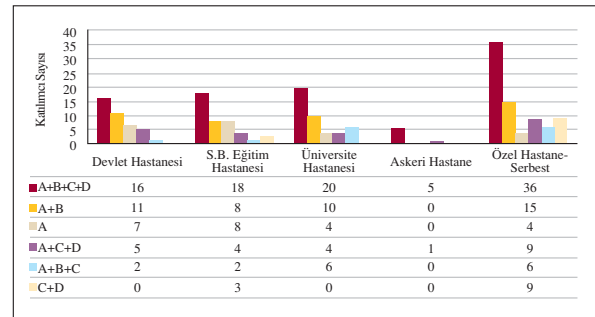
**Grafik 8. Çalışılan kurumlara göre yapılan tanısal testlerin dağılımı (Seçenekler için bkz Tablo 3).**



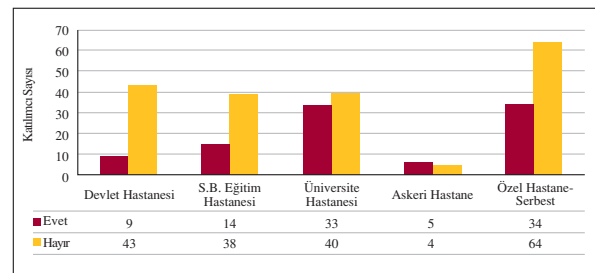
yapılabildiği ancak endoanal ultrasonografi (n=20) ve anal manometri (n=28) gibi testlerin çok düşük sayıdaki genel cerrah tarafından yapılabildiği görülmüştür. Buldukları merkezlere göre cerrahların kendilerinin yapılabildiği tanısal testlerin dağılımı en sık uygulanan kombinasyonlar olarak dağılımı da Grafik 9'da verilmiştir. Onbirinci soruda cerrahların basit anal fistül tiplerini, submukozal (n=258) ve intersfinkterik fistüller (n=189), yardımcı tanı yöntemlerine ihtiyaç duymadan fizik muayene ile tanıyabildikleri buna karşılık kompleks

fistüllerde cerrahların %69.8 oranında anal fistülü haritalandırmak amacıyla yardımcı tanı yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Cerrahların %24.7'sinin ise yardımcı tanı yöntemlerinden hangilerini kullanacağını bildiği ancak çalıştıkları kurumda uygulama imkanlarının olmadığı 12. soruyla tespit edilmiştir. Anal fistül olgularının haritalandırılmasında kullanılan endoanal ultrasonografi (EAUS) ve manyetik rezonans inceleme (MRI) gibi testlerin cerrahların ancak %33'ü tarafından raporsuz olarak yorumlanabildiği görülmüştür. Onüçüncü soruya evet cevabını veren cerrahların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı Grafik 10'da verilmiştir.

**Grafik 9. Buldukları merkezlere göre cerrahların kendilerinin yapılabildiği tanısal testlerin dağılımı (A: Anoskopi, B: Rigid rektosigmoidoskopi, C: Fleksibl rektosigmoidoskopi, D: Kolonoskopi).**



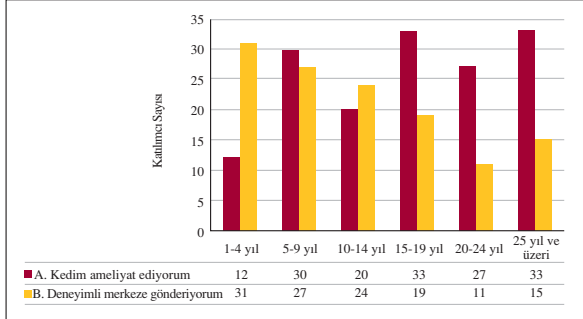
**Grafik 10. Ankete katılan genel cerrahların çalıştıkları kuruma göre endoanal ultrason veya MR gibi tetkikleri yorumlayabilme durumları.**



### c. Operasyon Kararı ve Pre-operatif Hazırlık

Operasyon kararı verirken cerrahların kompleks anal fistüller gibi nüks etme olasılığı yüksek olan olgulardaki tutumları 14. Soruyla değerlendirildi. Cerrahların %55.2'sinin kompleks anal fistül olgularını kendilerinin ameliyat etmeyi tercih ettikleri görüldü. Mesleki deneyimle orantılı olarak cerrahların bu tür olgulara girişimde bulunma oranlarının artmış olduğu ayrıca tespit edildi. (Grafik 11).

**Grafik 11. Mesleki deneyime göre kompleks anal fistül olgularına müdahale etme oranları.**



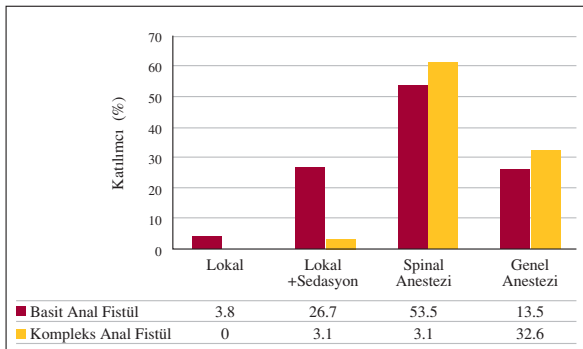
Operasyon kararı ile ilgili bir diğer soru apse drenajı sonrası cerrahların ne kadar süre beklemediklerine yönelik olarak hazırlanan 15.soru olmuştur. Bu soruya yanıt %85.1 gibi çok yüksek oranda en az 6 hafta beklenildiği şeklinde olmuştur. Pre-operatif hazırlık aşamasında cerrahların genel yaklaşımı, %63.2 sadece enema, %12.8 yüksek lavman, %12.8 herhangi bir hazırlık yapmadan operasyona almak ve %10.1'i ise mekanik barsak hazırlığı seçeneklerini tercih eder tarzda olmuştur.

### 3. Ankete Katılan Genel Cerrahların Anal Fistül Olgularına Operatif Yaklaşımları

#### a. Anestezi ve Hasta Pozisyonu

Anketin 17. ve 18. Sorularında, sırasıyla cerrahların basit ve kompleks anal fistüllerdeki anestezi tercihleri soruldu. Basit anal fistüllerde %53.5 ve kompleks fistüllerde ise %60.8 oranında spinal anestezi tercihinin ön plana çıktığı tespit edildi (Grafik 12). Ameliyat pozisyonu olarak cerrahların %31.6 prone jack-knife (çakı pozisyonu) ve %66.7'sinin ise litotomi pozisyonunu tercih ettiği saptandı.

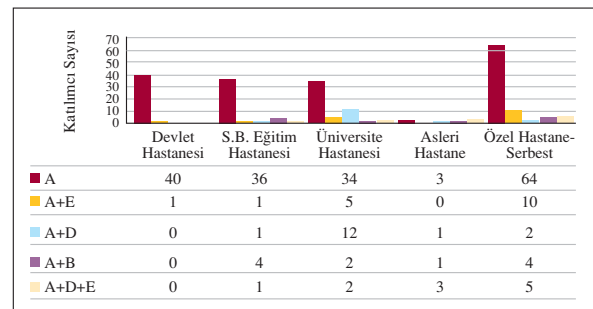
**Grafik 12. Ankete katılan genel cerrahların basit ve kompleks anal fistüllerde anestezi tercihleri.**



#### b. Operatif Tercihler

Hangi tipte olursa olsun anal fistül ameliyatlarında ilk adım, fistül traktının ortaya konmasıdır. Anketin 20. sorusunda cerrahlara verilen seçeneklerden birden fazlasını işaretleyebilecekleri belirtilerek bu amaçla kullandıkları yöntem soruldu. Stile ve metilen mavisi kullanımının %30.9 oranında cerrahlar arasında en çok tercih edilen yöntemler olduğu görüldü. Tek tek seçenek olarak incelendiğinde ise 197 kez stile, 189 kez metilen mavisi ve 110 kez hidrojen peroksitin fistül traktının ortaya konmasında kullanılan yöntem olarak işaretlendiği saptandı. Basit fistül olgularında cerrahların operasyon tercihleri %58.3 fistülotomi, %24 fistülotomi+marsupiyelizasyon ve %16.7 fistülektomi olduğu tespit edildi. Basit fistül olgularında marsupiyelizasyonun cerrahlar tarafından çok da tercih edilen bir uygulama olmadığı görüldü (%70.5). Kompleks anal fistüllerde 258 kez işaretlenmesiyle seton kullanımı en çok uygulanan teknikti. Kompleks anal fistüllerde seçeneklerde verilen diğer tedavi yöntemlerinin kullanımı cerrahların çalıştıkları kurumlara göre değerlendirildiğinde Grafik 13'teki dağılımın ortaya çıktığı izlendi.

**Grafik 13. Çalışılan kurumlara göre ankete katılan genel cerrahların kompleks anal fistüllerde tedavi tercihleri (A. Seton, B. Fibrin glue, C. Biyolojik tıkaçlar, D. LIFT (Fistül traktının intersfinkterik mesafeden ligasyonu), E. Çeşitli anorektal flep uygulamaları).**

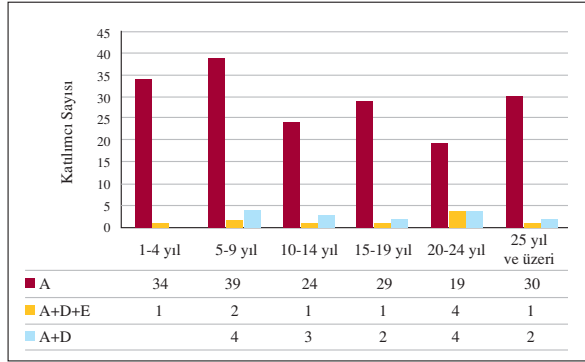


#### c. Seton Kullanımında Tercihler

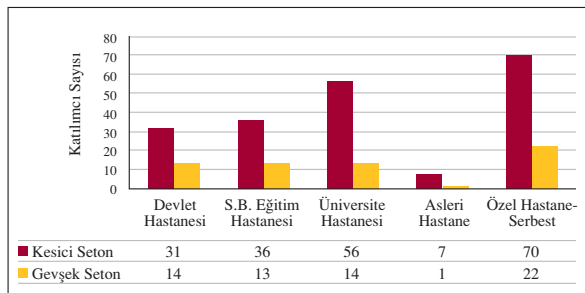
Yirmi dördüncü soru cerrahların hangi durumlarda seton uyguladığını ortaya koymaya yönelikti ve seçeneklerde verilenlerin hepsi seton kullanılmasını gerektiren durumlardı. Genel cerrahların meslekteki deneyimle birlikte setonu endikasyonlarına göre kullanabilmeleri Grafik 14'te verilmiştir. Ankette, genel cerrahlara, ekstrasfinkterik fistüller vajinal doğum, daha önceki anorektal bölge cerrahisi, yaşa bağlı sfinkter yetersizliği

gibi nedenlerle inkontinans açısından yüksek riskli hastalarda hangi türde seton kullandıkları sorulduğunda, 24 cerrahın soruyu cevaplandırmada çekimser kaldığı, 200 cerrahın kesici seton ve 64 cerrahın gevşek seton uygulamayı tercih ettiği görüldü. Cerrahların yüksek riskli hastalardaki seton tipi tercihlerinin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı Grafik 15’de verilmiştir

**Grafik 14. Genel cerrahların meslekteki deneyimle göre seton kullanma endikasyonları (A. Sfinkter kompleksinin %30 ve fazlasını içeren transsfinkterik fistüller, B. Kadınlarda anterior yerleşimli basit dışındaki tüm fistüller, C. Tüm intersfinkterik fistüller, D. Suprasfinkterik fistüller, E. Ekstrasfinkterik fistüller).**



**Grafik 15. Cerrahların yüksek riskli hastalardaki seton tipi tercihlerinin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı.**



Seton amacıyla en çok kullanılan materyaller, polipropilen (n=163), kalın ipek (n=86) ve lastik bandlar (n=80) şeklinde olmuştur. Kesici seton uygulanan hastaların ne sıklıkta kontrole çağırıldığı sorulduğunda 38 cerrahın soruya cevap vermediği, %53.8’nin ise haftada 1 kez kontrole çağırıldığı izlendi. Cerrahların kesici seton tedavisini 8 hafta (%39.2) ve 12 haftada (%23.3) sonlandırdıkları, gevşek seton tedavisini ise 12 hafta (%30.6) ve 24 hafta ve üstü (%22.2) bir sürede

sonlandırdıkları tespit edildi. Ancak burada dikkat çeken nokta, anketin sırasıyla 28 ve 29. Soruları olan kesici ve gevşek seton tedavisinin sonlandırılma süreleri, cerrahların cevaplandırma oranının diğer sorularla karşılaştırıldığında en düşük olduğu sorular olarak karşımıza çıktı.

#### d. Post-operatif Öneriler

Komplike olmayan fistül cerrahisinde antibiyotik profilaksisinin %54.2 oranında uygulandığı ve cerrahların %45.1’nin ise pratiklerinde antibiyotik profilaksisine yer vermedikleri izlendi. Taburculuk esnasında bulunulan öneriler ve bunların cerrahlar tarafından hastalara önerilen en sık kombinasyonları Tablo 4’te verilmiştir.

**Tablo 4. Taburculuk önerileri ve ankete katılan cerrahlar tarafından en sık kullanılanlarının kombinasyonları.**

#### Soru 31: Hastalarınıza ameliyat sonrası önerileriniz

- Sabah-Akşam, sıcak duş ile yıkama
- Postoperatif 2-3 gün boyunca NSAİİ ile analjezi
- Laksatif ilaçlar
- Topikal anestetik kremler
- Yara iyileşmesini hızlandırıcı kremler
- Diğer

En sık işaretlenen kombinasyonlar	(n, %)
A+B	99 (%34.4)
A+B+C	38 (%13.2)
A+B+D	22 (%7.6)
A+B+C+D	13 (%4.5)
B	11 (%3.8)

#### Tartışma

Anal fistül, genel cerrahların sıkça karşılaştıkları, basitten komplekse farklı klinik tablolarda ortaya çıkan bir hastalıktır. Basit anal fistüller çoğu zaman başarılı bir şekilde tedavi edilebilirken, yetersiz cerrahi girişimler basit bir fistülün kompleks hale gelmesine neden olabilmektedir. Kompleks anal fistüllerde ise yetersiz preoperatif değerlendirme, uygun ameliyatın gerçekleştirilmemesi tedaviden elde edilecek başarı oranlarının düşmesine neden olmaktadır. Anal fistül hastalığının etkili tedavisi için tanısal testleri ve cerrahi tedavileri karşılaştıran sayısız çalışma mevcuttur. Ancak burada dikkate alınması gereken bir nokta da bu hastalık grubunda tedavideki başarıyı etkileyen önemli bir faktörün cerrahın bilgi birikimi ve deneyimi olduğudur. Kısaca anal fistül hastalığında cerrahın genel eğiliminin değerlendirilmesi, hastalığın yönetiminde ne derecede



doğru kararlar alındığı ve dolaylı yoldan da olsa uygulanacak tedavide ne ölçüde başarı sağlanacağı konusunda fikir sahibi olunmasına olanak sağlayacaktır. Bu düşünme prensibinden yola çıkarak hazırladığımız Anal Fistül Cerrah Tutum Anketinde 288 cerrahın anal fistül hastalığındaki genel yaklaşımlarını değerlendirme olanağımız oldu. Ankete katılımın özel hastanelerde ve serbest çalışan cerrahlar arasında yoğun olduğu bunu üniversite hastanelerinin takip ettiği tespit edildi. Mesleki deneyime göre incelendiğinde seçeneklerde belirlenen sürelerde eşit sayıda cerrahın ankete katıldığı izlendi. Özel hastanede ve serbest olarak çalışan cerrahların ankete diğer kurumlardaki cerrahlara göre daha yoğun katılım göstermesi, eğitim verme özelliği olmayan bu merkezlerde çalışan cerrahların mesleki gelişime verdikleri önemin bir göstergesi olmuş benzer bilgilendirici anketlerin düzenlenmesi konusunda bizlere motivasyon sağlamıştır. Anket sonucunda genel cerrahların %52.8 oranında ayda 1 veya daha az sayıda fistül olgusuna müdahalede bulunduğu görüldü. Bu durumun değerlendirmesini, cerrahların çalıştıkları merkezlere göre yaptığımızda, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde, 2 haftada 1 ve haftada 1 gibi sıklıkta anal fistül hastası gören cerrah sayısının daha fazla olduğunu tespit ettik. Bir ayda bakılan hasta sayısı ve fistül hastalarını değerlendirirken fizik muayene bulgularını anatomiye uyarlayabilme becerisi karşılaştırıldığında beklenildiğinin aksine en çok, ayda 1 veya daha az sayıda fistül hastası gören genel cerrahların bu konuda kendilerini yeterli gördüğü tespit edildi. Ancak cerrahların meslekteki deneyimle birlikte bu konuda kendilerini yeterli görme oranlarının arttığı gözlemlendi. Bir fistül olgusuna doğru yaklaşım, hikaye ve fizik muayenede dikkatle üzerinde durulması gereken özellikleri sorgulamakla başlamaktadır. Ankette, genel cerrahlara dikkat edilmesi gereken tüm özellikleri seçeneklerinde barındıran sorular soruldu. Hikaye alınması sırasında cerrahların fistül olgusunu birçok yönüyle değerlendirebildikleri görüldü. Fizik muayene sırasında ise “Fistül dış ağzını tespit ettiğimde mutlaka probe ederim” seçeneğini %42.7’sinin işaretlenmediği tespit edildi. Mesleki deneyimden bağımsız olarak ankete katılan genel cerrahların çok büyük çoğunluğunun fizik muayenede beklenen hassasiyeti gösterdiği izlendi. Anketin bir diğer hedefi anal fistül olgularında yardımcı tanı yöntemlerine yaklaşım, cerrahların bunlara ulaşabilmesi ve hangilerini kendilerinin yapıp yorum-

layabildiklerinin değerlendirilmesiydi. Cerrahların %61.5’inin anal fistülün tanısında yardımcı tanı yöntemlerinin gerekli olduğunu kabul ettiği görüldü. Çalışılan kurumlarda bilgisayarlı tomografi, MRI ve anal manometri gibi tetkiklerin çok yüksek oranda mevcut olduğu, diğer tanısal testlerin de yine yüksek sayıdaki cerrah tarafından çalıştıkları kurumlarda ulaşılabilir olduğu görülmüştür. Anal fistül haritalandırılmasında artık altın standart olarak kabul edilen EAUS’nin 178 cerrah tarafından merkezlerinde bulunduğu bildirilmiştir. Ulaşılabilen tanısal testler açısından çeşitliliğin, üniversite, S.B. araştırma ve özel hastanelerde en fazla olduğu görülmüştür. Cerrahların kendilerinin uygulayabildiği testler incelendiğinde endoskopik girişimlerin yüksek sayıda cerrah tarafından yapılabildiği, buna karşılık anal manometri ve EAUS gibi tetkiklerin çok düşük sayıda genel cerrah tarafından gerçekleştirildiği görüldü. Bununla paralel olarak EAUS ve MRI gibi tetkiklerin çok az sayıda genel cerrah tarafından yorumlanabildiği tespit edildi. Endoskopik işlemlerin yaygın olarak yapılabilmesinde, endoskopinin genel cerrahi eğitimi veren kurumlarda eğitimin bir parçası haline gelmiş olması ve Türk Cerrahi Derneği tarafından düzenlenen sertifikasyon programlarının faydası olduğu aşikardır. EAUS ve anal manometri konusunda kendini geliştirmek isteyen cerrahlar için ise Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneğinin periyodik olarak düzenlemekte olduğu Anorektal Fizyoloji ve Pelvik Taban Hastalıkları Kurslarının iyi bir başlangıç noktası olacağı kuşkusuzdur. Anket sonuçlarına göre üzerinde durulması gereken bir diğer nokta genel cerrahların kompleks fistül olgularına yaklaşımları olmuştur. Ankete katılan genel cerrahların %55.2’sinin bu hastaları kendilerinin opere ettiği geri kalanlarının deneyimli bir merkeze gönderdikleri tespit edildi. Operasyon oranının mesleki deneyimle arttığı izlendi. Kompleks fistüllerde seton en çok tercih edilen operatif yaklaşımdı, ancak cerrahların kompleks fistülün seton dışındaki tedavi seçeneklerine çekimser kaldıkları izlendi. Üniversite ve özel hastanelerde çalışan cerrahların kompleks fistüllerde çeşitli cerrahi teknikleri uygulayabilme özelliklerinin daha fazla olduğu tespit edildi. Bununla birlikte, seton kullanım endikasyonlarının mesleki deneyimde artış ile genişlediği, 1-4 yıllık genel cerrahların büyük bir kısmının setonu sadece sfinkter kompleksinin %30 ve fazlasını içeren transsfinkterik fistüllerde kullanılabileceğini düşündükleri görüldü. Yüksek riskli kompleks anal fistüllerde ise cerrahların

kesici seton tedavisini tercih ettikleri izlendi. Ankete göre ortaya çıkan dikkat çekici bir durum, setonun cerrahlar tarafından tercih edilen bir tedavi olmasına rağmen operasyondan sonraki takipler ile ilgili soruların çok daha az sayıda cerrah tarafından cevaplandırıldığı görüldü. Bu durum ankete katılan genel cerrahların seton uygulamaları konusunda eksiklerinin olduğunu göstermesi açısından anlamlı olmuştur. Konuyla ilgili eksik bilgilerin giderilmesi ve güncel yaklaşımların öğrenilmesi açısından, yine Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneğinin periyodik olarak düzenlediği Selim Anorektal Hastalıklar Kurslarının takip edilmesi faydalı olacaktır.

Anal Fistül Cerrah Tutum Anketi, anal fistül hastalığının yönetiminde ülkemiz cerrahlarının genel eğilimlerinin ortaya konmasını sağlamıştır. Ayrıca cerrahların eksik oldukları noktaların belirlenmesine olanak sağlayarak gelecekte düzenlenecek kurs, sempozyum ve kongrelerde üzerinde durulması gereken konuların saptanmasında etkili olacaktır.