

Hemoroidal Hastalık

Hemorrhoidal Disease

İ. ETHEM GEÇİM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni-Sina Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

ÖZET

Hemoroidler, anal kanalın normal vasküler yapılarıdır. Ancak, çoğu zaman çeşitli sorunların kaynağı olmaktadır. Hemoroidal hastalığın kardinal bulguları kanama, kaşıntı, prolapsus ve tromboz nedeniyle ağrıdır. Semptomatik hemoroidal hastalık tedavisi için çeşitli seçenekler mevcuttur. Hastaların çoğunda konservatif (diet, sıcak su banyosu) ya da mukozal fiksasyon metodları (band ligasyonu, infrared, skleroterapi) ile rahatlama olmaktadır. Konservatif önlemlere dirençli olan ya da komplikasyon gelişen hastalar gibi seçilmiş hasta gurubunda cerrahi başarı ile uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemoroidal hastalık, Rektal kanama, Mukozal fiksasyon metodları, Cerrahi

ABSTRACT

Hemorrhoids are normal vascular structures in the anal canal. However, they are often the source of a variety of problems. The cardinal features of hemorrhoidal disease include bleeding, anal pruritus, prolapse, and pain due to thrombosis. Several options are available for the treatment of symptomatic hemorrhoidal disease, and most patients will have relief with conservative (diet, sitz bath) or mucosal fixation methods (rubber band ligation, infrared coagulation, sclerotherapy). Surgery is successful for initial therapy in selected patients, in those whose symptoms are refractory to more conservative measures, and in those who have developed complications.

Key words: Hemorrhoidal disease, Rectal bleeding, Mucosal fixation methods, Surgery

Başvuru Tarihi: 01.10.2011, Kabul Tarihi: 01.11.2011

✉ Dr. İ. Ethem Geçim

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İbni-Sina Hastanesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara - Türkiye

e-mail: egecim@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:145-159

Anatomi

Anal kanalın normal anatomisinde lümeneye bakan yüzeyi proksimalde mukoza ile ve distalde anoderm ile örtülüdür. Anoderm keratinize yassı epitel hücrelerinden oluşmaktadır. Anoderm, distalden proksimale doğru ve anal kanalın alt yarısının iç yüzünü kaplayacak şekilde yer alır. Birbiriyle devamlılık gösteren bu iki tabakanın birleşme hattına dentate çizgi adı verilir. Dentate çizgi anal kanalı yatay düzlemde ortadan ikiye ayırır. Dentate çizgiden proksimale doğru keratinini kaybeden ve önce intermediate (geçiş) hücrelerinden oluşan daha proksimale çıktıkça da normal kübik mukoza epiteline dönüşen hücreler distal rektal mukozayı oluşturur. Sonuç olarak en iç yüzey aşağıda anodermden yukarıda distal rektal mukozadan oluşan tek bir tabaka ile örtülür. Bu örtünün altında arter, ven ve bağ dokudan zengin bir submukoza tabakası (subepitelial tabaka) vardır. Damarların yer aldığı bu tabakanın hemen altında internal anal sfinkter kası bulunur. İşte içteki örtü ve dıştaki kaslar arasında yer alan ve saat 3, 7 ve 11 hizalarında belirginleşen bu yastıklara corpus cavernosum hemoroidalis adı verilir. Şişip inme özellikleri ile penisin corpus cavernosum'larına öykünerek verilmiş olması muhtemel bu ismi taşıyan yapılar her insanda normalde vardır. İnternal anal sfinkter ile medialdeki rektal mukozayı birbirine bağlayan ve dentate çizginin de proksimalinde bulunan ince ligamentler sistemine Treitz ligamentleri denir. Normal şartlarda Treitz ligamentleri, corpus cavernosum'ların hem yerlerinde tutunmalarını hem de damarlanmanın anatomik sınırlarda kalmalarını sağlarlar. Bu damar sisteminin dolması ile adeta su yastığı gibi şişerek lümeneye doğru kabaran corpus cavernosum'ların anal fizyolojide özellikle pasif inkontinensin önlenmesinde katkıları olduğuna inanılanlardır. Buna delil olarak sfinkter kaslarına dokunulmadığı halde hemoroid yastıklarının ameliyatla çıkarılması sonrası pasif inkontinens durumuna düşen hastalar gösterilir ve ameliyatlarda yeterli miktarda pake bırakılmasının mantığı da budur. Kanımızca bu pasif inkontinans olayı biraz abartılan bir konudur ancak literatürde bulunduğu için buraya da almayı gerekli gördük.

Hemoroidal corpus cavernosum içindeki arterler iki ana sistemden köken alır. Bunlardan birincisi rektum boyunca yukarıdan aşağıya uzanan superior hemoroidal arterler sistemidir. Superior hemoroidal arter aslında inferior mezenterik arterin en distal dalıdır. Mezenterik arterden

çıkarak mezorektum içinde distale doğru uzanan ana arter, rektumun kas tabakasını geçerek kasların iç yüzeyine yani mukozanın altına ulaşır ve burada dallara ayrılarak tüm rectum duvarını kanlandırır. Bu dallar, aynı bir saçak gibi anal kanalın iç yüzünde ve mukozanın altında yukarıdan aşağıya seyrederek. Bu sistemin önemi, hemoroidlere gelen kanın %80'den fazlasının bu arterler aracılığı ile taşınıyor olmasıdır. Hemoroidlerden olan kanamalarda da bu nedenledir ki özellikle bu arterlerin durdurulması gerekir. Hemen hemen tüm cerrahi müdahalelerde bu arterlerin kanamasına yönelik tedbirler alınır. Hatta son zamanlarda sadece bu arterlerin bağlanması ile distaldeki kanlanmanın azalması prensibine dayanan tedaviler de vardır ki ileride bunlara değineceğiz. Diğer arterler ise iliak arterlerden gelen dallardır ki bunlar daha ziyade anal kanalın distalini kanlandırırlar ve debileri itibarıyla daha önemsizdirler. Hemoroid venleri arterleri takip ederler. Yani bir sistem yukarıya doğru seyrederek önce inferior mezenterik vene drene olurken nihayetinde portal sisteme açılır. Özellikle distalde yer alan ikinci gurup iliak venlere ve dolayısıyla kava sistemine drene olur. Bu şekilde hemoroidal venler arasında adeta bir ağ tarzında olan ilişki, organizmada portal ve kaval sistemler arasında doğal olarak bulunan ve özellikle portal hipertansiyon sırasında daha belirginleşen anastomoz bölgelerinin en önemlilerindedir.

Hemoroidal sistemde diğer damarların arasında ve özellikle arterlerle yakın konumda zengin lenfatik dolaşım da yer alır ve özellikle bölgedeki ödem gelişimi ve dolayısıyla hemoroid semptomatolojisinin tedavisinde lenfatik dolaşım da hesaba katılmalıdır.

Belirli bir düzeye kadar inen internal sfinkter sona erdikten sonra lateralde eksternal sfinkterin en distalde bulunan ve subkutan sfinkter denilen kas huzmeleri distale doğru biraz daha uzarlar. İşte anal kanaldaki mukozanın devamı olan anodermi, hem internal sfinktere hem de distalde eksternal sfinkterin bu distal kısmına bağlayan ikinci bir ligament sistemi vardır. Bu ligamentlere de Parks ligamentleri adı verilir. Bu ligamentler arasında da yine arter, ven ve lenfatiklerden oluşan bir ağ yer alır. Bu damar sistemi hem iç ve dış sfinkterler arasındaki damarlarla hem de anoderm altında damarlarla ilişkidir. Proksimalde Treitz ligamentleri ve aralarında kalan damar sistemi distale doğru inerken dentate çizgi düzeyinde adeta kesintiye uğrar ve hemen distalinde Parks ligamentleri arasında

ikinci bir damar ağı belirginleşir. İşte hemoroid fizyoloji ve fizyopatolojisini anlamada bu damar anatomisini anlamak işimizi çok kolaylaştırır.

Yukarıda anlatılan arter, ven, lenfatik ve bağ dokudan müteşekkil dokular yukarıdan aşağıya dikey olarak inen lateral longitudinal ligament denilen bağ sistemleri ile adeta yukarıdan aşağıya ve dikey olarak iç döşemeyi dışarıdaki sfinkter kaslarına bir kez daha rapt ederler. Treitz ve Parks ligamentlerini bir sepetin yatay ve sirküler dallarına, longitudinal ligamentleri de sepetin dikey çitalarına banzetebilirsiniz. Yukarıdan aşağı seyreden corpus cavernosum recti veya hemoroidalis yastık görünümde normal anatomiyi oluştururken, söz edilen ligamentler koparak bunların sınırladığı damar sistemleri lümenine doğru sarkınca artık hemoroidal hastalıktan söz edilir. Eski hocaların sınavlarda sorduğu trajik espiri işte buradan kaynaklanır. Yani aslında her insanın “hemoroidleri” vardır ancak hemoroidal hastalık ancak mevcut hemoroidal anatomi bozulup pakeler aşağı sarkınca gündeme gelir.¹⁻⁴

Fizyopatoloji

Anal kanalda dinlenim anında hemoroidal arterler aracılığı ile gelen kan venöz sistemden rahatlıkla geri döner ve kavernoöz sistemler de inik olarak bulunurlar. Özellikle defekasyon esnasındaki ıkmama sırasında venöz geri dönüş durur. Zorlu ve uzun süreli ıkmamalarda özellikle eksternal kavernoöz venler içinde staz olması ve bir noktada başlayan pıhtılaşmanın daha sonra damar ağı içinde yayılarak bölgesel bir tromboza yol açmasının mekanizması bu olmalıdır.

İkmama sırasında ve lümeden kalın ve sert bir dışkıının uzun süreli geçişi sırasında sadece venöz dönüşün yavaşlaması değil bunun yanı sıra muhtemelen lenfatik dolaşımın da olumsuz etkilenmesi sonucu, defekasyonu takiben ödem de gelişmektedir. Bu ıkmamaların zaman içinde yol açtığı aşınma ve yorulma sonucu normal anatomide yer alan ligamentler yaşlanmanın da etkisi ile dejenere olur ve fonksiyon yapamaz hale gelirler. Sonuçta arterler aracılığı ile gelen kan, bu bölgedeki venlerde uzun süreli basınç artışlarının ligamentler aracılığı ile de kontrol edilememesi sonucu, boyca uzama, ence genişleme ve kıvrıntılı bir hal alma yani özetle varisleşmelerine yol açar. Varisleşen venlerin aynen içindeki basınç artarak şişen bir balonun duvarına olduğu gibi mukozaya bakan yüzeyleri de inceler ve gitgide

daha kolay kanayan bir hal alırlar.

Sonuçta sadece damarsal boyutta olan bu değişiklikler değil aynı zamanda bunları lateraldeki kas tabakasına tutturun ligament sistemindeki dejenerasyonunda birlikte gelişmesi sonucu, ilk kez Thompson ortaya atılan anal yastıkçıkların kayması teorisi (sliding anal cushion), bugün için hemoroid oluşumu ile ilgili en geniş kabul gören teoridir.^{1,2}

Etiyoloji

Yukarıda anlatılan fizyopatolojik mekanizma dikkate alındığında, hemoroidal hastalığın etiyolojik faktörleri şu şekilde sıralanabilir: Kronik ishal ve kabızlık, kronik ıkmama, gebelik, kalıtsal faktörler, uzun süre ayakta kalan meslek gurupları, anal anatomide bozulma. Bu faktörlere örnekler verecek olursak, uzun süreli ıkmama ve düzensiz barsak hareketleri olanlarda hemoroidal hastalığa daha sık rastlandığı klinik bir gerçektir. Kronik ıkmamaya örnek olarak halter ve vücut geliştirme gibi spor dalları ile uğraşanlarda daha fazla hemoroidal hastalık geliştiği düşünülmektedir. Hemoroidal venlerde kapak olmaması ve uzun süre ayakta çalışan mesleklerde hemoroidal venlerde daha yüksek basınç oluşacağı ve bunun da hastalık gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.¹

Epidemiyoloji

Goligher'in ünlü kitabının hemoroid bölümünde çok kapsamlı bir popülasyon temelli çalışmadan söz edilir ki ona göre toplumun %45 kadarı hayatının bir döneminde hemoroid hastalığı nedeniyle hekime baş vurur. Benzer birçok popülasyon temelli çalışmalarda da aşağı yukarı buna benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Erişkin toplumda yuvarlak hesap her iki kişiden birisi hemoroid hastasıdır desek yanlışmış olmayız. Birçok çalışmaya göre hastalığın en sık semptomatik hale gelme yaşı 45-65 yaş arasındadır. Cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığına inananlar daha fazladır ancak hanımlarda hamilelik döneminin sıklıkla hastalığın ilk kez semptomatik hale geldiği dönem olduğunu da vurgulamak gerekir.¹

Hemoroidal hastalığın gerçek insidansını tespit etmek çok zordur zira hemoroidal semptomlar hemen her zaman bir defekasyon bozukluğunu takiben ortaya çıkarlar. Barsak fonksiyonları normale dönen hastalarda çoğu kez hemoroidal semptomlar da kaybolur ve bu nedenle hangi hastaları hemoroidal hastalık sınıfına alacağımıza

karar vermek zorlaşır. Ayrıca kronik diyare ile seyreden iltihabi barsak hastalığı veya irritable barsak hastalarında şikayetler hemoroid hastalığına mı yoksa altta yatan nedene bağlı defekasyon bozukluğuna mı bağlı olmaktadır? İşte bu nedenlerle yukarıdaki %45-50 genellemesi doğruya en yakındır.

Amerika Birleşik Devletlerinde yıllık hemoroid ameliyatı yapılma sıklığı yüzbinde 40-50 civarındadır. Üç yüz milyonluk ABD’de yılda en azından 120-150 bin hemoroid ameliyatı yapılmaktadır. Bunlara ameliyat dışı tedaviler yapılan hastaları da dahil edersek nüfusun %4’ü gibi bir rakam ortaya çıkmaktadır. Ülkemize bu rakamın iz düşümünü alsak 70 milyonda 30.000 kadar ameliyat ve 2.8 milyon tedavi gören hasta eder. Bu hastalığın sosyal güvenlik sistemine yüklediği yükü de bu şekilde anlatmış oluruz.²

Klinik

Şikayetler ve bulgular

Hemoroidal hastalığın ana semptom ve bulgularını direkt ve indirekt olarak anlatılması daha anlaşılır olacaktır. Direkt semptomların başında kanama gelir. Kanama hastalar tarafından genelde dışkılamayı takiben taze kırmızı kan şeklinde, taharet alırken ele gelme, tuvalet kağıdına bulaşma, dışkıdan sonra damla damla kanama veya kanarken fark etmese de tuvalette kan görme tarzında ifade edilir. İkinci ana semptom veya bulgu, dışkılamayı takiben ele gelen ve hastaların yerine koymaya çalıştıkları hemoroid memeleridir. Bu memelerin fark edilmesi ile hemoroidal hastalığın evresi direkt ilişkilidir.

İndirekt şikayetler dediğimiz zaman, yukarıda anlatılan meme tarzında dışarı sarkan mukozanın anodermi ıslatması, rektal içeriğin dışarı taşması sonucu gerek anodermde tahriş ve kaşınmaya yol açması, gerekse çamaşır kirletme şeklinde hastayı rahatsız etmesidir. Özellikle dış hemoroid ya da distal rektal mukozanın dentate çizginin distaline kadar indiği vakalarla, dışarıda deri kıvrıntılarının girinti ve çıkıntıları nedeniyle dışkı artıklarının yeterince temizlenemedikleri vakalarda hastaların ıslaklık hissi, kaşınma gibi hijyenik sorunları da kliniğe eklenir.

Hemoroidlerde genelde ağrı olmadığı kabul edilir. Ağrı olması halinde, hemoroidal hastalığa eşlik eden anal fissür ilk akla gelen nedendir. Ağrının ancak ileri dönemlerde ortaya çıkmasının nedeni ise dentate çizginin

proksimalinde ağrı ileten sinir uçlarının azlığı veya olmamasıdır. İleri vakalarda dentate çizginin distali de işe karışınca bu bölgede oluşan çekilme ve mekanik olaylar ağrıya elbette ki neden olabilirler. Bir de küçük küçük çok sayıda veya tek ve büyük tromboze pakelerin yaptığı ağrı vardır ki hastanın zonklayıcı tarzda diye tanımladığı, dokununca veya üzerine oturunca artan, ele, sert bir meme gelmesi ile karakterize olan ağrıyı ayrı düşünmek gerekir. Tromboze hemoroid ağrısı genelde zor bir dışkılamayı takiben aniden başlayan bir ağrıdır. Tipik olarak dokunmakla veya ister istemez defekasyon sırasında ağrı artışı olur. Burada vurgulamak istediğimiz, anal bölge birçok neden bağlı ve çok çeşitli ağrıların görüldüğü bir bölge olup, ağrıları hemoroide bağlanan ve bu nedenle hemoroid ameliyatı olduğu halde ağrıları geçmediği için ameliyat sonrasında en azından mutsuz olan hastaları hatırlatmaktır. Hastanın sonradan hayal kırıklığına uğramaması ve ameliyatla ilgili doğru beklentilere girmesinin daha baştan ağrı ve diğer semptomlarının doğru değerlendirilmesi ile sağlanacağı aşikardır.⁴

Evreleme

Eğer corpus cavernosumlardaki ve onları sfinktere tutunmasını sağlayan ligamentlerdeki dejenerasyon sadece dentate çizginin proksimalindeyse ve klinik olarak dışarıdan fark edilmiyorlarsa bu hemoroid hastalığı 1. derecedir. Birinci derece hastalarda sadece semptomlara bakılır, harici muayene ile genelde birşey anlaşmaz. Tanı için klinik değerlendirme ve anoskopik muayene gerekir. Bir süre sonra dejenerasyon ilerler ve özellikle de ligamentlerdeki kopmalar artınca ıkınma anında dentate çizginin proksimalinden kabaran pakeler dentate çizginin distaline geçer ve hem hasta tarafından hissedilir hem de muayenede fark edilir hale gelirler. İşte bu hastalık artık 2. derece olmuştur. Ancak ikinci derecede ligamentlerdeki dejenerasyon henüz fazla değildir ve ıkınma durdurulunca sağlam kalmış ligament huzmeleri bu pakelerin tekrar anal kanal proksimaline çekilmelerini sağlarlar. Bu dejenerasyon ilerleyip de artık ligamentler pakeleri içeri çekemez hale gelince artık 3. derece hastalıktan söz edilir. Hasta eli ile itirdiği zaman bu pakeler anal kalın içine girerler. Buraya kadar söz ettiğimiz hep Treitz ligamentleridir. Ne zamandır ki Parks ligamentleri de kopmuştur artık cavernöz yastıkları arkadaki kaslara, bağlayan hiçbir oluşum kalmaz ve artık

pakeler her zaman dentate kanalın distalinde yani anal kanalın dışındadır. Hasta eli ile ittirdiğinde artık pakeler anal kanala girmeyip hep dışarıda kalırlar (Resim 1). Dördüncü derecede hemoroid hastalığında aşağıda anlatacağımız tüm semptom ve komplikasyonlar daha belirginleşir.⁴



Resim 1. Dördüncü derece (evre 4) internal hemoroid hastalığı (arşiv- E Geçim).

İç-dış hemoroid sorunu

Hemoroidal hastalık yukarıdaki evrelemede anlattığımız üzere önce içeride başlayarak sonra dışarıya doğru inen bir fizyopatolojik silsile olarak kabul edilebilir. Gerçekte klinikte rastladığımız vakaların büyük çoğunluğu da bu gelişime uygun bir fizyopatolojik gelişim gösterir. Öte yandan bazı yazarlar özellikle iç kısımda fazla bir hastalığı olmadığı halde sadece dentate çizginin distalinde hastalığı olan vakaları örnek göstererek bunlara dış hemoroid, ayrıca yukarıda anlatılan sistemle dentate çizginin proksimalinde gelişenlere ise iç hemoroid denmesini doğru sayarlar. Eksternal hemoroidler derili ve dolayısıyla sensitif sinirlerle innerve oldukları için daha en baştan ağrılı ve daha çok rahatsızlık vericidirler. Dikkatli bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunda dentate çizginin hem üstünde hem altında hemoroidal hastalığın birlikte olduğu görülür ve bunlara karışık (mixed) hemoroid diyenler de vardır.⁴

Muayene ve tanı

Genel bir anamnez ve fizik muayeneden sonra proktolojik muayene için tercihimiz hastaları prone pozisyonda muayene etmemizi kolaylaştıran elektrikli proktoloji masasıdır. Ancak elbetteki muayene sol yan dekübitten,

litotomiye kadar farklı pozisyonlarda yapılabilir. Kimi cerrahlar özellikle Japonlar hastaları çömeliir vaziyette veya ortası delik bir klozete oturup ikındırarak muayeneyi tercih ederler. Özellikle 2. derece hastalığın tespitinde veya rektumun yukarılarında bulunan ve ayırıcı tanıda aklımıza gelmesi gereken hastalıkların tespitinde ikındırarak muayene yararlı olmaktadır.

Muayenenin inspeksiyon kısmında birçok kez pruritus veya apse/fistül gibi ayırıcı tanıda açısından önemli hastalıklar tespit edilebilir. Hemoroidal hastalığın inspeksiyonunda erken evre hastalarda hiçbirşey görülmezken ileri evrelerde dejenere olup anal kanalın dışına sarkan cavernöz cisimler görülecektir.

Palpasyonda rektal muayeneden önce özellikle şüphe edilen vakalarda anal kanalın çevresinin palpasyonu başta apse olmak üzere değerli bilgiler verebilir. Daha sonra rektal muayeneye geçilir. Rektal muayene sırasında hastalar ikındırılarak normalde parmağımızın yetiğemeyeceği yüksekliklere erişmek mümkün olabilir. Rektal muayenede hemoroid pakeleri hissedilebilir ve özellikle parmak dışarı çıkarıldığında üzerinde kan, iltihap vs. olup olmadığına da bakmak gerekir.

Parmakla muayene sırasında kaygan sıvı sürülmüş olan anal kanala yapılacak muayenenin son kısmı anoskopi olmalıdır. Özellikle endoskopik muayene yapılmayacak olan vakalarda anoskopi yapmadan fizik muayeneyi tam kabul etmemek gerekir. Aslında ideal olan, hemoroidal hastalıkla ilgili olduğu düşünölen tüm hastalara mutlaka bir endoskopik inceleme yapmaktır. Bir çalışmada proktolojik nedenlerle başvuran ve kolorektal kanser aile hikayesi olmayan hastalara kolonoskopik inceleme yapıldığında 20-40 yaş arası hastalarda %3'e varan ancak 40-50 yaş grubunda ise %11'lere varan oranlarda adenomatöz lezyonlar tespit edilmiştir. Bu oranlar, özellikle 40 yaş üstü hastaları kolonoskopik, daha gençleri ise dışkıda gizli kan testi pozitifse veya hastada anemi varsa kolonoskopik, test negatifse ve anemi de yoksa rektosigmoidoskopik olarak incelemek için yeterli nedendir. Bugün ölkemizde rigid rektoskopinin olmadığı yer yoktur ve her hemoroid hastasının en azından bu aletle muayenesinin bile çok katkısı olacaktır.⁴

Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda üç hastalığı her zaman akılda tutmak gerekir. Bunlardan bir tanesi prolapsusla birlikte veya tek başına anal inkontinensdir. Sıklıkla prolabe

mukozanın da varlığı ile karakterize inkontinens vakalarında hastalara hemoroid tanısı konulduğunu hatta hemoroid ameliyatı edildiklerini bile görebiliriz. Diğer bir hastalık anal fissürdür. Özellikle kaşıntı ve ağrı semptomları ile hemoroid olarak algılanabilirler. Kronik fissür hastalarının bir çoğunun eczanelerde veya yeterince tecrübeli olmayan hekimlerce hemoroid krem ve fitillerinin bir çoğunu kullanmadan cerraha gelememelerinin bu nedenle olması muhtemeldir. Bir diğer hastalık ise en önemlisidir. Evrensel insan duyguları, kendisine anal kanal veya rektum kanseri yakıştırmasını kolay kolay yapamaz ve birçok rektum kanseri hastası ya kendi kendine ya da yine eczacı ve tecrübesiz hekimlerin elinde uzun süreler hemoroid tedavisi görürler. Aslında dünyanın her yerinde bu sorun vardır. Ünlü Cameron, kendi kitabında ABD için rektum kanseri hastalarının kendilerini hemoroid hastası sanma oranını %52 olarak bildirmiştir. Ülkemizde de bu oranın fazlası var eksiği yoktur denebilir.

Yine ayırıcı tanıda yanılmalara yol açan hastalıklar arasında iltihabi barsak hastalığı, rektal motilite bozuklukları, anal kanalın Paget, Bowen, HPV gibi prekanseröz lezyonları, perianal fistüller akılda tutulmalıdır.

Ayırıcı tanıyı semptomlara göre düşündüğümüzde ise aklımızda şöyle bir sistem kurabiliriz. Eğer hastanın akut başlayan ağrısı varsa tromboze hemoroid yanısıra akla apse/fistül, akut fissür; kronik ağrılarda dış hemoroidlerle birlikte yine apse/fistül, anal stenoz, fissür ve anal Crohn hastalığı; kanama şikayeti olan hastalarda fissür, neoplastik hastalıklar, proktit, inflamatuvar barsak hastalıkları; kaşıntı olan hastalarda fistül, anal inkontinens, pruritus ani, paraziter hastalıklar, cinsel yolla bulaşan anal hastalıklar; ele gelen memeden söz eden hastalarda ise yine başta anüs ve rektumun neoplastik hastalıkları, apse, rektal prolapsus, anal Crohn hastalığı ve anal kondilomlar gelmelidir.⁴

Tedavi

Tedavide genel ilkeler

Tedaviyi birçok kitapta cerrahi öncesi ve cerrahi diye iki safhada anlatma eğilimi varsa da böyle bir evrelemede sanki hastalığın erken evrelerini cerrahlar tedavi etmesin anlamı çıkacağından bu tür bir yaklaşımı tehlikeli bulmaktayım. Bence yetiştirdiğimiz her cerrah, her an cerrahiye ihtiyacı olabilecek hemoroid hastalarını tanı

konduğu andan itibaren her şekilde tedavi edebilecek donanımda yetişmelidir.

Hastalığın özellikle erken ve semptomların hastayı fazla rahatsız etmediği dönemde öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri ele alınmalı ve ofis işlemleri denilen tedavi seçenekleri denenmelidir. Yaşam tarzı değişikliği dediğimizde yapılacak tüm değişiklikler hastanın düzenli ve fizyolojik bir dışkılama alışkanlığına kavuşturulmasını teşvik etmelidir. Hastalara ilk önerilecek olan yeterli lif ve su tüketmeleridir. Sebze ve meyvalar arasında suyu daha fazla olanlarsa posası fazla olanlar önerilmelidir. Tahıl ve unların bir lif kaynağı olması gerektiği ve hastaların kepekli un veya esmer bulgur gibi seçeneklerle her tükettiği gıdada daha fazla lif almaya çalışması önerilmelidir. Erişkin insanın hava koşulları da dikkate alınarak içmesi gereken su miktarı da mutlaka hatırlatılmalı ve alınan liflerin işe yaraması için mutlaka yeterli su da içilmesi gerektiği öğretilmelidir. Dışkılama alışkanlığının düzenli olmasının en kolay yollarından birinin düzenli saatlerde yemek yemek ve dışkıya da düzenli çıkmaya çalışmak olduğu vurgulanmalıdır. Kendi beslenme olanakları ile yeterli lif alamayı sağlayamayan hastalara yeterli lif içeren maddeler verilmelidir. Kabızlık veya ishalin düzeltildiği hastalarda hemoroidal şikayetlerin gerilediği ve kaybolabildiği defalarca kanıtlanmış bir gerçektir.

Cochrane literatüründe verilen bilgilere göre halihazırda, erken evre hastalarda, ilaç firmalarının çabalarına ve önerilen ilaçların çeşitliliklerine rağmen, Class 1 düzeyinde delil teşkil edecek yeterli çalışma yoktur. Önerilen ilaç gurupları arasında anestezik maddeler, kortizonlu kremler, başta flebotonik maddeler olmak üzere lenf ve kan dolaşımını iyileştiren ilaçlar vardır. Bunların hiçbirinin kesin bir yarar sağladıkları kanıtlanamamıştır.⁴

İlaçlardan çok daha etkili olan, süresi 15 dakikayı geçmemek üzere (10 dakika ideal süredir) 38-40 dereceye kadar ısıtılan suya oturularak yapılan sıcak uygulamasıdır. Uzayan oturma sürelerinin anodermde maserasyon ve ödemi artıracağını hatırlatmak ve hastaların süre konusunda özellikle kısıtlanmaları tavsiye olunur. Tam tersine özellikle Almanya ve civarı bazı ülkelerde yapılan buz torbası uygulamalarının da sıcak uygulama kadar semptomatik rahatlama sağladığını ileri sürenler vardır. Özellikle Almanya'da anoskopların mandrenine benzer ve içi su ile dolu plastik plastik aplikatörleri önce buzlukta

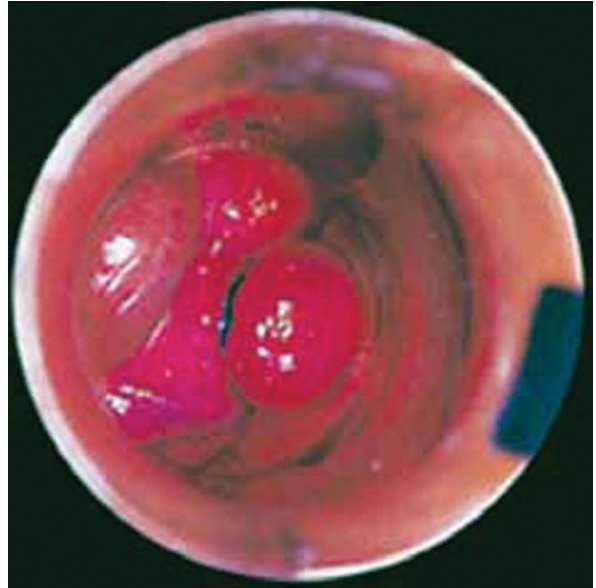
dondurup sonra anüse birkaç dakika uygulamak çok yaygındır.

Supozituar ilaçların uygulandıktan sonra rektuma kaçmalarından dolayı, anal kanalda yerleşmiş hemoroid hastalığına ne denli yarar sağladıklarına şüpheyle bakılmalıdır. Eğer topikal uygulama yapılacaksa bunun dış hemoroidlere dışarıdan sürülerek anal kanal içine de özel aplikatörler yardımı ile yapılması, supozituarlara göre çok daha avantajlıdır. Bu söylemi gözlemek her uygulayıcı hekim için çok kolaydır. Supozituarların belki de tek yararı uygulamayı takip eden defekasyonda dışkıya karışan yağlı maddenin dışkıının çıkışını kolaylaştırması olabilir.

Yine topikal olarak uygulanan ve bir çoğu üç ana madde içeren pekçok krem vardır. Bu üç madde genel olarak steroidler, lokal anestetikler ve dekonjestan maddelerdir. Yine bu maddelerin plaseboya göre tedaviye katkıları olduğuna özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde fazla inanan yoktur. Özellikle Amerika'da tezgah üstü ilaç kategorisinde olan yani hekime danışmadan alınabilen ilaçlar kategorisinde olan bu maddeleri doktorlardan daha çok hastaların kendileri ve eczacılar tercih etmektedir desek haksız sayılmayız sanırım. Oral yolla verilen ilaçlar da iki grupta toplanabilir. Bunlardan bir grup flebotonik etkileri ile hemoroidal cavernöz cisim içindeki venlerde vazokonstriksiyon yaparak kanamayı ve ödemi azaltma iddiasındaki maddelerdir. Bu tür maddeler 1970 lerde ve 1980 lerde büyük paralar harcanarak Amerikan Gıda, İlaç ve Tarım (FDA) örgütü tarafından sınanmıştır. Genelde flebotonik etkileri kanıtlanmış ve özellikle derin venöz yetmezlik gibi flebotonik etkilerinin yararlı oldukları durumlar için lisans almışlardır. Hemoroidal hastalığın tedavisinde ise plaseboya göre üstünlükleri bulunmadığı kanıtlanarak lisans verilmemiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gerek evre I ve II hastaların akut semptomlarının rahatlamasında gerekse hemoroidektomi sonrası şikayetlerin azaltılmasında Calcium dobesilat ve flavonoidlerin etkili oldukları gösterilmiştir. Özellikle bu kitabın da editörlerinden olan *Menteş ve ark.*⁵ calcium dobesilate çalışmasında 2 hafta süreyle ilaç ve yüksek lifli diyet alan hastaların, sadece yüksek lifli diyet alan hastalara göre daha hızlı iyileştikleri gösterilmiştir. Metodoloji tekniği açısından kontrollü, prospektif ve randomize kategoride yani yüksek derece güvenilir olan bu çalışmanın en zayıf

tarafı vaka sayısının toplam 29 ve başka merkezlerce tekrarlanmamış olmasıdır. Hemoroidal hastalığın ve esasen diabetik retinopati ve venöz yetmezliğin tedavisinde kullanılan ilaçların en güvenilirlerinden biri de olsa, calcium dobesilate'in ilaç güvenliği aşamasında yapılan fakmakovigilans araştırmalarında ateş (%26), sindirim sistemi rahatsızlıkları (%12.5), deri reaksiyonları (%8.2), artralji (%4.3), agranulositoz (%4.3) yan etkileri olabileceğini de hatırlatmak gerekir.⁶ Acaba gerçekten hemoroidal semptomların tedavisinde akademik çalışmalar dışında farmakolojik ajanların yeri var mıdır, yoksa hastaya tanı konur konmaz, daha muayene



Resim 2. Lastik band ligasyonu (arşiv- E Geçim).

masasındayken aşağıda anlatılan ofis tedavilerinden birisini uygulamak ve ardından hastaya yukarıda anlattığımız diyet ve hayat tarzı değişikliklerini dikte etmek daha uygun olabilir mi? Bu soruya da farklı cevaplar verilebilir ancak bu satırların yazarı tercihini farmakolojik maddelerin cerrahın işine en az karıştırılması prensibi yönünde kullanmaktadır.⁷

Ofis tedavileri

Lastik band ligasyonu

Başta ABD olmak üzere dünyanın hemen her yerinde evre I ve II, hatta kimilerine göre evre III hastalıkta en sık başvurulan tedavi yöntemidir. Birçok uygulama aleti icad edilen ancak esasta gerilerek açılan bir lastik bandın içine vakumla emilerek veya mekanik olarak çekilerek

sokulan sarkmış kavernöz cisim parçasını boğdurması mantığına dayanmaktadır. Basit tiplerinde önce anoskop yerleştirilerek anoskopun içine doğru sarkan ortaya konur. Ardından anoskopun içinden geçirilen ve önceden üzerine gerilerek lastik band takılmış olan ligasyon aleti ile hemoroid memesi yakalanır ve tetik mekanizması çekilerek band memenin boynuna yerleştirilir. Prensip olarak dentat çizginin 2cm proksimaline uygulanır ve bu bölgede sensitif sinir olmadığından tamamen ağrısız bir girişimdir. Bu lastik bandın boğması ile strangüle olan kavernöz cisim artığı 5-7 gün içinde tamamen dökülerek yok olur. Bandın boğduğu noktada 2-3 mm büyüklüğünde bir ülser oluşu ve bu ülser iyileşince de adeta fibrotik bir çivi gibi, önceden sarkmış olan mukozayı lateralindeki kas tabakasına tekrar fikse etmiş olur. Avrupa'da Barron ligatörü olarak bilinen mekanik sistem Amerika'da McGiwney ligatörü olarak tanınır ve bu sistemde memeyi, ligatörün içinden geçen bir pens ile tutup çekmek gerekir. Bu da bir yardımcının anoskopu tutmasını gerektirir. Vakumla çalışan ve sonraları pekçok plastik benzeri ya da kopyası yapılan sistemin orijinali ise McGown ligatörü adıyla bilinir. Bu sistemde alet bir aspiratöre bağlıdır ve üzerindeki küçük delik tıkanığında ligatörün ucundaki memeyi aspire ederek bandın içine toplar. Bu alet tek kişi tarafından da kullanılabilme üstünlüğüne sahiptir. McGiwney ligatörünün avantajı ise, pensle tutulup çekilen sistemde bandın içine alınan meme büyüklüğünün daha kolay manüple edilebilmesidir. Band ligasyonunda dikkat edilecek en önemli konular dentate çizgiye çok yaklaşmamak ve mümkün mertebe internal sfinkteri band içinde sıkıştırmamaya çalışmaktır (Resim 2). Bunun da yolu memeyi bandın içine çekerken ligatörü doğru miktarda bastırmaktır. Basit gibi görünse de cerrahideki her yöntem gibi mutlaka bir bilenden öğrenilerek uygulanıldığında hemen hemen kusursuz ve sıfır komplikasyonlu bir yöntemdir. Komplikasyonları olarak, ağrı, idrar retansiyonu, kanama ve perianal/pelvik sepsis sayılabilir. Literatürde nekrotizan perianal sepsis vakaları bildirilmiştir. AIDS, diabet ve nötropenik hastalarda bu şiddette komplikasyona daha sık rastlanır. Özellikle internal sfinkterin band içinde sıkıştığı hastalarda önce şiddetli ağrı ve ardından sfinkterdeki nekroza bağlı olarak geç dönem kanamasından perianal apseye kadar ciddi komplikasyonları da olabilir. Her seferinde sadece 1 pakenin bandlanması bir seferde çok sayıda pake bandlanmasına göre çok daha düşük



Resim 3. İnfrared koagülasyon (arşiv- E Geçim).

komplikasyon oranı gösterir. Heparinize veya oral antikoagülan kullanan vakalarda bandlama sırasında sorun çıkmaz ancak bandlanan meme çürüyüp düşünce buradan kanama olabilir. Evre I ve II hastalar semptomatik anlamda band ligasyonu ile %65-75 oranında düzelir ancak sıklıkla ileriki zamanlarda yeni bandlama gereksinimi gösterirler.^{4,8}

Yakma yöntemleri

Bu yöntemin esası, ısı uygulaması yoluyla yapılan yanık yani koagülasyon nekrozunun iyileşmesi sonrasında oluşan fibrotik dokunun mukozayı arkasındaki kas tabakasına fikse etmesidir. Isı uygulaması yöntemi olarak en yaygın kullanılanlar Bipolar koter, infrared fotokoagülatör ve direkt akım elektroterapi'dir. Bunlar arasında artık en sık kullanılan infrared fotokoagülatördür. İnfrared ışınları ile çok kısa süreli yüksek ısı uygulaması yapıldığında mukoza ve submukoza tabakaları derindeki sfinktere ulaşmaksızın yakılarak koagülasyon nekrozu oluşturulur (Resim 3). Halkımızın lazer tedavisi olarak da isimlendirmekten hoşlandığı bu yöntem ile evre I ve II hastalarda lastik band yöntemine göre daha az ağrılı olarak ancak eşit etkinlikte kanama kontrolü sağlandığını gösteren çalışmalar vardır. Ancak lastik banda göre maliyeti daha yüksek bir yöntemdir.

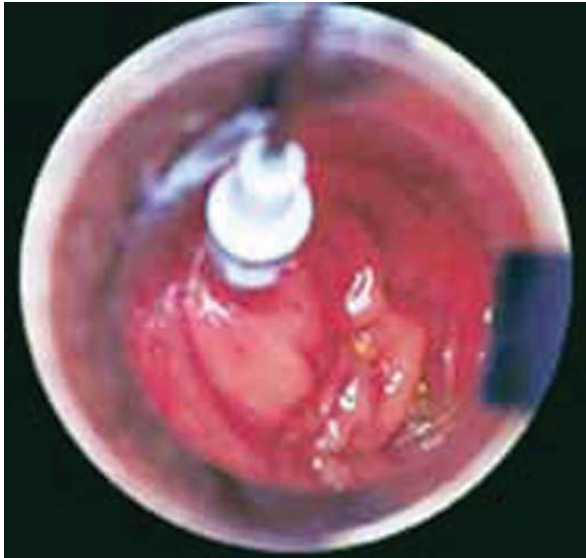
Bipolar koter kullanıldığında klasik monopolar ameliyathane koterine göre çevre dokulara çok daha az

ısı transferi olacağı için güvenli bir yöntemdir. Evre I, II ve III de başarı oranı %88-100 arası bildirilmiştir. Ancak özellikle dışarı sarkan evre III pakelerin cerrahi eksizyonu da gerekeceği için ameliyathanedeki uygulamanın bir parçası olarak kullanılması daha uygun olur.

Direkt akım elektroterapinin anoskop içinden uzatılan bir prob ile memenin apeksine dokunularak çok yavaş yakılmasına benzer bir yöntem olduğunu ancak yeterli nekrozun oluşturulabilmesi için diğer yöntemlere göre çok daha uzun süreler gerektiğini ve hastaların hele de anestezi altında değilse bu süre uzamasını hiç de kolay tolere edemeyecekleri nedeniyle akademik amaçlar dışında uygulaması olmadığını bildiğim bir yöntemdir.⁴

Skleroterapi

Hemoroid pakesinin içine kimyasal maddeler enjekte ederek oluşturulan koagülasyon nekrozunun iyileşmesi ve oluşan skar dokusunun mukozayı kasa fikse etmesi prensibine dayanan bir yöntemdir (Resim 4). Goligher'in kitabında kullanılması tavsiye edilen madde badem yağı içinde %5 fenoldür. Kinin, üre, hipertonic tuz solüsyonları ve polihidroksi alkoller de aynı işi görür. Önceki yıllarda



Resim 4. İnjesiyon skleroterapi (arşiv- E Geçim).

sklerozan madde enjekte edilerek nekrotizan perianal sepsise gitmiş pekçok hasta tedavi etmekteydik ancak son zamanlarda bu şekildeki hastaların azalması belki de skleroterapi yönteminin popülaritesinin azalması ile de ilişkili olabilir. Diğer mukozal fiksasyon yöntemlerine

tek üstünlüğü kısa ve uzun dönem antikoagülan kullanan hastalara da nispeten daha güvenli uygulanabilmesidir. Bu yöntemin uygulandığı hastalarda rastladığımız bir diğer komplikasyon ise, enjeksiyonun yapıldığı yerin üzerini kaplayan mukozanın nekroze olması ve delinmesi ile burada oluşan ve bir türlü iyileşmeyen, çoğunlukla semptomatik yaralar ortaya çıkmasıdır. Bu yaralara oleandrogranüloma adı verilir. Zaman zaman anestezi altında kürete edilerek iyileştirilmeleri çabuklaştırılabilir ancak can sıkıcı bir komplikasyon olduğu ve haftalarca kanama ve akıntı ile seyrederek hastanın da hekiminde canını sıkıttığını vurgulamak isteriz.¹

Dilatasyon

Özellikle yaz döneminde Almanya'dan tatile gelen ve hemoroid şikayetleri olan hastaların elinde zaman zaman anoskop mandrenine benzer çapı 2.5-3 cm ye varan dilatatörler görürüz. Almanya ve bazı kıta Avrupa ülkelerinde halen kullanılmakla birlikte ABD ve İngiltere'de bu dilatatörlere bağlı olduğu ultason ile kanıtlanmış inkontinens vakalarının varlığını hatırlatarak bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmemesi gerektiğini vurgulamak isteriz.⁴

Kryoterapi

Hemoroid pakesinin aynı yakılmasında olduğu gibi dondurulması suratiyle oluşan koagülasyon nekrozunun iyileşmesi ile oluşan skar dokusunun mukozayı arkasındaki kasa fikse etmesi prensibine dayanan yöntemdir. Günümüzde artık kullanımdan kalktığı söylenebilir. En riskli tarafı dondurulan dokunun derinliğinin kontrol edilememesidir. Bu nedenle istenilenden çok daha fazla veya az koagülasyon nekrozu oluşturulur ki bunlardan birisi çok ciddi komplikasyonlara diğeri de tedavinin hiçbir işe yaramamasına yol açar.⁴

Cerrahi tedavi

Preoperatif hazırlık

Hastaların dikkatli bir anamnez ve özenli bir klinik muayeneden geçirilmeleri çok önemlidir. Eğer bu layık ile yapılırsa, anamnezi ve klinik muayenesi normal olan hastalarda rutin laboratuvar testlerinin fark edilmeyen bir anormalliği ortaya çıkarması çok çok nadirdir. Doğru olan ara yoldur yani zaten bir çoğu ellerinde son birkaç ay içinde yapılmış birçok testle gelen bu hastalardan seçilmiş ve anestezi açısından gerekenlere lazım gelen

her testi yapmak gerekmediğine kanaat getirince de maddi tasarruf açısından preoperative rutin testleri yapmamaktır. Benzeri şekilde anesteziistlerinde kendi ilkelerine uymalarını zorlamak gerekir. Amerikan Anesteziistler Birliği (ASA) nın kendi sınıflamasına göre hastalar 1 den 5 e kadar risk katmanlarına ayrılırlar. Yaşları da dikkate alındığında birçok hastada anamnez ve klinik değerlendirme normalse hiçbir rutin test yapmanın yararı aslında yoktur. Örneğin anamnezinde ve klinik muayenesinde kardiyak bir sorun olmayan hastaların perioperatif kalp krizi geçirme riskleri ASA'ya göre binde 15 dir. Bunların da ameliyat öncesi bir EKG ile önceden tespit edilebilme şansları çok daha azdır. Öte yandan ülkemizdeki medikolegal şartlarda ameliyat öncesi incelemelerle ilgili yeterli detayda kanuni bir düzenleme yoktur. Bilakis ameliyat ve anestezi ile ilgisi kurulabilecek kalp krizi, felç gibi sorunların mutlaka hastaya ameliyat öncesinde imzalatılan bilgilendirilmiş onam formunda olası komplikasyonlar arasında belirtilmesi ve ayrıca, bu konuda anamnezinde veya klinik değerlendirmesinde bir risk hissedilen hastaların sadece tetkiklerinin yapılması yeterli da olmamakta, şahit olduğumuz legal dosyalarda "bu hastaların neden bir kardiyoğa veya nöroloğa ameliyattan önce konsülte edilmedikleri" dahi sorulabilmekte, cerraha ve anesteziiste sorumluluk yüklenebilmektedir. Sonuç olarak ülkemiz şartlarında birçoğu boşuna yapıyor olsa da hastaların hazırlık döneminde bu anlatılan noktalar dikkate alınmalıdır.

Bir de hastaların ameliyattan önce endoskopik muayeneleri tartışılmalıdır. Ailelerinde kolorektal kanser olmayan ve sadece proktolojik şikayetleri olan yaşları 20-40 arası olan hastalarda yapılan kolonoskopik muayenede %2-3 arası adenomatöz lezyon tespit etme olasılığı vardır. Yaşları 40-50 arasındaki ve benzer özellikteki hastalarda ise bu oran %10-11 lere varmaktadır.

O halde yaş ilerledikçe henüz kolorektal kanser tarama yaşına gelmemiş olsalar dahi proktolojik şikayeti olan hastaların kolonoskopisi değer kazanır. Literatürde kırk yaş altındaki hastalarda böyle bir muayeneyi makul kılan yeterli delil yoktur. Ancak yine de genç hastalarda da ishal, kabızlık, kanama gibi semptomları ihbar kabul ederek en azından bir rektoskopi veya tercihan bir rektosigmoidoskopinin zarardan çok yarar getireceğine inanmaktayım.⁷

Ayaktan hemoroid cerrahisi

Amerikan Kolorektal Cerrahi Derneğinin (ASCRS) ilkeleri -her ne kadar geçerliliğine tam inanmasam da- anorektal cerrahi vakalarının %90'ının ayaktan ameliyat edilebileceklerini kabul etmektedir. Bu yaklaşımla anorektal ameliyatlarda tüm hastaneye yatışların %2'ye indiğini ve tedavi giderlerinin de %25-50 azaldığını bildirmektedirler. Yukarıda söz ettiğimiz ASA preoperative değerlendirme kriterlerine göre 1. kategoride olan yani hiçbir ek hastalığı veya sorunu olmayan hastalar ile 2. kategoride olan yani hipertansiyon, diyabet gibi hafif ve orta şiddette tıbbi sorunları olan hastaların tamamı ile 3. kategoride olan yani şiddetli tıbbi hastalıkları örneğin aktivitelerini sınırlayan kalp hastalığı olan hastaların dahi bir kısmı ayaktan cerrahi ile tedavi edilebilir. Yukarıda da söylediğim gibi bu ilkeye inanmasam da tüm klasik kitaplarda ayaktan (ambulator) cerrahinin anlatılması bu kitaba da konulmasını zorunlu kılmıştır. Bir defa anorektal hastalıkların ayaktan cerrahi ile ameliyat edilebileceklerini iddia eden deliller Class III (randomize kontrollü çalışmalar veya diğer vaka serilerini içeren deliller değil de, sadece tanımlayıcı vaka serileri ve uzman raporlarına dayanırlar) kategoridedir. Buna rağmen sırf parasal tasarruf amacıyla ASCRS görev grubu tarafından practice parametreleri (uygulama yönergeleri) arasına alınmışlardır. Elbette ki batı ülkelerinde ev desteği veren aile hekimleri ve ziyaretçi hemşire sistemlerinin bu konudaki katkısı yadsınmaz. Ameliyat ettiğiniz hastanın aynı gece sıradan bir hekime baş vurduğunda her zaman olmasa da ne sürprizlerle, ne yorumlarla karşılaşabileceğinizi hayal etmek dahi ve durumu düzeltmek için harcayacağınız emek hastayı hastanede tutarak edilecek masraftan fazla olabileceği endişesi ülkemiz şartlarında hastayı gece hastanede yatırmak için sanırım yeterli sebeptir. Kanımca, erkek hastaların bir çoğunda ortaya çıkan idrar retansiyonu, hastanede yatarken bile ağrısını kesmekte zorlandığımız, ilk defekasyonunda birçoğu ağrı ve kanama gibi nedenlerle panikleyen hastaları eve göndermek bizim şartlarımızda birçok hastanın hastaneye geri gelmesi ve birçok ek sorun ile karşılaşılması ile sonuçlanacaktır. Yatak ücretlerinin de zaten düşük olduğu ülkemizde hastayı eve göndermek için daha az neden vardır. Ancak bilinçli, seçilmiş ve evde ne yapacağı ile ilgili iyi hazırlanmış bir hastanın da akşam evine gönderilmesini malpraktis saymamalıyız.⁷



Resim 5. Tromboze eksternal hemoroid (arşiv- E Geçim).

Akut tromboze eksternal hemoroidin cerrahi tedavisi
Akut tromboz geliştikten sonra yavaş yavaş artan bir ağrı grafiği çizer. Ağrı ilk gün giderek artar. İkinci günden itibaren hastanın şiddetli ağrısı vardır. Ağrı genellikle ikinci, üçüncü günlerde maksimuma ulaşır ve dördüncü günden itibaren azalmaya başlar. Bu ağrı grafiği nedeniyle hastalar genellikle ilk gün doktora gelmezler. Eğer 2 ila 4. günler arası başvurmussa hemen ameliyat edilir. Eğer dördüncü günden sonra gelmişse ağrı zaten giderek azalacağı için ameliyat etmeye değmeyebilir. Hastanın ağrı ve rahatsızlık duyma derecesine göre ameliyat seçeneği hastaya sunulur. Eğer tromboze pakenin üzerindeki deri nekroze ve ülser olmuş ise kanama, akıntı ve enfeksiyona yol açabileceği için cerrahi uygulaması daha akılcı olur (Resim 5). Ameliyat etmediğimiz hastalara ise oturma banyosu, analjezikler, gaita yumuşatıcılar verilebilir. Hastanın ishal olmasına yol açacak derecede verilen müshiller şikayetleri daha da artırabilir. Bu konuda dikkatli olunmalıdır.

Hastaların ameliyatı sırasında sadece trombusun çıkarılması sonrasında kanama olabileceği için pakenin total olarak cerrahi eksizyonu daha doğru olabilir. Hasta bazında ve pake ya da pakelerin durumuna göre klasik hemoroidektomi ameliyatı da gerekebilir. Küçük pakeler lokal anestezi ile ofis şartlarında opere edilebilirler.

Cerrahi hemoroidektomi

Cerrahi hemoroidektomi, konservatif tedaviyle şikayetleri düzelmeyen erken evre hastalarla ve ileri evre nedeniyle bu tedavilerin etkili olmayacağı düşünülen hastalara uygulanır. Evresi ne olursa olsun hastanın en baştan cerrahi tercih etme hakkına saygı duymalı ve cerrahi

seçenek hastaya ilk baştan bilgi olarak verilmelidir. Ayrıca kronik fissür, fistül ve benzeri durumlar nedeniyle ameliyat edilecek hastalara gerektiğinde hemoroide yönelik işlemler de aynı seansta yapılabilir. Toplumda her 2 erişkinden birisinde hemoroidal hastalık olduğunu yukarıda bildirmiştik ancak tüm hastaların %10 kadarı yani toplumun %5'i hayatının bir döneminde hemoroid ameliyat olacaktır. Günümüzde dünyada en çok tercih edilen hemoroidektomi usulleri açık ve kapalı yöntemlerdir. Açık yöntemde superior hemoroidal arterin mukoza ile birlikte bağlanmasını takiben pakenin eksizyonu ve kanama kontrolünü takiben yaranın açık bırakılması sağlanır. Daha çok İngiltere ve Avrupa'da tercih edilen yöntem Milligan-Morgan adıyla da bilinir. Kapalı yöntemde ise yine proksimaldeki arterin dikişle bağlanmasını takiben pake çıkarılır ve yukarıdan aşağıya

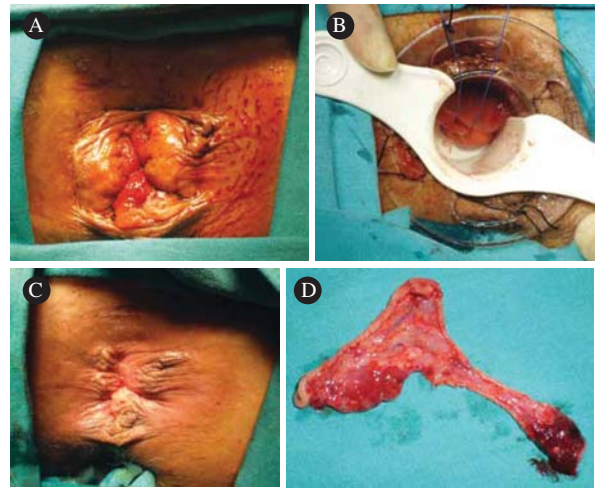


Resim 6. Ultrasonik disektör ile hemoroidektomi (arşiv- S Leventoğlu, B Menteş).

doğru kontinü dikişle alt ucunda hafif bir açıklık bırakılacak şekilde kesi kenarları birleştirilir. Açık ve kapalı yöntemleri kıyaslayan birçok çalışma vardır. Değerli yazarlar Gençosmanoğlu, İnceoğlu ve ark.⁹ çalışmalarını burada zikretmek isterim. Kırkardan iki gurup hasta kıyaslandığında açık yöntem anlamlı derecede daha kısa sürede yapılabilir (35+/- 7 vs. 45 +/- 8 dk, p<0.001). Ağrı kesici gereksinimi ameliyat günü ve postop 1. gün daha azdır (p<0.05). Hastanede kalış süresi ve ameliyattan sonra dinlenme ihtiyacı açısından iki gurup arasında fark yoktur (p>0.05). Kapalı ameliyat yapılan gurupta açığa göre iyileşme süreci daha kısadır (2.8 +/- 0.6 vs. 3.5 +/- 0.5 hafta, (p<0.001). Ortalama 19.5 aylık takip sonrasında tek geç dönem komplikasyonu olan anal stenoz kapalı ameliyat grubunda gelişmiştir.⁹

Birçok benzer nitelikteki çalışmada elde edilen veriler arada bu denli de fark olmadığını göstermiştir. Örneğin Carapeti ve ark.¹⁰ St Marks hastanesinde iki yöntemi kıyasladığında tam iyileşme süresi, postoperatif ağrı, analjezik ihtiyacı, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar açısından arada fark bulamamıştır. Literatürde Gençosmanoğlu gibi kapalı yöntemle ameliyat olanların daha çabuk iyileştiğini gösterenler de tam tersine açık ameliyat olanların daha çabuk iyileştiğini gösterenler de vardır. Kişisel inancım her iki yöntemin de eşdeğer olduğu ve herkesin en alışık olduğu yöntemi tercih etmesini önermek yönündedir. Son zamanda endüstriyel lokomotifin çekmesi ile ameliyatların yüksek teknolojik enerji kaynakları veya özel mekanik zımbalama ve kesme aletleri ile yapılmasının avantajları tartışılmaktadır. Bir yandan endüstri lokomotifini cerrahi trenini istediği yöne çekerken bir yandan bütçe kısıtlamaları rayları yokuşa sürmektedir. Bu nedenle tıp sanatı doğru bilimsel verilere her dönemdekinden daha fazla muhtaçtır. İşte son dönemde öne çıkan yöntemler ultrasonic disektör ve mekanik sıkıştırılmalı bipolar koter yöntemleridir (Resim 6). Zaman zaman bizim de uyguladığımız bu yöntemlerin koter veya makasa göre bir dezavantajları yoktur. Peki avantajları var mıdır? Bu soruya da ameliyat süresinin kısılması (ki olsa olsa 5 dakikalık bir kısalmadır) ve ameliyattaki kan kaybının azalması (sanırım 5-10 cc daha azdır) dışında olumlu cevap veren bir çalışma pek yoktur. Münferit bazı çalışmalarda örneğin klasik koterle daha fazla ağrı olduğunu bildiren bir çalışma vardır ancak acaba koter koagülasyon ayarını 40 yerine 30 da kullansa bu ağrı sonucu böyle olur muydu bilemem. Ayrıca 50 mg Dolantin yerine 75 mg Dolatin vermenin bir fark yaratıp yaratmadığını da iyi düşünmek lazımdır. Sonuç olarak kullanmak ya da kullanmamak üstünlük ya da kabahat değildir diyerek bu tartışmaya nokta koymak isterim.

Diğer bir yöntem muhtelif firmalarca üretilen yuvarlak zımbalama aletleri içine sıkıştırılan pakelerin çepeçevre kesilerek zımbalanmasından ibaret olan Longo yöntemidir (Resim 7A-D). Bu kesi hattının dentate çizgiden 4 cm proksimalde olmasına özen gösterilir. Bu yöntem esasen 2. ve 3. evre hastalar için geçerlidir. Hemoroidektomi mi yoksa hemoroidopeksi denmesi konusunda dahi bir fikir birliği oluşmamıştır. Kanımızca kesilip çıkarılan bir kısım olduğuna göre ektomi sözü daha geçerlidir. Öte yandan hemoroidlerin tamamının çıkarılmadığı



Resim 7. PPH stapler hemoroidopeksi aşamaları; A. Preoperatif görünüm, B. Özel anoskoplarla purse-string suture uygulaması, C. Postoperatif görünüm, D. Rezeke edilen anorektal mukoza (arşiv- S Leventoğlu, B Mentuş).

esasen yukarı doğru çekilerek yerine gönderildiği ve bu nedenle peksi ekinin daha doğru olduğunu savunanlar da haksız değildir. SCI makalelerine bakıldığında çoğunluk ektomi sözünü tercih etse de 200 taneden fazla peksi ekini kullanan makale de vardır. Yapılan birçok çalışmada bu yöntemin klasik hemoroidektomilere göre çok daha az postoperative ağrı ve işe çok daha kısa sürede geri dönmeyi sağladığı konusunda tartışma yoktur. Birçok çalışma toplam ameliyat süresinin de daha kısa olduğunu bildirmektedir.¹¹

Hemoroidektomi ameliyatı hangi yöntemle yapılırsa yapılırsa özellikle 40 yaş üstü erkeklerde daha fazla olmak üzere üriner retansiyon (%2-35), erken ve geç dönemde kanama (%0.03-6), anal stenoz (%0-6), perianal enfeksiyon (%0.5-5.5) ve anal inkontinens (%2-12) komplikasyonlarına yol açabilir. Kanama sorunu ameliyattan hemen sonra görülebileceği gibi absorbable materyalle yapılan dikiş ve bağlamaların ameliyattan birkaç gün hatta hafta sonra eriyerek bağladıkları damarların serbest kalması sonucu görülürler. Yapılacak ilk iş bir Foley sondayı anal kanala yerleştirerek şişirip basınçla kanı durdurmaktır ki çoğu vakada başarılı olur. Bu yöntemle durdurulamayan kanamalar ameliyathanede anestezi altında çoğunlukla tek bir dikişle durdurulabilirler. Stapler hemoroidektomi yönteminde bunlara ek olarak rektal perforasyon ve kalıcı kolostomi, sepsis ve ölüm gibi çok ağır

komplifikasyonlar dahi bildirilmiştir. Bir diğer sorun da ameliyat sonrası ısrarcı ağrıdır. Böyle ağrı ile karşılaştığımızda hastayı neredeyse tekrar genel anesteziye almadan kıvrandıracak derecedeki ağrıyı kontrol etmek 2-3 gün süreyle mümkün olmamıştır. Komplikasyon oranlarının bu denli değişken olması iki ana anlam ifade edebilir. Muhtemelen en önemli faktör hasta popülasyonlarının premorbid durumlarıdır. İkinci önemli faktör ise cerrahın eğitim ve deneyimidir.^{4,7}

Akut strangüle hemoroidin cerrahi tedavisi

Tromboze eksternal hemoroidden farklı olarak 3. veya 4. derece hemoroidlerin dışarıya prolabe olması ve ödem yaparak şişip ağrılı ve redükte olmayan bir hal almasıdır. Trombozdan daha farklı olarak strangüle pakelerin kan dolaşımı sürmektedir ve bazen üzerlerinde ülserasyon ve nekroz gelişip şiddetli kanamalar da yapabilirler. Tedavisinde acil olarak yukarıda tarif edilen klasik hemoroid ameliyatları etkili olur. Kimi cerrahlar bu lezyonları hemen ameliyat etmek yerine önce topikal tedaviler, oturma banyoları ve flebotonik ilaçlarla yumuşatma ve sonra ameliyatı tercih ederlerse de hastanın bu dönemi çok rahatsız geçireceğini de hesaba katarak, şiddetli ağrısı olan tüm hastalara gerekirse acil şartlarda hemoroidektomi yapılması bize daha mantıklı gelmektedir.⁴

Ameliyat sırasında dikkat edilecek hususlar

Ameliyatı herhangi bir anestezi altında yapmak mümkündür. Kişisel ve Ankara Tıp Fakültesi olarak lokal dışındaki tüm regional veya genel anestezi yöntemlerini uygulamaktayız. Ancak örneğin mesleği öğrendiğimiz Prof. Santhat Nivatwongs gibi bu ameliyatı her zaman ameliyathaneye girmeden ofis/poliklinik şartlarında ve minimal sorun ile lokal infiltrasyon anestezi artı IV sedasyon altında yapmayı tercih edenler de vardır. Hastanın uyuma uyanma derdi ortadan kalkar ve anestezi için geçen vaka başına en az 15-20 dakika zamandan tasarruf edilir. ABD’de ameliyathanenin işgaline bedeli dakikada en az 20-25 dolara gelmekte olduğundan önemli miktarlarda para tasarruf edilebilir. Özellikle ayaktan cerrahinin en önemli savunucusu olan cerrahların lokal anesteziyi savundukları bilinmektedir. Öte yandan IV sedasyon için zaten anesteziist yardımına gerek duyulacaksa ve ülkemizdeki gibi ameliyatı nerede yaparsan yap hiçbir maddi avantajı olmayacaksa,

ameliyathane şartları çok daha rahat ve güvenli olacaktır. Bir de hastaların anal bölgelerine yapılan enjeksiyonu genel veya regional anesteziye göre çok daha zor tolere ettiklerini de hatırlatmak isterim.

Ameliyat sırasında dikkat edilecek 2 konu daha vardır. Bunlardan birincisi, mutlaka eksize edilen pakeler arasında yeterli sağlam mukoza şeritlerinin bırakıldığından emin olmak diğeri de sfinkter kaslarının mutlaka iyice tanınması ve korunmasıdır. Hemoroid ameliyatı sonrasında düzeltmemiz için bize refere edilen hastalar arasında en sık rastladıklarımız anal striktür ve ikinci en sık rastladığımız gurup ise anal inkontinens vakalarıdır. Ameliyat sonrasında ortaya çıkan septik komplifikasyonlarda dahi koter yanıklarının ve sfinkter yaralanmalarının rolü olabilmektedir.

Ameliyat sonrasında dikkate alınması gereken hususlar

Hastaların eve gönderilmesi için anesteziistlerin kullandığı Aldrete cetveli gibi skorlamalar kullanılabilir. Örneğin bu skorlamada hastanın vital ve fizyolojik fonksiyonları normale, oturma, yürüme, tualete gitme gibi fonksiyonları tamamsa erişkin ve sorumluluğu alan bir kişi ile birlikte eve gönderilebilir. Kanımızca, eve gitmeden önce her hastanın rahat yemek yediği, idrar ve dışkılamasını yaptığını görmek daha garantidir. Ameliyatın ertesi günü defekasyonu sağlamak için hastaya ameliyat olduğu günün akşamında makul miktarda bir mushil örneğin 2 ölçek Magnezyum sütü vermek hastaların tamama yakınının ertesi sabah vizitinden önce ilk defekasyonlarını yapmalarını sağlar ve tarafımızdan rutin olarak kullanılmaktadır.

Ameliyattan sonra hasta genel anestezi altındayken yapılan lokal anestezi infiltrasyonunun ağrı tedavisi açısından yararlı olduğuna inananlar ve ödemi artırdığı için karşı olanlar vardır. Yine ameliyattan sonra internal sfinkteri gevşeten nitrogliserin ve benzeri maddelerin yararına inananlar da vardır. Halen rutin olarak hasta kontrollü analjezi (PCA) aleti yardımı ile IV ağrı tedavisi uygulamayı tercih etmekteyiz. Özellikle Fransızlarca verilmemesi çok yadırganan bir ilaç ise postoperative Metronidazoldür. Gerek oral gerekse supozituar şeklinde kullanımı bu ülkede çok yaygındır ve hem septik komplifikasyonları hem de postoperative ağrıyı azalttığına inanılır.

Ameliyat sonrasında özellikle 40 yaş üzeri erkek hastalarda çok daha sık olmak üzere idrar retansiyonu

en sık rastlanan sorundur. Bu hastalara ameliyat sırasında ve sonrasında verilen IV sıvı arttıkça retansiyon şansı artar. Bu nedenle anestezi sırasında sıvının kısıtlı tutulması ve sonrasında da hastaya IV yerine oral alım teşvik edilmesi idrar retansiyonunu da azaltır.

Ameliyat sonrasında servis hemşiresi ya da hastayı takip eden herkesin en iyi bilmesi gereken konu hastalarda ameliyat sonrasında %0.6 ila 5.4 arası oranlarda bildirilmiş olan kanamalardır.

Kanayan her 5 hastadan birisi ameliyathaneye geri gelir ve hemostaz amaçlı girişim gerekir. Serviste uygulanan anüse yerleştirildikten sonra şişirilerek hafif traksiyonda birkaç saat bırakılan bir Foley sonda da birçok hastanın ameliyathaneye geri alınmasına mani olur. Çok nadir hastada da eve gittikten birkaç gün sonra özellikle arterler üzerindeki bağlamaların erimesi veya kayması ile geç kanamalar olabilir ve bunları tekrar ameliyathane şartlarında dikmek veya yakmak gerekebilir.

En önemlisi hastaların ameliyat sonrasında uzun ve ağrılı bir iyileşme dönemi geçireceklerinin daha ameliyata karar verirken anlatılması ve ameliyatın esas kazancının en az 3 hafta sonra ortaya çıkacağına hastaya iyi izah edilmesidir.⁴

Özel Durumlar

Portal hipertansiyon ve hemoroidal hastalık
Yukarıda hemoroidal sistemin anatomisinden söz ederken anal kanal civarının portal ve caval venöz sistemlerin doğal anastomoz bölgelerinden biri olduğunu anlatmıştık. İşte hastalarda bir nedenle portal hipertansiyon geliştiğinde portal sistemin en distalinde yani anal kanalda da venöz dolgunluk ve hatta daha da ileri safhada rektal varisler ortaya çıkar. Bu varisleri hemoroidal hastalıkta anatomisi dejenere olan hemoroidal corpus cavernosumların içindeki venlerle karıştırmamak gerekir. Zaten olaya epidemiyolojik olarak yaklaştığımızda, portal hipertansiyon ve dolayısıyla rektal varisleri olan hastalarda hemoroidal hastalık olasılıklarının normal popülasyondan farklı olmadıkları görülmüştür. Zaten rektal varisler de, özofagus lat ucunun serozasız submukozal venlerine göre çok daha anatomic olarak kalın ve sağlam bir bölgede yer aldıklarından olsa gerek, kolay kolay kanamaz ve sorun çıkarmazlar. Rektal varisler olasılık olarak portal hipertansiyonlu hastalarda görülen gastrointestinal kanamaların sadece %1 ini oluştururlar.⁴

Gebelik ve hemoroidler

Yukarıda da söz ettiğimiz gibi hanım hemoroid hastalarının önemli bir çoğunluğu semptomlarının başlama zamanı olarak geçirdikleri gebelikleri söylerler. Genellikle gebeliğin sonlanması ile hafifleyen şikayetler özellikle gebeliğin son döneminde artarlar. Gebelik döneminde akut tromboze veya strangüle pakelerin cerrahi tedavisi mümkündür. Özellikle gebeliğin son döneminde doğumu presipite eder veya bebeğe zarar verir korkusu ile genel anestezi vermek istemediğimiz durumlarda, hastayı sol yan vaziyette yatırarak lokorejyonel anestezi yöntemleri ile hemoroidektomi yaptığımız hastalarda ciddi bir sorun olmamaktadır. Sol yan pozisyonun amacı uterusun vena cava üzerine bası yaparak venöz dönüşü engellemesine engel olmaktır. Doğumu engellemek amacıyla kadın doğum uzmanlarınca yapılacak progesterone profilaksisinin de yararına inananlar vardır.

İmmün sistem ve hemoroidal hastalık

Klinik hayatımızda en zorlandığımız hasta guruplarından bir tanesi kemik iliği nakli veya diğer nedenlerle görülen immune supresif tedavi gören hastalarda ortaya çıkan hemoroidal hastalıklardır. Bunlara nadir de olsa HIV (+) hastalar da eklenebilir. Aslında bu hasta grubunda hemoroid tedavilerine karşı bir kontrindikasyon yoktur. Bazı özel dikkat gerektiren durumları da yukarıda anlatmıştık. Örneğin kemik iliği supresyonu nedeniyle trombositopenik ve kanama diyatezli bir hastada band ligasyonu yapılmamalıdır. Nötropenik bir hastada yapılacak girişimlerin yüksek oranlara ulaşan septik komplikasyonları mutlaka dikkate alınmalıdır. Sonuç olarak tavsiye ettiğimiz bu hasta grubunda tartışmasız çok daha uzun süre alan ve daha zor geçen yara iyileşmesi dönemini de dikkate alarak özellikle cerrahi tedavilerin hastaların daha müsait oldukları tedavi kür aralıklarını veya remisyon dönemlerini beklemektir. HIV (+) hastalarda da cerrahi kararını daha zor almalı ve konservatif tedavi yöntemlerini daha zorlamakta yarar olabilir.⁴

İltihabi barsak hastalıkları ve hemoroidler

İltihabi barsak hastalıklarında hemoroidal hastalık semptomlarının da eklenmesi ile hastaların çok daha kötü bir hayat kalitesi düzeyine indiklerini görmek sürpriz olmaz. Özellikle kronik ve sık gelen diyare ile seyreden

vakalarda hemoroid şikayetleri daha öne bile geçebilmektedir. Bir taraftan da hemoroid nedeniyle kendi kendisine veya konuya yabancı hekimler tarafından tedavi görüp sonuçta iyileşmeyince uzmana baş vuran ve tanı konulan hastalara da rastlamak mümkündür.

Özellikle ülseratif kolit hastalarında hemoroid tedavisinin fazla bir özelliği yoktur denebilir. Ancak hemoroid ameliyatı yerine ülseratif kolitin tedavisi ile normalleşen dışkılama düzeni ile hemoroidal şikayetlerin de gerileyeceği ve cerrahi gerekçelerin ortadan kalkabileceği akılda tutulmalıdır. Hemoroid ameliyatı sonrasında anal kanal anatomisinde oluşacak değişikliklerin ileride yapılacak ileal pouch anal anastomoz fonksiyonlarını olumsuz etkileyebileceğini hatırlatmak isteriz. Büyük vaka serilerimiz olmamakla birlikte cerrahi tedavi ettiğimiz hastalarda sıradan hastalarla önemli bir fark izlememekteyiz.

Crohn hastalığında ise işi biraz farklı algılamak gerekir. Bizim tecrübemizde altta yatan Crohn'u bilmeden hemoroidektomi yaptığımız ve ameliyat sonrasında apse/fistül, iyileşmeyen sinüsler, uzayan iyileşme dönemi

gibi sorunlar nedeniyle daha derin araştırdığımızda Crohn tanısı koyduğumuz hastalarımız vardır. Bu hastaların da aynen perianal fistül hastaları gibi ameliyattan yarar gören azınlıktan ziyade bir çoğunun anal hastalığın kronikleşmesi ile seyrettiğini görebilmekteyiz. Ülkemiz şartlarında perianal Crohn nedeniyle proktectomi kararı özellikle gastroenteroloji konseylerinde çok zor verilmekte olduğundan bu hastaların çoğu muzdarip bir şekilde kronik hastalığın tüm olumsuzlukları ile yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar. Daha dikkat çekici bir şekilde, St Marks hastanesinden yayınlanan klasik bir seride hemoroid nedeniyle ameliyat edilen Crohn hastalarının %30'unda bir kısmı ameliyatla ilişkili olarak ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle proktectomi gerektiği bildirilmektedir. Bu seriyi de dikkate alarak bilinen Crohn tanısı olan hastalarda cerrahi tedavi kontrendike demesek bile yapmamak daha doğru olabilir denmelidir veya başka bir yönden bakıldığında hemoroidektomi yapacağımız hastaların en azından dikkatli bir anamnez, klinik muayene ve bir rektosigmoidoskopik hazırlıktan geçirilmelerinin önemi burada vurgulanmalıdır.¹²

Kaynaklar

1. Goligher JC, Duthie EL, Nixon HN. Surgical anatomy and physiology of the colon, rectum and anus. Surgery of the Anus Rectum and Colon, Bailliere Tindall, London 1981;pp.7- 47.
2. Wolff BG, Pemberton JH, Wexner SD, Fleshman JW. Hemoroidal Disease. The ASCRS Textbook of Colon and Rektal Surgery 2007;156-77.
3. Beck D, Roberts P, Rombeau J, Stamos M, Wexner S. Anatomy and Embryology of the Colon and Rectum and Anus. Springer 2009;pp.1-31.
4. Beck D, Roberts P, Rombeau J, Stamos M, Wexner S. Benign Anorektal: Hemoroids. Springer 2009;pp.225-59.
5. Mentş BB, Görgül A, Tatlıcioğlu E, Ayoğlu F, Unal S. Efficacy of calcium dobesilate in treating acute attacks of hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum 2001;44:1489-95.
6. Allain H, Ramelet AA, Polard E, Bentué-Ferrer D. Safety of calcium dobesilate in chronic venous disease, diabetic retinopathy and haemorrhoids. Drug Saf 2004;27:649-60.
7. Place R, Hyman N, Simmang C, *et al.* The standart task force the ASCRS. Dis Colon Rectum 2003;46:573-6.
8. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation vs. excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2005;3:CD005034.
9. Gençosmanoğlu R, Sad O, Koç D, Inceoğlu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. Dis Colon Rectum 2002;45:70-5.
10. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick SJ, Phillips RK. Randomized trial of open versus closed day-case haemorrhoidectomy. Br J Surg 1999;86:612-3.
11. Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, *et al.* A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. Dis Colon Rectum 2004;47:1824-36.
12. Marks CG, Ritchie JK, Lockhart-Mummery HE. Anal fistulas in Crohn's disease. Br J Surg 1981;68:525-7.