

## makatta sarı kahverengi akıntı ve gaz ...

Gönderen : enricos - 12/04/2010 19:43

Merhabalar hocam .

İnternetteki araştırmalarıma karşılık sizi buldum. Benim şikayetim makat bölgesinde sarımsı kahverengiye çalan bir akıntının olması . Bununla beraber aşırı derecede gaz olması. Bu sorun benim beynimi yiyecek , şuan üniversitede yurtdışında öğrenim görmekteyim . 3 ay önce Türkiyeye gelip özel bir hastanede kıl dönmesi ameliyatı olmuşum . Kıl dönmesi düzeldi ama şimdi bu sorun başladı , bu sorun içinde gelicem ama bir ayı bulur . Bu yüzden bana bu konunun detayını anlatırmısınız ? Buna neden olan nedir ? Tedavisi nedir ? Risk var mıdır ? Ameliyat dan sonra toparlamam için gerekli süre ? Eğer okursanız , cevabınızı bekliyorum. Saygılarımla..

## Cvp:makatta sarı kahverengi akıntı ve gaz ...

Gönderen : DrTaviloglu - 13/04/2010 21:01

Size geçmiş olsun, daha önce kıl dönmesi (pilonidal sinüs) sonrasında muhtemel bir makat fistülü (perianal fistül) sorunu yaşadığınız anlaşılıyor. İki vücut bölgesi arasında normalde olmaması gereken bir bağlantının (kanalın) oluşmasına fistül denir. Makat içindeki bağırsak bölümü (birincil ağız) ile deri arasında (ikincil ağız) normal dışı bir bağlantının oluşmasına ise makat fistülü veya tıbbi deyimile perianal fistül denir. Nerede ise vakaların tümünde, geçmişte olan bir apse sonucunda oluşan perianal fistül, apsenin geliştiği salgı bezi ile apsenin boşaldığı cildi birbirine bağlayan tünel gibi küçük bir kanaldır. Makat fistülü sorununu ilk olarak, modern tıbbın atası olarak kabul edilen Hipokrat (MÖ 460 – 370) tanımlamıştır. Daha sonra İngiliz Cerrah John Arderne (1307-1390) perianal fistül tedavisinde fistülotomi ve seton girişimlerini tanımlamıştır. Tarihi bilgilere göre Fransa Kralı 14. Louis perianal fistül nedeniyle ameliyat edilmiştir. Daha sonra, 19. Ve 20. yüzyıllarda, o dönemlerin en ünlü cerrahları olan Goodsall, Miles, Milligan, Morgan, Thompson ve Lockhart-Mummery perianal fistül tedavisi konusunda birçok tedavi tekniği tanımlamışlardır. Son olarak 1976 yılında Parks günümüzde de yaygın olarak kullanılmakta olan sınıflama sistemini tanımlamıştır. Yukarıda belirtilen tarihten de anlaşılacağı gibi, 2,500 yıldan beri bilinmekte olan perianal fistül hastalığının tedavisi ameliyat sonrası nüks (% 2-10 oranında) veya tekrarlama oranlarının yüksek olması ve ameliyat sırasında eksternal sfinkter adı verilen dışkı tutma kasının yaralanma olasılığıdır ki bu durum dışkı tutamama (% 0-20 oranında) ile sonuçlanır ve düzeltilebilmesi çok güç bir durumdur.

Mide barsak sisteminin en son bölümünü oluşturan makat bölgesinin etrafında iki adet kas tabakası yer alır. Dış kas tabakası veya eksternal anal sfinkter dışkıyı tutma işlevini sağlayan çizgili veya istemli kas liflerinden oluşur. İç kas tabakası veya internal sfinkter ise, düz veya istemsiz kas liflerinden oluşur ve kişi bu lifleri kontrol edemez. Her iki kas lifinin dışkı tutma (kontinens) üzerinde ciddi etkileri vardır. Makat kanalının deri ile birleştiği yere açılan bezler mevcuttur. Bu bezlerin görevi, makatın kayganlığını sağlamak ve dışkılama işlevini kolaylaştırmaktır. Bu bezler iltihaplanırsa barsak ile cilt arasında bir tünel gelişir ki buna fistül denir. Makat apsesi: makat bölgesinde içinde iltihap dolu bir kesecik oluşmasıdır. Makat veya tıbbi deyimile anüs çevresinde ağrı, üşüme, titreme ve ateş şikayeti olan hastalarda makatta apse veya altta yatan makat fistülü hastalığı olabilir. Makatta apse makat bölgesindeki salgı bezlerinin tıkanması ve iltihaplanması ile gelişir. Kalın barsak iltihapları, aşırı ishal gibi durumlar makatta apse gelişmesine neden olabilirler. Makat apsesi genellikle makatta şiddetli ağrı ve şişlik ile kendini gösterir. Bu şikayetler dışkılama alışkanlığı ile ilgili değildir ve ateş olabilir. Buna ek olarak, makat çevresinde kaşıntı ve iltihabi akıntı şikayetleri halsizlik eşlik edebilir. Kendiliğinden veya cerrahi yöntemle apse boşaltılabilir ve böylece ağrı ve basınç hafifler. Makatta fistül gelişen hastalarda sıklıkla kanlı veya

sarı renkli cerahat akıntısı şikayeti olup, bu hastalarda genellikle ateş, halsizlik ve ağrı olmaz. Bu şikayetlerin ortaya çıkması ise tekrar apse oluşumuna işaret eder. Makat apseleri her zaman fistüle dönüşmez. Makat fistülü makat apsesi vakalarının yaklaşık % 40-50'sinde gelişir ve eğer oluşacaksa engellenmenin imkanı yoktur. Hangi apsenin fistülleşeceği konusunda bir tahminde mümkün değildir. Eğer makat yanından akıntı 2-3 ay kadar devam ederse perianal fistül tanısı konur. Nadiren fistül hastalığı çok uzun yıllar (yaklaşık 8-10 yıldan fazla) devam ederse devamlı fistül olan bölgede oluşan tahribat sonucu kanser gelişebilir. Bundan dolayı oluşan şikayetlerin önce bir Genel Cerrahi Uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Başkalarının kullandığı ilaçlar veya doktor kontrolü dışında, eczanelerden gelişti güzel temin edilen ilaçlar zaman kaybına neden olabilir.

Makat apsesi, makatın yanındaki cilde yapılan bir kesi ile cerahatın dışarıya boşaltılması (drenaj işlemi) ile tedavi edilir. Bazen bu işlem sırasında cerahat rahatlıkla boşalabilsin diye cildin küçük bir kısmı da çıkartılır. Büyük ve derin apseler mutlaka ameliyathane koşullarında ve genel anestezi altında boşaltılırken, yüzeysel olan apseler bazen lokal anestezi ile yani o bölge uyuşturularak yapılabilir. Şeker (diyabet) hastaları, Crohn hastalığı varlığı, kanser tedavisi gören hastalar, organ nakli yapılmış olan hastalarda apse gelişmesi durumunda bu tedavinin mutlaka hastaneye yatırılarak yapılmalıdır. Ağrı kesicilere rağmen geçmeyen ağrı, tedavi sonrasında ağrının artması, ateş, titreme, idrar yapmada zorluk, aşırı kabızlık veya ishal, bulantı ve kusma varsa mutlaka doktora başvurulmalıdır. Apsenin boşaltılması ile birlikte en geç 24 saat içinde yakınmalar nerede ise tamamen kaybolur, ancak apse boşluğunun tam olarak iyileşmesi 3-5 hafta kadar zaman alır.

Makat fistülü tanısı sıklıkla Genel Cerrah muayenesi ile konulur. Öncelikle, komplike vakalarda, kolonoskopi tetkiki ile, Crohn hastalığı gibi iltihabi bağırsak hastalıklarını dışlamak gerekir. Bundan sonra ise ilaçlı (kontrastlı) Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile veya endorektal ultrason (ERUS) ile fistül yolunun (trakt) seyri araştırılır. Endorektal ultrason (ERUS) bir endokopist tarafından endoskop'un ucuna takılmış olan mini bir ultrason cihazı (ERUS) ile veya bir Radyoloji Uzmanı tarafınan rektal prob adı verilen ultrason ucu ile makattan girilerek yapılabilir. Buradaki mantık fistülün seyri sırasında dışı tutma kası (eksternal anal sfinkter) veya leğen kemiğinin taban kasları ile ilişkisini anlamak ve ameliyat öncesindeki planlamayı detaylı yaparak ameliyata hazırlanmaktır.

Makat fistülünün tedavisindeki ana ilke bağırsak (birincil ağız) ile deri arasında (ikincil ağız) gelişmiş olan tüneli ortadan kaldırmaktadır. Genellikle tünelin iç ve dış ağızlarını birleştiren bir kesi (fistülotomi) yapılması tercih edilir. Bu işlem sırasında makat bölgesini kontrol eden kasların bir kısmı da kesilir. Fistülün dışkıyı kontrol eden kas (eksternal sfinkter veya istemli kas) ile fazla ilişkisinin olduğu belirlenirse, bu durumda iki aşamalı onarım tercih edilerek işlem ikinci bir ameliyat ile pekiştirilebilir. Dışkıyı tutmaya yarayan dış kas liflerini kesmek gereği varsa, bu halde seton işlemi kullanılır. Seton işlemi tünelin iç ve dış ağızlarının bir ip, naylon veya lastik ile birleştirilmesi ile gerçekleştirilir. Bu işlem ile tünel devamlı açık kalarak dışarıya sürekli boşalır ve böylelikle dışkıyı tutmaya yarayan dış kas liflerinin yaralanmaması avantajını getirir. Daha komplike vakalarda mukoza kaydırma yöntemi gibi tekniklere başvurulması gerekebilir.

Makat fistülünün tedavisindeki yöntemler:

- **Fistülotomi veya fistülektomi tekniği:** Fistülotomi veya fistülektomi tekniği, aynı zamanda lay-open veya açığa bırakma tekniği olarak adlandırılır. Fistülün bağırsaktaki ve derideki ağızlarını bularak aradaki dokuların kesilmesi ve fistülün kazınması prensibine dayanır. Bu teknik dışkı veya gazı tutamama (inkontinens) komplikasyonuna yol açabileceğinden, eksternal anal sfinkteri (dışkıyı tutma kası) içine alan fistüller için uygun değildir. Fistülotomi tekniğinde % 2-20 oranında dışkı veya gazı tutamama (inkontinens) gelişebilir. Bu yöntem sonrası perianal fistül nüksü % 2-10 arasında görülür.
- **Seton tekniği:** Yüksek yerleşimli veya eksternal anal sfinkteri (dışkıyı tutma kası) içine alan bir fistül varlığında seton tekniği tercih edilir. Bu teknikte fistülün bağırsaktaki (iç) ve derideki (dış) ağızları

arasından bir ip veya lastik geçirilerek bağlanır. Seton tekniğini Hipokrat ilk olarak 'at kılı' ile gerçekleştirmiştir. Zaman içinde bu ip veya lastik daraltılarak, eksternal anal sfinkteri (dışkıyı tutma kası) kademeli olarak fistül boyunu kademeli olarak kesmesi beklenir. Seton tekniğinde, nedbe oranı azdır, ancak % 2-20 oranında dışkı veya gazı tutamama (inkontinens) gelişebilir. Bu yöntem sonrası perianal fistül nüksü % 0-10 arasında görülür.

- Fibrin yapıştırıcı tekniği: Fibrin yapıştırıcı adlı yapışan geri dönüşümlü bir maddenin fistülün içine enjektör ile verilesi prensibine dayanır. Hastaya fazla bir yük getirmez ve dışkı veya gazı tutamama (inkontinens) sorununa yol açmaz. Perianal fistül tedavisinde fibrin yapıştırıcı uygulaması ile başarı oranı % 40-60 arasında değişmektedir.
- Tıkaç tekniği: Fistülün plug veya tıkaç ile tıkanması pensibine dayanır. Bu teknikte kullanılan tıkaç, domuzların ince bağırsağından yapılan steril ve geri dönüşümlü bir maddedir. Fistülün derideki (dış) ağzından içeriye tıkaç amddesi verilir ve daha sonra derideki ağzı dikilerek kapatılır ve böylelikle fistülün doğal yolla iyileşmesi hedeflenir. Perianal fistül tedavisinde tıkaç tekniği ile başarı oranı % 60-80 arasında değişmektedir.
- Endorektal ilerletme flebi: Perianal fistül tedavisinde endorektal ilerletme flebi tekniği, fistülün iç ağzının bulunarak bu ağzın etrafındaki bölümden bir bağırsak bölümünün kaldırılması, fistülün iç ağzının kapatılması ve sonra daha önceden kaldırılmış olan bağırsak bölümünün fistül iç ağzının üzerine kaydırılması veya dikilmesidir. Endorektal ilerletme flebi tekniğinde % 20 oranında dışkı veya gazı tutamama (inkontinens) ve % 20 oranında nüks görülür.

Hastaların işe çoğunlukla işlemin ertesi günü dönebildikleri, ama bazı kişilerde bu sürenin birkaç güne uzayabildiği bilinmektedir. Bu dönem zarfında hastalara oturma banyosu denilen tedavi uygulanır. Bu işlem hastanın ılık suyun içine 15 dakika gibi bir süre ile günde 3-5 kez oturması prensibine dayanır. Hastaya bu dönemde baklagillerden (bakla, bezelye, fasulye, nohut, mercimek vb.) zengin posa yani lif bırakan bir diyet şekli önerilir. Bu durumda hastaların aktif günlük yaşantılarını konforlu bir şekilde devam ettirebilmeleri ve çamaşırlarının kirlenmesini önlemek için bir süre ped kullanmaları gerekebilir.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Korhan Taviloğlu  
Genel Cerrahi Uzmanı  
[www.makatkanamasi.com](http://www.makatkanamasi.com)  
[www.makattacatlak.com](http://www.makattacatlak.com)  
[www.hemoroidbilgisi.com](http://www.hemoroidbilgisi.com)  
[www.barsakcerrahisi.com](http://www.barsakcerrahisi.com)  
[www.kildonmesisikayeti.com](http://www.kildonmesisikayeti.com)  
[www.genelcerrah.com](http://www.genelcerrah.com)  
[www.drtaviloglu.tv](http://www.drtaviloglu.tv)

=====