

Derleme/Review

Benign anorektal hastalıklar

Benign anorectal diseases

 Atila Korkmaz*

Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Öz

Benign anorektal hastalıklar oldukça yaygın olan ancak hastaların şikayetlerini dile getirme konusundaki çekinceleri nedeniyle yaygınlığının tam olarak saptanamadığı hastalıklar grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle benign anorektal hastalıkların tanı ve tedavileri gecikmekte ve insanların yaşam kalitesi ile iş gücünü negatif yönde etkilemektedir. Bu bölgenin benign lezyonları içinde hemoroidler, anal fissür, perianal abseler, fistüller, rektal prolapsus ve anal inkontinens gibi rahatsızlıklar sayılabilir. Ayrıca, kondilomlar, rektovaginal fistüller, hidradenitis suppurativa gibi durumlara da daha seyrek olarak rastlanır. Tanının doğru olarak konulabilmesi için semptomların sorgulanması, bölgenin muayenesi ve yardımcı laboratuvar tetkiklerin iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu derlemede pratikte rastlanan benign anorektal hastalıkların genel semptom ve muayene bulguları öncelikle ele alınmış ve patolojiler ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: benign anorektal hastalıklar, hemoroidal hastalık, anal fissür, perianal fistül

Abstract

Benign anorectal diseases constitute a highly prevalent group of disorders; however, their exact prevalence cannot be fully determined due to patients' hesitation in expressing their complaints. Consequently, the diagnosis and treatment of benign anorectal diseases are delayed, negatively impacting patients' quality of life and workforce productivity. Benign lesions of this region include disorders such as hemorrhoids, anal fissure, perianal abscesses, fistulas, rectal prolapse, and anal incontinence. Additionally, conditions like condylomas, rectovaginal fistulas, and hidradenitis suppurativa are encountered more rarely. To achieve an accurate diagnosis, thorough questioning of symptoms, physical examination of the region, and careful evaluation of ancillary laboratory tests are essential. In this review, the general symptoms and examination findings of benign anorectal diseases encountered in daily clinical practice are primarily addressed, and the specific pathologies are evaluated individually.

Keywords: benign anorectal diseases, hemorrhoidal disease, anal fissure, perianal fistula

Sorumlu Yazar*: Dr. Atila Korkmaz. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara, Türkiye.

E-mail: atkorkmaz@isnet.net.tr

Doi: 10.62351/gmhs.2026.0016

ORCID: 0009-0002-1792-1933

Gönderim: 30.03.2026 kabul: 05.5.2026

Giriş

Anorektal bölgenin muayenesinden önce hastanın şikayetlerinin dinlenmesi ve öyküsünün alınması çok önemlidir. Bunu takiben rektal tuşeyi de içeren fizik muayenesinin dikkatli ve uygun bir şekilde yapılması gereklidir. Radyolojik incelemeler ve görüntüleme yöntemleri gibi tanıya yardımcı teknikler fizik muayeneden sonra kullanılabilir. Benign anorektal hastalıkların semptomları genellikle kanama, ağrı, akıntı (sümüksü, pürülan veya fekal) ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik olmasıdır (1). Bu semptomlar malign hastalıklarda da olabileceği için ayırıcı tanı çok önemlidir. Benign anorektal hastalıklar kolonda mevcut malign bir tümörün belirtisi de olabilir (1). Bu nedenle hastaları muayene ve tetkik ederken böyle bir durumun olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca hastanın yandaş hastalıkları, kullandığı ilaçları, ailevi kolorektal ve anal hastalık bulunup bulunmadığı, seyahatleri ve seksüel temasları sorgulanmalıdır.

Benign Anorektal Hastalıklarda Semptomlar

Semptomların irdelenmesi ve hastanın öyküsünün ciddi şekilde alınması tanıda ve ayırıcı tanıda önemli ipuçları içerir. Anorektal bölge patolojilerinde en önemli semptomlar şunlardır:

Kanama: Kolorektal ve anal bölge hastalıklarının en önemli belirtisi kanamadır. Kanın koyu veya açık renkte olması, pıhtı içerip içermemesi, gaita ile bulaşıklık durumu, sadece tuvalet kağıdında belirmesi veya dışkılama sırasında damla şeklinde gelmesi gibi ayrıntılar çok önemli olup mevcut olabilecek patoloji konusunda fikir verir. Dışkılama sonuna doğru damla şeklinde olan parlak kırmızı renkli kanama genellikle internal hemoroidlerde görülür (1). Tuvalet kağıdı üzerinde fark edilen kan ise minör bir hemoroidal pakeden veya anal fissürden kaynaklanmış olabilir. Pıhtı gelmesi veya koyu renkli bir kanama ise daha proksimalde kolona ait bir patolojinin varlığına işaret eder. Her türlü kanamada hastada benign hastalıklar öngörülse de kanser gibi çok daha ciddi patolojilerin proksimal kolorektal kısımlarda bulunabileceğini düşünmek gerekir. Kanamanın kaynağı konusunda şüphe varsa, hastanın yaşı ileri ise, ailevi kolon kanseri öyküsü mevcutsa, tedaviye rağmen kanama devam ediyorsa ve anemi varsa mutlaka alt gastrointestinal sisteme ait bir tümör varlığı araştırılmalıdır (1).

Ağrı: Diğer önemli bir semptom ise anal bölgede ağrı hissedilmesidir. Dışkılama sırasında veya bitiminde ortaya çıkan ağrı anal fissür varlığını gösterir (1). Dışkılama ile ilişkili olabilen veya olmayan ağrıların altında perianal abseler veya iyi drene olamayan perianal fistüller düşünülmelidir. Aniden oluşan tromboze hemoroidlerde devamlı ve şiddetli bir ağrı; prolapse olanlarda daha hafif ve zaman zaman olan ağrı şikayetleri

vardır. Dışkılama ile ilgisi bulunmayan, genelde geceleri olup yürümekle geçen ve 15 dakika kadar süren ağrılı nöbetlerin bulunması levator ani sendromunu akla getirmelidir (1). Ağrının başlangıç öyküsü, şiddeti, dışkılama ile olan ilişkisi ve başka semptomların eşlik edip etmediği sorgulanmalıdır.

Akıntı: Rektum ve anal kanaldan gelen ve genellikle iç çamaşırının kirlendiği şekilde ifade edilen akıntı farklı karakter ve yoğunluklarda çeşitli benign veya malign hastalıklarda olabilir. Mukuslu yani sümüksü kıvamda olan akıntılarda zeminde villöz adenoma veya müsinöz adenokanserler bulunabileceği düşünülmelidir (1). Ayrıca Crohn Hastalığı, ülseratif kolit gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarında, kriptitlerde ve abselerde pürülan veya iltihabi akıntı olabileceği gibi hafif inkontinensde fekal tarzda bir akıntı ve kirlenme bulunabilir (1). Akıntının ani başlayan anal bölge ağrısını takiben bir süre sonra pürülan şekilde belirmesi ve ağrının azalması intersfinkterik veya supralelevator bir absenin rektuma açılması anlamına gelir.

Dışkılama güçlüğü: Kabızlık kadınlarda premenopozal ve postmenopozal dönemlerde sık görülen bir semptomdur. Erkeklerde daha az ortaya çıkar. Ancak düzenli olan bağırsak düzeninin birden bozulması ve sürekli bir hal alması kolon kanserinin önemli bir belirtisidir. Sol kolon tümörleri daha ziyade kabızlık ve dışkılamada güçlük yaratırken sağ kolon tümörlerinde diyareler gelişebilir. 45-50 yaşlarından sonra dışkılama alışkanlıklarında değişiklik olması çok ciddiye alınmalıdır. Dışkılama sonrası rahatlayamama ve dürtünün devam etmesi de önemsenmesi gereken ciddi bir semptomdur (1). Anal fissür gibi ağrılı ve anal spazm olan hastalarda da dışkılamada güçlük yaşanabilir.

İnkontinens: Gaz ve gaitanın istemsiz olarak kaçırılma durumudur. Genellikle birçok sebebi vardır. Nedene göre nörojenik ve anatomik olarak sınıflandırılabilir. Nörojenik inkontinens merkezi sinir sistemi patolojilerinde, spinal kord ve pudendal sinir yaralanmalarında oluşur. Anatomik inkontinens ise konjenital anomalilerde, travmalarda, prolapsusda, meydana gelir. İnkontinens ayrıca komplet (tam) ve inkomplet (tam olmayan) olarak ayrılabilir. Tam olmayan inkontinensde genellikle sadece gaz kaçırma olur, gaita kaçırılmaz. İnkontinense anal bölgede yapılan bazı ameliyatlardan sonra (örneğin; tekniğe uygun yapılmayan sfinkterotomilerde), doğum sonrası 4. derece perine yırtıkları veya uygun olmayan epizyotomilerden sonra, ileri yaşlarda ve anal bölge kanserlerinde rastlanır (2). En sık sebep ise vaginal yolla olan doğumlar sonrasında oluşan sfinkter yaralanmalarıdır. Benign anorektal hastalıklar içinde yaşam kalitesini en çok etkileyen problem inkontinensdir.

Şişlik veya kitle: Perianal bölgede ilk belirti bir şişlik veya ele gelen kitle olabilir. Bu duruma 3. veya 4. derece hemoroidler, abseler, anal fissür ve tümörler yol açabilir. Özellikle geri itilemeyen tromboze hemoroidler ile abseler ağrılı şişlik şeklinde ortaya çıkabilirler. Yine özellikle çocuklarda rektal polipler ve bazı kabızlığı olan hastalarda anal papiller anüsden dışarı çıkan kitle şeklinde hissedilirler. Anal bölge kanserleri de kendisini kitle olarak gösterebilir.

Pruritis Ani (Anal kaşıntı): Anal kaşıntı makat çevresinde olan, bazen deride veziküller veya kaşımaya bağlı tırnak izlerinin de bulunduğu bir durumdur. Bu semptomun etiolojisinde çoğu zaman bir sebep bulunamayabilir. İdiopatik (sebebi bilinmeyen) pruritis ani dışında cerrahi olarak tedavi edilebilen prolabe hemoroidler, ectropion, anal fissür, fistül ve neoplazmlar da sebep olabilir. Genellikle çocuklarda oxiyur (kıl kurdu) infestasyonunda, diyabetlilerde ve hijyenini iyi sağlayamayan kişilerde rastlanır. Anal bölge temizliğinin su ile yıkanmadan sadece kuru tuvalet kağıdı ile yapılması ve gaita parçacıklarının anal kıvrımlar arasında kalması ya da anal bölge kıllanması çok olanlarda kılara gaita parçacıklarının tutunması irritasyona ve kaşıntıya yol açar (1). Kişilerin vücut yapısı özellikle piknik (tıknaz) tipte olanlarda, anal bölgesi glutealar arasında derinde olanlarda, obezlerde ve anal bölgesi nemli olanlarda pruritis ani görülebilir.

Prolapsus: Bazen aşırı ıkınma ile özellikle kabız insanlarda anal kanalın son kısmında bir mukoza sarkması olur ve yumuşak bir kitle şeklinde kişinin eline gelebilir. Bu durum mukozal prolapsus olarak adlandırılır. Kısmi bir sarkma olan bu durum sıklıkla hemoroidlerle birlikte meydana gelir ve bu hastalarda zaman zaman fekal akıntı ile ıslak anüs durumu oluşur. Rektumun tüm katları ile dışarı çıkması da ağrılı bir kitle şeklinde belirir. Bu durumda ağrı bazen çok şiddetli olur ve senkopa yol açabilir. Rektumun tüm katları ile ağrılı bir şekilde prolabe olmasına procidentia adı verilir. Genellikle ileri yaşlarda, debilitede veya bazı nörolojik hastalıklarda görülen bu durum dramatik bir görünüm arz eder ve hastalar acil olarak hekime başvurlar.

Tanısal Yöntemler ve Klinik Değerlendirme

Fizik muayene

Anal ve perianal bölgenin fizik muayenesi çok önemlidir. Bu muayenenin uygun bir ortamda, özel bir muayene masasında, yeterli ışık altında yapılması gerekir. Bu hastalar için muayenede özel pozisyonlar kullanılır. En sık kullanılan pozisyonlar sol yan yatar şekilde kalçaların muayene masasından dışarı doğru taşıdığı lateral Sims pozisyonu, ve genu-pektoral (diz-dirsek) pozisyonudur. Ayrıca prone Jack-knife pozisyonu veya

çömelleme pozisyonu da kullanılabilir. Fizik muayene öncelikle ışıklı bir loop altında anal bölge gözlemi ile başlar. Gözlemede deriye ait şişlikler, kaşıntıya bağlı tırnak izleri, skar dokuları, renk değişiklikleri kolayca görülebilir. Perianal fistül ağzı izlenebilir. Kirli ve etrafı tahriş olmuş bir anüs görüntüsü, inkontinensi veya prolapsusu (rektum veya anal mukozanın dışarı çıkması) düşündürür. Bu durumda hastadan anal sfinkterini sıkması istenerek sfinkter fonksiyonları ve tonüsü değerlendirilebilir. Yine özellikle çok doğum yapmış kadınlar ıkındırılarak hemoroidlerin veya prolapsusun varlığı saptanabilir. Hastayı muayene eden hekimin başparmakları ile glutealar yanlara doğru çekilerek anal kıvrımlar arasındaki fissürün veya küçük hemoroidlerin varlığı ortaya konabilir. Anüs, anal kanal ve rektum distalinin en önemli muayenesi işaret parmağı ile yapılan digital muayenedir. Rektal tuşe adı verilen bu muayene şekli hakkında hastayı mutlaka bilgilendirmek gerekir. Üzerinde kayganlaştırılmış jel sürülmüş eldivenli sağ el işaret parmağı ile önce anüs çevresi ve perinenin palpasyonu (elle muayenesi) ve daha sonra parmağın anal kanala sokularak ilerletilmesi; bu bölgedeki kitle, endüryasyon, ağrı ve şişliklerin değerlendirilmesinde ve aynı zamanda anal tonüsün ve sfinkterin sıkma basıncı konusunda çok önemli bilgiler verir. Perianal abseler anüs civarında ağrılı bir şişlik ile gözlenebildiği gibi endüryasyon şeklinde de palpe edilebilir. Bazen sfinkterler arasında ve daha derinde yerleşimli absesi olan hastalar herhangi bir kitle saptanmadığı halde parmakla muayeneden kaçarlar. Anüs ve rektumun parmakla muayenesi ile anal kanal patolojileri ve 8 cm'e kadar olan mesafede rektumda kitleler palpe edilir. Kitle varsa çapı, rektum duvarının ne kadarını işgal ettiği, yüzeyinin durumu, ağrılı olup olmadığı polipoid, ülser veya infiltratif yapıda olup olmadığı ve kanayıp kanamadığı değerlendirilir. Rektal tuşe bitiminde eldiven parmağı kontrol edilerek üzerinde kan, mukus, pü veya gaita olup olmadığı incelenmelidir (1,2).

Proktosigmoidoskopi

İnspeksiyon ve digital muayeneden sonra tanı için diğer önemli bir yöntem olan proktosigmoidoskopi yapılmalıdır. Her anal ve perianal bölge lezyonunun altında kolon kanserinin bulunabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Anorektal skopik değerlendirmede bu bölgenin eritemli, granüler, kolay kanayabilir ve hatta ülser bir görünüm arz etmesi erken mukozal inflamasyonun (iltihap) göstergeleridir. Polip, kanser gibi büyük kitleler kolayca ayırt edilebilir. Ancak şüpheli bir kitle veya bölge varlığında proktosigmoidoskopi esnasında biyopsi yapılmalıdır. Proktoskopik inceleme sonlandırılırken anorektal bölge mukozal prolapsus, hemoroidler, fissür, polipler gibi patolojiler yönünden araştırılır.

Kolonoskopi

Son yıllarda kolonoskopik incelemelerin yaygınlaşması ve bu konuda deneyimli uzmanların çoğalması ile proktosigmoidoskopi yerine kolonoskopi yapılmasının daha rasyonel olduğu kabul edilmektedir. Genellikle 40 lı yaşlardan itibaren anorektal veya kolon şikayetleri olan ya da tarama ve genel sağlık kontrolü için başvuran hastalarda kolonoskopi ilk tercih edilen yöntem olmaya başlamıştır. Bu yöntemle polip-kanser ilişkisi daha kolay ortaya konabilmekte, adenomatöz polipler erken tanımlanarak kanserin önlenmesi mümkün olabilmektedir. Mevcut patolojilerden işlem sırasında biyopsi alınarak doğru tanımlar konabilmektedir. Tromboze hemoroid, akut anal fissür veya anorektal bölge abseleri gibi ağrılı durumlarda proksigmoidoskopi veya kolonoskopi yapılması uygun değildir. Ancak bu hastalıkların tedavisi yapıldıktan sonra uygun bir zamanda kolonoskopi önerilmelidir.

Diğer Laboratuvar ve Görüntüleme Testleri

Anorektal bölge hastalıkları ve kolonun diğer kısımları ile olan ilişkileri açısından eskiden baryumlu çift kontrastlı kolon grafileri ile radyolojik incelemeler yapıldı. Kolonoskopi ve MR incelemeleri ile bu yöntemler tarihteki yerini almıştır. Gaita incelemeleri ile mikrobiyoloji, gaita içerik analizi, gizli kan araştırmaları ya da hücresel DNA testleri halen güncel uygulamalardır. Bazı özel durumlarda anal manometri, sinedefekografi, EMG yapılarak inkontinens, konstipasyon (kabızlık) motilite ile ilgili sorunlar konusunda bilgiler elde edilebilir. Son yıllarda endorektal ultrasonografi (ERUS) ve MR ile özellikle anorektal süpüratif hastalıkların, fistül ve abseler ile sfinkter fonksiyonlarının değerlendirilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Anorektal Bölgede Sık Rastlanan Hastalıklar, Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Hemoroidler

Anal kanal içinde kan damarları, düz kas, elastik lifler ve bağ dokusu elemanlarını içeren kalınlaşmış submukozanın ayrı kitleler şeklinde ortaya çıkması ile oluşan damarsal yastıkcıklardır. Bu yastıkcıklar normal bir kişide anal kanalın sol yan, sağ ön ve sağ arka kadrantlarında yer alırlar. Yerçekiminin etkisi, ıkınma, bağırsak düzeninde bozulma gibi hazırlayıcı faktörler dışında hemoroidlerin semptom verir hale gelmesinin esas nedeni bilinmemektedir. Çocukluk çağında az görülmelerine karşılık ergenlik ve adult devrede hem erkek hem de kadınlarda oldukça sık rastlanan anorektal bir problem olup toplumda görülme sıklığı literatürde %4-40 aralığında bildirilmektedir (1,2). Etiyolojide düzenli bir sumukozal tabaka yokluğundan bahsedilmektedir. Pelvik

venlere bası, portal hipertansiyon gibi durumlar venöz basınç artışı ile de hemoroidler ortaya çıkarlar. Oluşmasında sadece venöz dilatasyon olması yeterli değildir. Ayrıca destek bağ dokusunda dejenerasyon ve inflamasyon da rol oynamaktadır (2). Kanama pakeler üzerinde erozyon sonucunda meydana gelir. Klinik olarak iç hemoroidler, dış hemoroidler ve mixed hemoroidler olarak sınıflandırılırlar (3,4). Tanıda öykü, fizik muayene ve endoskopi ön plandadır. İç hemoroidler dentat çizgide ve proksimalinde yer alır ve 4 derecede değerlendirilir. Birinci derece olanlar sadece kanamaya yol açıp prolapsus yapmayanlar, ikinci derece olanlar spontan redüksiyon ile seyreden yani dışarı çıkarak kendiliğinden tekrar içeri giren prolabe hemoroidlerdir. Bunlarda belirgin kanama veya tuvalet kağıdına kan bulaşması görülebilir. Üçüncü derece olanlar elle redüksiyona gereksinim gösterenlerdir. Aynı zamanda kanama olabilir. Dördüncü derece hemoroidler ise redükte edilemeyen olanları işaret eder (3). Kronik kan kayıplarında bazen anemi de bulunabilir. Prolabe hemoroidlerde fekal kirlenmeye, ıslaklığa ve kaşıntıya sık rastlanır. Dış hemoroidler anüs derisi ile kaplıdır ve dentat çizginin distalindedir. Hijyeni ve hasta konforunu bozarlar ve genelde ağrısızdırlar. Ancak içindeki damarlarda ani pıhtı oluşursa şiddetli ağrıya yol açarlar. Bunlara tromboze hemoroid adı verilir. Fizik muayenede hastanın ıkındırılarak gözlenmesi, parmakla muayene ve anoskopi önemlidir. Parmakla muayene, iç ve dış hemoroidlerin değerlendirilmesini, anal tonüsün durumunu ve rektum distalinde bulunabilecek diğer patolojileri özellikle de tümörleri ekarte etmek için zorunludur. Hastalar her türlü anorektal şikayetlerini hemoroide bağlamak eğiliminde olduğundan hekimlerin diğer patolojileri düşünerek ekarte etmeleri gerekir. Hemoroidal hastalık hastaların semptomlarını izah etmediği takdirde fleksibl sigmoidoskopi, kolonoskopi gibi daha ileri tetkikler yapılması gerekir. Özellikle ailevi kolon kanseri olanlarda, 40 yaş üzerinde olan ve diğer risk faktörlerini taşıyan kişilerde ileri tetkikleri yapmak kolon kanserinin tanısı için önemlidir. Tedavide kronik kanama ve anemiye yol açmamış 1.derece hemoroidler ile 2. derece hemoroidlerde konservatif tedavi uygulanır. Bunun için lifli gıdalardan zengin diyet, bol sıvı alınması, dışkılamanın düzene kavuşturulması için gereğinde yumuşatıcılar ve ılık-sıcak duş ile bölgenin 1-2 dakika yıkanması önerilir. Kanama ciddi ise 1.derece hemoroidlerde lastik bant ligasyonu, skleroterapi infraruj gibi yöntemler uygulanabilir (4,5). 2. ve 3. derece hemoroidlerde minimal invaziv yöntemler denenebilir. 3.ve 4. Derece hemoroidlerin tedavisi cerrahidir (5-7). Bu kapsamda konvansiyonel hemoroidektomiler, stapler hemoroidopeksi, hemoroidal arterin doppler eşliğinde ligasyonu yapılabilir (8).

Anal fissür

Anal fissür anal kanalın alt yarısında döşeli epitelde oluşan ve dentat çizgiden anal halkaya uzanan, genellikle orta hatta posterior yerleşimli lineer bir ülserdir (1,9). Gluteal yarığın her iki el ile yana ayrılması manevrası ile anal halkada gözlemlenir. Bazen özellikle de kadınlarda önde orta hatta görülebilirler. Çocuklarda en çok rastlanan anorektal patoloji olup bunu abse ve fistüller izler. Anodermde nöbetçi deri pilisi ve internal büyük anal papil bulunması anal fissürün bir göstergesidir. Olağan dışı lokalizasyonlar Crohn hastalığı, hydradenitis suppurativa gibi diğer patolojilerle ilişkili olabilir. Bulunduğu epitel dokusunda yoğun sensitif sinirler bulunduğu için özellikle defekasyon sırasında ağrılıdır. Defekasyon anında fissür gerildiğinden kanama ve ağrı olur. Kanama gaita üzerinde çizgilenme tarzındadır. Rektal digital ve proktoskopik muayeneler şiddetli ağrı doğurabilir ve bu nedenle ülserin görülmesini engelleyebilir. Ağrı yatışana kadar endoskopik muayene 4-6 hafta ertelenmelidir. Anal fissürün kesin nedeni bilinmemektedir. Ancak sert ve hacimli gaita çıkışı, uygunsuz diyet, fazla sayıda doğumlar, aşırı laksatif kullanımı, hijyenin yeterli olmaması tetikleyici faktörler olarak kabul edilmektedir. Anal kanal istirahat basıncı anal fissürü olanlarda normal kişilere göre yüksektir. Anal tonüsdeki bu artışın posterior orta hatta iskemiye yol açarak ülseri sebep olduğu kabul edilmektedir. Anal fissürü olan hastaların büyük çoğunluğunda kendiliğinden iyileşme görülürken, özellikle gençlerde ısrarlı bir kronik yara halinde devam edebilir. Akut anal fissürde tedavi genellikle medikal olup lifli gıda, bol sıvı alımı, laksatif kullanımı ve topikal steroidli kremlerle semptomları gidermeye yöneliktir. Bu tedavi yaklaşımı ile akut anal fissürlerin %70'i iyileşir ancak %30 kadarı kronikleşerek devam eder, zaman zaman alevlenmeler yapar. Bu durumda en iyi yaklaşım cerrahi olup mevcut anal spazmı çözmeye yönelik lateral internal sfinkterotomi yapılır (9).

Anorektal abseler

Anorektal süpürasyonda sebep çoğunlukla idiyopatik olup anal kanaldaki kriptoglandüler infeksiyonların sorumlu olduğu kabul edilir. Nadiren Crohn hastalığı, hydradenitis suppurativa ve rektal kanserler hazırlayıcı etkenler olabilir (10). Anal abseler anal glandlardan kaynaklanarak intersfinkterik bölgede yerleşir ve yukarıya, aşağıya, horizontal veya anüsü çevreleyen şekilde ortaya çıkarlar. Abseler anorektal boşluklarda yerleşirler ve klinik olarak 4 tipte kendilerini gösterirler. Bunlar: Perianal, iskiorektal, intersfinkterik ve supralelevator yerleşimli abseler olup genellikle aerob-anaerob karışımı mikroorganizmaları barındırırlar. En sık görülen abse perianal yerleşimli olmaktadır. Intersfinkterik abseler kaynaklandığı bölge ile sınırlı olup

asemptomatik olabildikleri gibi anal fissür tarzında şiddetli ağrıya da yol açabilirler. Bu abselerin yerçekimi etkisi ile perianal bölgeye anüs çizgisine inmesi perianal abseleri ortaya çıkarır. Perianal abseler anüs etrafında ağrılı şişlik olarak ortaya çıkar. Eğer intersfinkterik infeksiyon yukarı doğru yayılırsa rektal duvarda intermüsküler veya supralelevator abseler oluşabilir. Bu abselerde anorektal bölgede herhangi bir bulgu olmayabilir ancak hastalarda düşkünlük ve ağrı olabilir. Bu durumda tanı genel anestezi altında yapılan rektal muayenede rektum duvarındaki endürasyonun saptanması ile konabilir. Bu olgularda günümüzde MR tetkiki tanıda çok yararlıdır. Intersfinkterik infeksiyonun horizontal olarak yayılması iki farklı yöne olabilir. Anal kanala doğru yayılarak anal kanala abse boşalabilir veya zıt yönde eksternal sfinkteri de geçerek iskiorektal bölgeye yayılır ve iskiorektal abseler meydana gelir. Bu abseler çok büyük olabilir ve deride belirti vermeden önce hastalarda ateş ve ağrı vardır. Yukarıya doğru supralelevator veya aşağıya perineal deriye yayılıp geniş eritemli, fluktuant bir kitle şeklinde kendisini gösterir. İnfeksiyonun rektumu çepeçevre sardığı durumda kompleks atnalı abse ve sonrasında fistüller gelişir (10,11). Anorektal abselerin tedavisi cerrahi olup mutlaka drenaj yapılmalıdır. Tedavisi gecikmiş veya spontan perforasyon olan abselerde daha sonra fistül gelişme oranı yüksektir (11).

Anal fistüller

Anorektal bölgede gelişen bir infeksiyon sonuçta hastaların en az ¼ ünde fistül oluşmasına yol açar (12,13). Fistüllerin büyük çoğunluğu dentat çizgideki anal glandların sepsisinden gelişir. Fistüller fasya ve yağ planlarını takip ederek yol alırlar ve genellikle internal sfinkter ile eksternal sfinkter arasından iskiorektal fasyaya doğru traktus oluştururlar. Bazılarında direkt olarak deriye açılırlar; bir kısım hastada ise iskiorektal fossadan karşı taraftaki fossaya geçerek at nalı fistüller meydana gelir. Hastalarda akıntı, ağrı, perine derisinde şişlik gibi şikayetler bulunabilir. En sık rastlanan tip intersfinkterik fistüller olup genelde anal halka yakınında deriye açılırlar (1,12). Bazı olgularda perineal açıklık olmaksızın rektum duvarı boyunca yukarı doğru seyrederek, eksternal sfinkteri geçerek iskiorektal fossadan deriye açılan fistüller gelişir ki bu tip fistüllere transsfinkterik fistüller adı verilir. Eğer bu fistüller aşağı seviyede seyredirse, komplike olmadan kolay tedavi edilirler. Ancak yukarı seviyelerde sfinkteri delip geçiyorsa tedavisi son derece zordur. Suprasfinkterik fistüller ise nadir görülen ve tedavileri zor olan fistüllerdir (13). Fistül traktusu önce intersfinkterik planda yukarı doğru seyrederek, puborektal kasların üzerinden yana doğru ve daha sonra da iskiorektal fossadan perine derisine inen bir seyir gösterir. Bu durumda kontinensi sağlayan tüm kasların üzerinden geçtiğinden ve eksternal tüm kasların kesilmesi

inkontinens yaratacağından tedavide traktusun çıkarılması veya fistülotomi yapılması olası değildir. Ekstrasfinkterik tip fistül de nadir görülür ve bu tipte de fistül traktusu tümüyle sfinkterik kompleksin dışında levator ani kası üzerinden deri ile rektum duvarı arasında seyrettiğinden tedavisi tehlikeli sonuçlar yaratır. Operasyon öncesi yapılacak iyi bir muayene ile fistülün basit veya komplike olduğu konusunda fikir edinilebilir. Fistülün dış ağzının anal halka ile ilişkisi ve traktusun boyu ile preoperatif öngörü yapılabilir. Anal fistüllerde nüks sık olup bazı hastalar birkaç kez operasyon geçirmiş olabilirler. Nükslerde operasyon sırasında enfeksiyonun iyi tanımlanamamasının ve tedavisinin sağlanamamasının rolü olduğu ve bu nedenle preoperatif mutlaka endosonografi ve MR yapılarak enfeksiyonun boyutunun araştırılması gerekir (14,15). Komplike olan anal fistüllerde prostetik materyel kullanılması veya fistülü kapatıcı bazı teknikler önerilse de nüks oranları yüksek kalmaktadır (16).

Rektovajinal fistüller

Rektovajinal fistül rektum ile vajina arasında epitel ile döşeli bir ilişkinin varlığı nedeniyle oluşan ve anorektal fistüllerin %5'ini temsil eden klinik bir antitedir. Vajinadan gaz ve gaita, mukuslu ve kanlı bir akıntı gelmesi ile kendini belli eder (1). Konjenital veya akkiz olabilen bu fistüller daha çok jinekolojik ameliyatlardan, zor doğumlardan, radyoterapi, enfeksiyon, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve malignitelerin komplikasyonu olarak meydana gelir (1,17). Rektal, vajinal veya diğer pelvik operasyonlardan sonra gelişebilir. Bu operasyonlardan nedeniyle oluşan travma, iskemi ve enfeksiyon temel faktördür. Muayenede vajinal spekulum konarak fistül kolaylıkla görülebilir, ayrıca rektal tuşe ve vaginal tuşe ile de anlaşılabilir. Bu hastalarda anal manometri ve endorektal ultrasonografi ile sfinkter tonüsü mutlaka değerlendirilmeli ve cerrahi girişim kararı bu değerlendirmeye göre verilmelidir. Genellikle tedavisi cerrahi olup komplike olgularda multidisipliner yaklaşımın tercih edilmesi daha iyi sonuç alınmasını sağlayabilir (17). Fistülün sağlıklı olarak iyileşebilmesi için fistüle cerrahi girişim yapılmadan önce hastaya kolostomi yapıp bir süre sonra fistülünün onarılması genellikle kabul edilen bir yöntemdir.

Fekal inkontinens

Anorektal fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gaz ve gaita tutama durumudur. Sebepleri arasında doğum sırasında oluşan Evre 4 yırtılmalar, geçirilmiş cerrahi veya jinekolojik ameliyatlardan, nörolojik hastalıklar, ileri yaş ve debilité sayılabilir (18,19). Tanıda hastanın öyküsü önemlidir. Digital muayene ile anal gevşeklik saptanabileceği gibi anorektal manometrik basınç ölçümleri, endorektal ultrasonografi tanıda yardımcı yöntemlerdir. Tedavide öncelikle konservatif yaklaşımlar denenir ve pelvik

taban rehabilitasyonu uygulanır. Sonuç alınamadığı takdirde nöromodülasyon, RF gibi seçenekler uygulanır (20,21). Ağır ve ileri olgularda sfinkter onarımı, yapay sfinkter implantasyonu ya da stoma açılması gibi cerrahi yöntemler uygulanır.

Rektal prolapsus

Rektumun anal kanaldan dışarı çıkmasıdır. Genel olarak aşırı ıkınmalar, kabızlık gibi durumlarda anal kanal mukozası çepeçevre anal halkadan distale doğru sarkabilir ve bu durum mukozal prolapsus olarak adlandırılır (1). Hastalar temizlenme sırasında ellerine yumuşak bir kitlenin geldiğini ve anüste devamlı ıslaklık ve kirlenme hissettiklerini söylerler. Tedavisi cerrahi olup stapler hemoroidopeksi veya konvansiyonel mukozal eksizyon uygulanabilir.

Komplet rektal prolapsus (Procidentia)

Genelde procidentia tabiri pelvik organların vücut dışına herniasyonu, prolapsusu olarak kullanılır. Jinekolojide en çok uterusun, gastroenteroloji ve genel cerrahide ise rektumun tüm katları ile vücut dışına vajinadan veya anal kanaldan çıkmasıdır. Procidentia ileri yaşlarda daha çok kadınlarda, debilité ve anal tonusun kaybolduğu çeşitli nörolojik hastalıklar veya sfinkter fonksiyonlarının bozulmasına yol açan doğum travmaları gibi durumlarda rastlanır. Oldukça ağrılı olup bazen vagotoniye neden olarak senkop yapabilir. Tanı anamnez ve fizik muayene ile kolayca konur. Tedavide cerrahi olarak çeşitli rektopeksi teknikleri kullanılır (22,23)

Condylomata Acuminata (Anorektal Kondilomlar)

Human papillomavirüs(HPV) ile ortaya çıkan ve bazı formlarının seksüel temas ile bulaştığı bir hastalıktır. HPV-6 ve HPV-11 in yol açtığı tablo genelde benign bir durum olup hafif seyirli iken; HPV-16 ve HPV-18 in etkili olduğu durumlarda daha agresif seyir olup malignite ile ilişkisi olabilir (24). AIDS olgularında sık rastlanabilen bir antitedir. Bu hastalarda anal kaşıntı, ağrı ve akıntı olabilir. Tanısı anal bölgede tipik pembemsi beyaz üzüm salkımı şeklinde kötü kokulu bir kitle görüntüsü ile kolay bir şekilde konur. Tanıda ayrıca anal ve vajinal tuşe, kolposkopi ve proktosigmoidoskopi yapılarak hastalığın sınırları belirlenmelidir. Bazen anal bölge normal bulunurken hastalık anal kanala yerleşmiş olabilir. Ayırıcı tanıda condyloma mollusum contagiosum, anal sifiliz ve anal papillitler düşünülmalıdır.

Hidradenitis suppurativa

Cerrahi pratiğinde çok da nadir görülmeyen, abse ve sinüslerle seyreden perianal bölgede mevcut apokrin glandlarının kronik iltihabi bir hastalığıdır (25). Apokrin glandların keratotik debrisle tıkanması sonucu oluşur. Folliküllerle birlikte bulunabilir. Bu durumlarda hijyenin de bozukluğu ile ani bir bakteriyel proliferasyon, süpüratif bir enfeksiyonun tüm deri

ve deri altına yayılmasına ve deri altında yaygın traktuslara ve ağzlaşmalara yol açar. Antiperspiranların kullanımı, sentetik ve sıkı giyim, sık traş ve depilatör kullanımının suçlandığı bu hastalıkta en temel faktör kötü hijyendir. Obezite, genetik eğilim, immün sistemde bozukluk ve sigara risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (25). Hastalarda aşırı bir kaşıntı, hiperhidrozis ve yanma duygusu vardır. Perianal ve kalça bölgesine ilaveten apokrin glandların yoğun olarak bulunduğu aksilla, inguinal bölgeler, genital bölgeler ve meme altı bölgelerde bu hastalığa sıkça rastlanır. Pembe-mor bir şişlik yanında spontan pürülan akıntılara rastlanır. Perianal veya anal bölgede sınırlı olan hidradenitisi diğer fistüllerden ve özellikle Crohn fistülünden ayırmak gerekir. Hidradenitisten dolayı oluşan fistüller anal dentat çizginin distalinde anal deride izlenir ve bu şekilde kriptoglandüler fistüllerden ayrılır. Kriptoglandüler fistüller mutlaka dentate çizgi ile ilişkilidir. Crohn fistülü ise dentat çizginin proksimalindedir. Genelde hidradenitis kadınlarda fazladır ancak perianal formu erkeklerde daha çok görülür.

Crohn Hastalığında perianal problemler ve anorektal sepsis

Crohn hastalığı bulunanların %20'sinde anal bölgede bazı bulgular ortaya çıkar. Bu hastalarda en çok fissürler, fistüller ve abselere rastlanır. Semptom olarak ağrı, şişlik, akıntı, kanama, anal kirlenme hafif ateş ve inkontinens görülebilir. Oluşan hemoroid, fissür veya abseler ciddi ağrıya yol açarlar. Hastalarda pembe-mor ve ödemli deri çıkıntılarının bulunması karakteristiktir. Fissür, proktit ve hemoroidlerin dışında aşırı irritasyon da kanamaya yol açabilir. Hastalığın agresif olması ya da yapılan multipl cerrahi girişimler sonuçta sfinkter kontrolünün bozulmasına ve rektovajinal fistüllere yol açabilir. Bazı hastalarda kötü hijyene veya altta yatan diyabet, malignite ve diğer immün sistemi zayıflatan hastalıkların varlığına bağlı ve virulan mikroorganizmaların yol açtığı ciddi anorektal sepsise rastlanabilir (14). Bu enfeksiyon nekrotizan şekilde seyrederken yaşamı tehdit edebilir. Erkeklerde görülen skrotal Fournier gangreninin bir benzeri perianal bölgede görülebilir. Bu bölgenin deri ve derialtı dokusunda nekroz ve gangrenin muayenede tesbiti ve sistemik toksisite belirtilerinin varlığı fatal seyredebilecek bir enfeksiyonun varlığını düşündürmelidir. Crohn hastalığında oluşan anorektal problemlerin tanısında endosonografi önemli bir rol oynar (26).

Sonuç

Benign anorektal hastalıklar, toplumda yüksek prevalansa sahip olmalarına rağmen, hastaların mahremiyet endişeleri ve sosyo-kültürel çekinceleri nedeniyle hekime başvuru süreçlerinin geciktiği heterojen bir patoloji grubunu oluşturmaktadır. Hemoroidal hastalık, anal fissür, perianal abse ve fistüller gibi sık rastlanan tabloların yanı sıra rektovajinal fistüller ve

hidradenitis suppurativa gibi daha nadir görülen durumlar, hastaların yaşam kalitesini ve iş gücü üretkenliğini ciddi ölçüde bozmaktadır. Semptomların detaylı analizi ve rektal tuşeyi içeren dikkatli bir fizik muayene, tanısal doğruluğun temel taşı oluştururken; proktosigmoidoskopi, kolonoskopi, endorektal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi modern diagnostik araçlar hem benign patolojilerin anatomik sınırlarının belirlenmesinde hem de klinikte gözden kaçabilecek malignite olasılıklarının dışlanmasında kritik role sahiptir. Günümüzde bu hastalıkların tedavisinde, konservatif medikal yaklaşımlardan minimal invaziv yöntemlere ve karmaşık cerrahi rekonstrüksiyonlara kadar geniş bir terapötik spektrum mevcut olup, özellikle kompleks olgularda nüks ve anal inkontinens gibi morbiditelerin önlenmesi adına multidisipliner yaklaşımların tercih edilmesi başarı oranını artırmaktadır.

Maddi Destek

Bu çalışma ile ilgili hiçbir kurum, kuruluş veya kişiden maddi destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Çalışmanın tasarlanması, veri toplanması, analizi, sonuçların yorumlanması ve makalenin yazılması aşamalarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarların Katkısı

Fikir/Kavram, tasarım, veri toplama, analiz, yorumlama ve yazım aşamaları tek yazar tarafından yapılmıştır.

Kaynaklar

1. Kwaan MR, Stewart Sr DB, Dunn K. Colon, Rectum, and Anus. In: Brunicaudi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. eds. Schwartz's Principles of Surgery, 11e. McGraw-Hill Education; 2019.
2. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012;18(17): 2009-17.
3. Ashburn JH. Hemorrhoidal Disease: A Review. JAMA 2025. Erratum in: JAMA 2025; 334: 1203.
4. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). Dis Colon Rectum 2005; 48: 189-94.
5. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revisited 2010). Dis Colon Rectum 2021; 54(9): 1059-64.
6. Dekker L, Han-Geurts IJM, Rørvik HD, van Dieren S, Bemelman WA. Rubber band ligation versus haemorrhoidectomy for the treatment of grade II-III haemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Tech Coloproctol 2021; 25: 663-74.

7. Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: presentation and management. *Clin Colon Rectal Surg* 2021; 34: 22-9.
8. Figueiredo MN, Campos FG. Doppler-guided hemorrhoidal dearterialization/transanal hemorrhoidal dearterialization: Technical evolution and outcomes after 20 years. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8: 232-7.
9. Davids JS, Hawkins AT, Bhama AR, Feinberg AE, Grieco MJ, Lightner AL et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum* 2023; 66:190-9.
10. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 1117-33
11. Hamadani A, Haigh PI, Liu IL, Abbas MA. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess? *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 217-21.
12. Sahnun K, Askari A, Adegbola SO, Warusavitarne J, Lung PFC, Hart A et al. Persistent Fistula After Anorectal Abscess Drainage: Local Experience of 11 Years. *Dis Colon Rectum* 2019; 62: 327-32.
13. Ratto C, Grossi U, Litta F, Di Tanna GL, Parello A, De Simone V et al. Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: results from an international survey. *Tech Coloproctol* 2019; 23: 729-41.
14. Gecse KB, Sebastian S, Hertogh Gd, Yassin NA, Kotze PG, Reinisch W et al. Results of the Fifth Scientific Workshop of the ECCO [II]: Clinical Aspects of Perianal Fistulising Crohn's Disease-the Unmet Needs. *J Crohns Colitis* 2016; 10: 758-65.
15. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI, Williams AB, Tarroni D, Cohen CR. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. *Radiology* 2004; 233: 674-81.
16. Ellis CN. Bioprosthetic plugs for complex anal fistulas: an early experience. *J Surg Educ* 2007; 64: 36-40.
17. Muñoz JM, Levin PJ, Saur NM, Cox CK. Multidisciplinary approach to evaluation of rectovaginal fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2024; 231: 285-6.
18. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1510-8.
19. Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, Hawkins AT, Messick C, Oliveira L et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum* 2023; 66: 647-61.
20. Wald A. Update on the Management of Fecal Incontinence for the Gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol (NY)* 2016; 12: 155-64.
21. Mellgren A, Wexner SD, Collier JA, Devroede G, Lerew DR, Madoff RD, Hull T; SNS Study Group. Long-term efficacy and safety of sacral nerve stimulation for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1065-75.
22. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum* 2017; 60: 1121-31.
23. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD001758. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 11: CD001758.
24. Leslie SW, Sajjad H, Kumar S. Condylomata Acuminata (Genital Warts). 2025 Dec 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026.
25. Vinkel C, Thomsen SF. Hidradenitis Suppurativa: Causes, Features, and Current Treatments. *J Clin Aesthet Dermatol* 2018; 11: 17-23.
26. Felt-Bersma RJ, Cazemier M. Endosonography in anorectal disease: an overview. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2006; 243: 165-74.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).