

Rektal Prolapsus

Dr. İskender ALAÇAYIR, Dr. Mustafa ARSAN, Dr. Nusret TORUN

Özet: A.Ü.T.F Genel Cerrahi ABD'da Ocak 85-Aralık 91 yılları arasında Rektal Prolapsus nedeniyle ameliyat edilen 28 hasta incelenmiştir. Bunların 23'ünde abdominal, 9'unda perineal girişim olmak üzere 32 girişim uygulanmıştır. Abdominal yolla yapılan rektopeksilerden sonra görülen en önemli problem postoperatif konstipasyon oranının artmasıdır. Bu problem rektopeksiye sigmoidektomi eklenerek aşılabılır.

Anahtar Kelimeler: Rektal Prolapsus, Cerrahi Girişim

Erişkinlerde rektal prolapsus hastanın yaşam standardını oldukça düşüren; 50 yaş üzerinde ve kadınlarda daha sıklıkla görülen bir hastalıktır. Etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamış ancak birçok teoriler ileri sürülmüştür. Rektal prolapsusun diğer özelliğinde tedavisinde halen çok çeşitli yöntemlerin kullanılmasıdır. Ancak bütün yöntemlerde temel prensip her hasta için en iyi anatomik ve fonksiyonel sonucu alabilmektir.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 1985-Aralık 1991 tarihleri arasında rektal prolapsus nedeniyle ameliyat edilen 28 hastayı retrospektif olarak inceledik. Hastalara mektup gönderilerek kliniğe davet edilip kontrolleri yapıldı. Hastalarımızın 16'sı (%57) kadın, 12'si (%43) erkekti yaş ortalaması 49.9±17.8 (15-82) idi. Hastalarımızda ortalama yakınma süresi 8.3±10.6 (1-20) yıl olarak

Ankara Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

Summary: RECTAL PROLAPSE

28 patients who were admitted to the department of Surgery of Ankara University Medical Scholl between January' 85 and December'91 for rectal prolapse were evaluated. A total of 32 interventions were made of which 23 were abdominal and 9 were perianal. The most frequent problem with the abdominal rectopeksias was an increment in the incidence of post operative constipation. This problem can be over come by combining sigmoidektomi to the procedure.

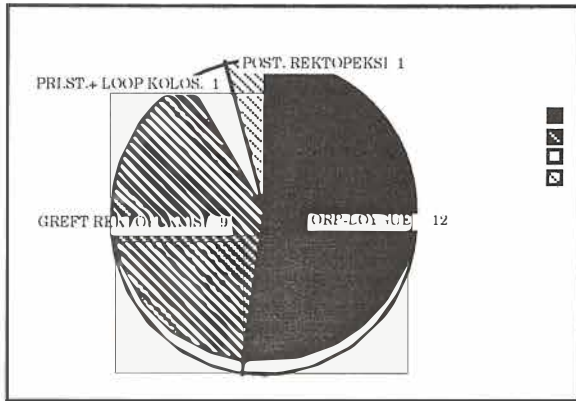
Key Words: Rectal Prolapse, Surgical Procedure

bulundu. En sık rastladığımız yakınmalar, anal kitle (%100), anal pruritis ve ıslaklık hissi (%57), gaz-gaita kaçırma (%46), kanama (%46) olarak tesbit edildi. 28 hastamızda uyguladığımız toplam 32 girişimin 9'u perineal (%27), 23'ü ise (%73) abdominal yolla yapılmıştır.

Yapılan 23 abdominal girişimin dağılımı ise, 12 Orr-Loygue, 9 greft rektopeksisi, 1 primer sütür+loop kolostomi, 1 basit posterior rektopeksi olarak tesbit edildi (Grafik 1). Yaş ortalaması 70.3±8.6 (65-82) olan 8 hastamıza da 9 Thiersch girişimi uygulandı. Bu grupta 2 hastaya daha sonra greft rektopeksisi ve Orr-Loygue yapıldı. Abdominal girişim yaptığımız gruba alınan ve primer sütür+loop kolostomi yapılan hasta, prolabe rektumun travmatik perforasyonu nedeniyle böyle bir işleme tabi tutulmuştur.

SONUÇLAR

Abdominal girişim yapılan 3 perineal girişim, yapılan 2 hastanın takibi yapılamadı. Orr-



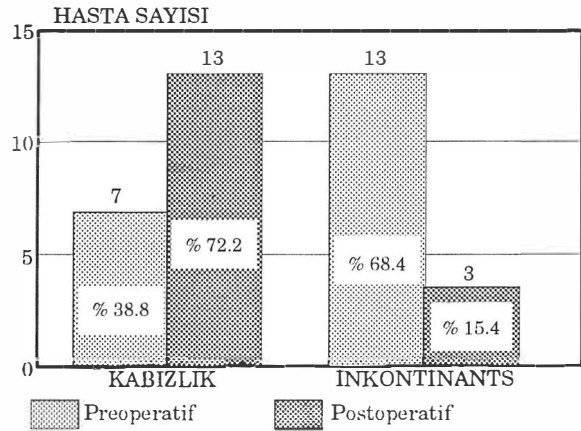
Grafik 1 : 23 ABDOMİNAL OPERASYON

Loygue yapılan bir hastamızda postoperatif 10. günde pelvik abse gelişti ve abse drene edilerek greft çıkarıldı. Hastamızda postoperatif 17. günde erişkin respiratuar distress sendromu ortaya çıktı ve bu hastamızı postoperatif, 32. günde kaybettik mortalite (%3,5). 2 hastamızda kesi yeri enfeksiyonu gelişti (%7.1). Thiersch girişimi yapılan 8 hastanın 2'sinin takibi yapılamadı. Altı hastanın dördünde (%66.6) ortalama 5. ayda nüks saptandı. 2 hastaya daha sonra sırasıyla Orr-Loygue ve greft rektapeksisi yapıldı.

Abdominal girişim uygulananlardan takibi yapılan 19 hastamızda anatomik olarak tam şifa sağlanmıştır. Sıvı ve katı gaita inkontinansı olan 13 hastanın 10'u postoperatif dönemde tam olarak kontin, 2'si sıvı gaita inkontinanı, 1'i ise tam olarak inkontinan olarak tesbit edilmişlerdir. Ayrıca preoperatif %38.8 olan konstipasyon oranı postoperatif dönemde artarak %72.2 olmuştur (Grafik 2).

TARTIŞMA

Hastanın sosyal yaşantısını oldukça kısıtlayan rektal prolapsusun günümüzde en efektif tedavisi çeşitli yollarla yapılan rektapeksilerdir. Perineal yolla yapılan ameliyatlarda hem anatomik hem de fonksiyonel tedavi şansı rektapeksilere oranla düşüktür. Serimizde perineal yolla yapılan ameliyatlardan tercihimiz Thiersch girişimi olmuştur. Yaş ortalaması



Grafik 2

70.3 olan bu grupta 5 hastamızda ileri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı bir hastamızda da konjektif kalb yetmezliği vardı.

Bu sayılan nedenlerden dolayı anatomik olarak iyi sonuç alabileceğimiz ve hasta için minimal invaziv olabileceğini düşündüğümüz Thiersch girişimini tercih ettik. Ancak elde ettiğimiz %66.6 gibi yüksek nüks oranı ve hastaların tekrar ameliyat edilmek zorunda kalınması bu yöntemin Finlay (9) gibi tarafımızdan dolaylı olarak invaziv kabul etmemize neden olmuştur. Gerçekte geniş bir seride Thiersch girişiminin nüks oranı %68'in üzerinde verilmiştir (11). Kısa süren, rejijonal ve hatta lokal anestezi ile yapılabilen ve hastanede kalış süresi oldukça kısa olan Delorme ameliyatı perineal ameliyatlarda arasında tercih edilmeye başlanmış ve hatta invaziv abdominal ameliyatlara alternatif olabileceği ileri sürülmüştür (4,9). Thiersch girişiminin değişik modifikasyonu olan anüsün sentetik maddelerle sarılıp daraltılması işlemini perinede şiddetli enfeksiyon tehlikesini gözönüne alarak uygulamadık (2).

Abdominal yolla ameliyat ettiğimiz 19 hasta da anatomik olarak tam şifa elde ettik. Gerçekte literatüre baktığımızda abdominal rektapeksilerde nüks oranının %1-5 arasında oldukça düşük olduğunu görmekteyiz (5,7,3,1). Abdominal rektapeksilerde anatomik şifanın bu kadar yüksek olmasına karşılık,

fonksiyonel olarak sonuçların yüzgüldürücü olmadığıda bir gerçektir (1,3,6,7,8,10).

Serimizde preoperatif %38.8 olan konstipasyon oranı postoperatif %72.2'ye çıkmıştır. Allen-Mersh ve arkadaşları (3) bu oranı sırasıyla %30 ve %51 bulmuşlardır. Rektumun mobilizasyonu ile ortaya çıkan rektal deperasyon, perirektal dokuların kalınlaşması ve kalan sigmoid kolonun rektopeksiyle daha da uzayarak rektosigmoid bileşkede fazla açılma yaparak pasaja engel olması, artmış postoperatif konstipasyon oranını izah edebilir (6,10,12). Inkontinans oranına baktığımızda serimizde preoperatif %68.4 olan inkontinan oranı postoperatif dönemde %15.7'ye düşmüştür. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar alındığını görmekteyiz (3,7,12). Saino ve arkadaşları (7) bu düzelmeyi anal sfinkterin, postoperatif dönemde, istirahat halindeki tonusunun düzelmesine ve istekli kasılma gücünün artmasına bağlamışlardır. Prolapsus ameliyatında inkontinansın giderilmesi için bir girişim uygulamaya gerek olmadığını dü-

şünmekteyiz çünkü başka serilerde olduğu gibi serimizde de abdominal girişimi takiben inkontinan hastaların yaklaşık üçte ikisi inkontinan hale gelmektedirler. Buna karşılık Williams ve arkadaşları (8) preoperatif manometrik ölçümlerde anal basıncın istirahat ve maksimum istekli kasılmada düşük bulunduğu hastalarda rektopeksiye ek olarak pelvik dösemeye de girişimde bulunmanın daha yüzgüldürücü olacağını savunmuşlardır.

Yoshioka ve arkadaşları (13) ile Saino ve arkadaşları (7) preoperatif manometrik çalışmaların postoperatif inkontinan kalacak hastaların önceden tanınmasına bir katkısının olduğunu gösterememişlerdir.

Sonuç olarak rektal prolapsus vakalarında abdominal girişim tercih edilmelidir. Ancak bizim sonuçlarımızda gösterdiği gibi postoperatif dönemde konstipasyon önemli bir problemdir. Bu problemin rektopeksiye sigmoidektomi eklenerek çözülebileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Sayfan J., Pinho M., Williams J.A., Keighley M.R.B: Sutured posterior abdominal rectopecty with sigmoidectomy compared with Marlex rectopecty for rectal prolapse. Br J Surg 1990; 77:143-145.
2. Sainio A.P., Halme L.E., Husa A.I: Anal encirclement with polypropylene mesh for rectal prolapse and incontinence. Dis Colon Rectum 1991;34:905-908.
3. Mersh T.G.A., Turner M.J., Mann C.V:Effect of abdominal Ivalon rectopecty on bowel habit and rectal wall. Dis Colon Rectum 1990;33:550-553.
4. Abulafi A.M., Fiddian R.V., Sherman I.V., Rothwell-Jackson R.L: Delorme's operation for rectal prolapse. Ann R Coll Surg Engl 1990;72:382-385.
5. Boulos P.B., Stryker S.J., Nicholls R.J: The long-term results of polyvinyl alcohol (Ivalon) sponge for rectal prolapse in young patients. Br J Surg 1984; 71:213-214.
6. Dolk A., Broden G., Holmström B., Johansson C., Nilsson B.Y: Slow transit of the colon associated with severe constipation after the Ripstein operation. Dis Colon rectum 1990; 33:786-790.
7. Saino A.P., Voutilainen P.E., Huso A.I: Recovery of anal sphincter function following transabdominal repair of rectal prolapse: Cause of improved continence? Dis Colon Rectum 1991; 34:816-821.
8. Williams J.G., Wong W.O., Jensen L., Rothenberg D.A., Goldberg S.M: Incontinence and rectal prolapse: A prospective manometric study. Dis Colon Rectum 1991; 34:209-216.
9. Finlay I.G., Aitchinson M: Perineal excision of the rectum for prolapse in the elderly. Br J Surg 1991; 78: 687-689.
10. McKee R.F., Lauder J.C., Poon F.W., Aitchinson M.A Finlay I.G: A prospective randomized study of abdominal rectopecty with and without
11. Vongsangnah V., Varma J.S., Smith A.N: Reappraisal of Thiersch's operation for complete rectal prolapse. J R Coll Surg Edinb 1985; 30: 185-187.
12. Mann C.V., Hoffman C: Complete rectal prolapse: the anatomical and functional result of treatment by an extended abdominal rectopecty. Br Surg 1988; 75: 34-37.
13. Yoshioka K., Hyland G., Keighley M.R: anorectal function after abdominal rectopecty: parameters of predictive value in identifying return of continence. Br J Surg 1989; 76: 64-68.
14. Watts J.D., Rothenberger D.A., Buls J.G., Goldber S.M., Nivotvongs S: The management of procidentia: 30 years experience. Dis Colon Rectum 1985; 28: 96-102.