



İleal poş deneyimlerimizin literatür eşliğinde incelenmesi

Review of our ileal pouch experience in the light of literature

Murat Çakır, Serhat Doğan, Tevfik Küçük kartallar, Ahmet Tekin, Şakir Tekin

ÖZET

Amaç: Restoratif proktokolektomi günümüzde ülseratif kolit ve FAP hastalığında kullanılan sfinkter koruyucu seçkin bir tedavidir. Kliniğimizde yapılan ileal poşlu girişimleri ve sonuçlarını literatür eşliğinde irdelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde 2006-2013 yılları arasında yapılan 35 restoratif proktokolektomi ve J poş ileoanal anastomoz ameliyatlarının sonuçları retrospektif olarak hastaların dosyalarından incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, tanı, takip süresi ve poş komplikasyonlarına göre değerlendirildi. Tüm hastalara telefonla ulaşıldı ve kontrol için poliklinik randevusu verildi.

Bulgular: Hastaların 19'u erkek (%54) ve 16'sı kadın (%46) idi. Ortalama yaş 45 (21-74) idi. Ortalama hastanede kalış süresi 11 (5-20) gündü. Hastaların 22'si (%63) FAP, 12'si (%34) senkron rektum kanseri ile birlikte kolon tümörü veya polibi ve 1'i (%3) ülseratif kolit nedeniyle ameliyat edildi. Tüm hastalara J poş ve koruyucu ileostomi uygulandı. İleostomi kapatıldıktan sonra iki olguda J poş fistülü tespit edildi. Hastalar 6 ay ile 7 yıl arasında takip edildi. Olgulara telefonla ulaşıp aktif şikâyetleri, defekasyon sayısı üriner ve cinsel disfonksiyonları soruldu. Ortalama günde 5 (3-8) dışkılama olduğu, 4 (%11) olguda 1 defa olan gece dışkılaması tespit edildi. Yapılan endoskopik kontrol inceleme-sinde poşit tespit edilmedi.

Sonuç: Restoratif proktokolektomi ve J poş ileoanal anastomoz ameliyatı ileri yaş dâhil düşük morbidite ve morta-lite oranları ile uygulanabilir bir cerrahi prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: İleal poş, ileoanal anastomoz, restoratif proktokolektomi

ABSTRACT

Objective: Restorative proctocolectomy is a distinguished, sphincter saving treatment used for the treatment of ulcerative colitis and FAP disease. We aimed to evaluate ileal pouch interventions performed at our clinic and their results in the light of literature.

Material and Methods: Medical records of 35 restorative proctocolectomy and J pouch ileo-anal anastomosis surger-ies performed at Necmettin Erbakan University, Meram School of Medicine between the years 2006-2013 were ret-rospectively examined. The patients were assessed according to their age, gender, length of hospital stay, diagnosis, follow-up duration and pouch-related complications. All patients were contacted by phone and they were scheduled for controls at the outpatient clinic.

Results: Nineteen patients were male (54%) and 16 were female (46%). Their mean age was 45 years (21-74). The mean length of hospital stay was 11 (5-20) days. Twenty two (63%) patients were operated on due to FAP, 12 (34%) due to synchronous rectum cancer and colon tumor or polyp, and one (3%) due to ulcerative colitis. All patients received J pouch and protective ileostomy. After the closure of ileostomy, two cases were identified to have J pouch fistulas. The patients were followed up for 6 months to 7 years. They were contacted by phone and they were questioned about their active complaints, number of defecations, urinary and sexual dysfunctions. It was identified that they had 5 (3-8) defecations per day on average and that 4 (11%) cases had one nocturnal defecation. No pouchitis were identified in the follow-up endoscopic examinations.

Conclusion: Restorative proctocolectomy and ileo-anal anastomosis technique is a surgical procedure that can be performed with low rates of morbidity and mortality, including the elderly.

Key Words: Ileal pouches, ileo-anal anastomosis, restorative proctocolectomy

Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Konya, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Murat Çakır

Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi, Genel
Cerrahi Anabilim Dalı, Konya,
Türkiye

Tel: +90 505 605 51 58
e-posta:
drmuratcakir@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 09.06.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 23.07.2014

©Telif Hakkı 2015
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015
by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

GİRİŞ

Parks'ın 1978'de ilk kez tarif ettiği restoratif proktokolektomi günümüzde ülseratif kolit ve familial ade-nomatöz polipozis (FAP) hastalığında kullanılan seçkin bir tedavidir (1). Hastalıklı tüm kolon ve rektu-mu ortadan kaldıran bu yöntemde doğal yoldan dışkılama sağlanmış olur. Bunun yanında hastaların %90'dan fazlasında yaşam kalitesinde ciddi bir bozulma olmamaktadır. Günde ortalama olarak 6 kez dışkılama ve bir kez gece dışkılaması yaşam kalitesini etkilemez (2). Özellikle genç hastalarda kontinans sorunu en az düzeydedir. Tüm cerrahi mortalitesi %1 kadarken poşa bağlı morbidite oranı %18-70 kadar olmaktadır (3). Ameliyattan sonra ince bağırsak tıkanması ve poşit gibi sıkıntılarla karşılaşılrsa bile diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırıldığında en iyi tedavi yöntemidir.

İleal poş anal anastomoz (İPAA) yönteminde hangi poş tipinin seçileceği, mukozektomi gerekip gerek-mediği, hangi tür ileoanal anastomoz yapılacağı, koruyucu ileostomi yapılıp yapılmaması konularında

tartışmalar devam etmektedir (4). Restoratif proktokolektominin anal inkontinans ve ileri evre kolorektal kanser dışında kontraindikasyonu yoktur.

Kliniğimizde yapılan ileal poşlu girişimleri ve sonuçlarını literatür eşliğinde irdelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde 2006-2013 yılları arasında yapılan 35 restoratif proktokolektomi ve J poş ileoanal anastomoz ameliyatlarının sonuçları Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak retrospektif olarak yapıldı. Hastalar yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, tanı, takip süresi ve poş komplikasyonlarına göre değerlendirildi. Tüm hastalara telefonla ulaşıldı ve kontrol için poliklinik randevusu verildi. Kontrol için gelen hastaların seksüel ve üriner disfonksiyonu, dışkılama alışkanlığı sorgulandı ve endoskopik olarak poş yapısı değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada tüm istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, IL, ABD) for Windows 13,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların 19'u erkek (%54) ve 16'sı kadın (%46) idi. Ortalama yaş 45 (21-74) idi. Ortalama hastanede kalış süresi 11 (5-20) gündü. Hastaların 22'si (%63) FAP, 12'si (%34) senkron rektum kanseri ile birlikte kolon tümörü veya polipi ve 1'i (%3) ülseratif kolitte ağır displazi nedeniyle ameliyat edildi. Tüm hastalara J poş ve koruyucu ileostomi uygulandı. Tüm olguların ileostomileri ortalama 3. ayında kapatıldı. İleostomi kapatılması cerrahisi öncesi tüm olgularda endoskopik olarak J poş yapısı incelendi. İleostomi kapatıldıktan sonra 2. ve 6. ayda iki (%6) olguda J poştan oluşan fistül tespit edildi. Yüksek seviyeli olan fistüllere seton uygulandı. Olguların birinde cevap alınırken diğerine tekrar ileostomi açılmak zorunda kalındı. Hastalar ortalama 4 yıl (6 ay-7 yıl) takip edildi. Olguların 30'una (%86) telefonla ulaşıp aktif şikâyetleri, defekasyon sayısı üriner ve cinsel disfonksiyonlar soruldu. Endoskopik değerlendirme için randevu verildi. 40 yaş altı hiçbir olguda üriner ve seksüel disfonksiyon izlenmedi. Özellikle ileri yaştaki 8 (%23) hastada üriner disfonksiyona rastlanıldı. Ortalama günde 5 (3-8) dışkılama olduğu 4 (%11) olguda 1 defa olan gece dışkılması tespit edildi. Yapılan endoskopik kontrol incelemesinde hiçbir olguda poşit tespit edilmedi. Dosya taramasında 2 (%6) olguda poşit nedeniyle medikal tedavi uygulandığı bilgisine ulaşıldı. Takiplerinde 5 (%14) malign olguda karaciğer metastazı görüldü. Beş (%14) olgunun öldüğü tespit edildi.

TARTIŞMA

Bin dokuz yüz seksenli yılların başlarında uygulanmaya başlayan üç anslı S poş ile yapılan restoratif proktokolektomi ile birlikte ülseratif kolit ve FAP'ın cerrahi tedavisinde bir devrim yaşanmıştır (5). Kısa süre sonra Utsonomiya (6) iki anslı J poş tekniğini yayınladı. Böylece S poşun uzun götürücü ansı nedeniyle sebep olduğu kateterizasyon gereksinimi, iki anslı J poş yöntemi ile giderilmiş oldu (7). Uzun götürücü ans sorununun çözülmesinden sonra J poş büyük oranda kabul görmüş ve

kullanımı daha da yaygınlaşmıştır (6, 7). Günümüzde en sık yapılan poş tipi J poştur. J poşunun yapılması diğer poşlara göre daha basittir ve stapler yardımıyla kısa sürede kolaylıkla yapılabilmektedir. S poşu J poşuna göre daha büyük hacimlidir ve J poşa göre daha rahat pelvise ulaşabilir. Bu özellik nedeniyle S poşun kısa mezenteri olan şişman piknik tiplerde ve ince uzun pelvis yapısı olan astenik kişilerde anal anastomoz gerinliğini azaltmak amacıyla kullanımı uygundur (8). Bu avantajı rağmen S poşu daima elle yapılması gereken bir poştur ve bu da zaman alan bir işlemdir. Bu poşlardan başka daha büyük hacim sağlamak amacıyla dört anslı W poşu ve izoperistaltik iki anslı H poşu gibi poşlar da tarif edilmişse de yaygın kullanım alanı bulamamıştır (8). Tüm olgularımızda J poş yapıldı. Çünkü yapması kolay, yeterli bir rezervuar sağlaması ve kısa sürede oluşturulabilme avantajından dolayı tercih edildi. İşlem esnasında stapler kullanıldı, bu da işlem süresini ciddi oranda kısaltmaktadır. Ortalama 15-18 cm'lik bir poş hazırlanmakta ve yeterli olmaktadır.

İleal poş anal anastomoz tekniği ilk uygulanmaya başlanıldığında her hastada mukozektomi yapılmakta idi. Uzunluğu değişen boyutlarda rektum yapısı bırakılır ve mukozektomi işlemi yapılırdı (9). Mukozektomi İPAA işleminin uzun ve kanamalı bölümünü oluşturmaktadır. Anal ekartasyonun uzun sürmesi ve etkili anal dilatasyon ameliyat sonrası inkontinansın nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Dentat çizginin hemen üzerindeki anal geçiş bölgesinin çıkarılmasının inkontinansa katkı sağladığı tespit edildikten sonra mukozektominin gerekliliği sorgulanmaya başlanmıştır (10). Ancak dentat çizgide 1,5-2 cm'den daha fazla rektum duvarı kalırsa kanser için riskli bir bölge bırakılmış olmaktadır (11). Kliniğimizde rutin olarak olgularımıza mukozektomi yapılmamaktadır. Ancak cerrahi zorluk nedeniyle distal rektumda mukoza kalırsa hastalar daha sık takip edilmektedir ve kanser gelişimi açısından hastalara bilgi verilmektedir. Özellikle genç hastaların rektum mukozası yerinde kalırsa mukozektomi işlemi yapılmaktadır. Ancak yaşlı hastalarda kalan rektum mukozası için mukozektomi işlemi tercih edilmemektedir.

Koruyucu ileostominin restoratif protokolektomi tekniğinin ilk yıllarında İPAA işleminden sonra mutlaka gerekli olduğu düşünülüyordu (11, 12). Koruyucu ileostomi distal anastomozdan olacak kaçakları önlemese bile klinik olarak hastanın bu olayı daha hafif geçirmesini sağlamaktadır. Pelvik sepsis İPAA'lu hastaların en korkutucu komplikasyonudur ve bazen hastanın hayatına mal olabileceği gibi bazen de poşun rezeke edilmesini gerektirecek olaylar ile sonuçlanabilir. İPAA konusunda deneyim arttıkça koruyucu ileostomi yapılmaksızın tek seanslı yapılan ameliyatlarda gündeme gelmeye başladı (12). İPAA hastalarında uzun dönemde en önemli sorunlardan biri olan ince bağırsak tıkanması, ileostomi yapılan hastalarda daha sıktır (13). Koruyucu loop ileostomi ameliyattan 6-12 hafta sonra kapatılabilir. İleostomi kapatılmadan önce ileal poş radyolojik olarak kontrastlı madde ile anal yoldan kontrol edilmelidir (poşogram) (13). Poşogramda sorun yoksa hastalar ileostomi kapatılması için ameliyata alınabilirler. Kliniğimizde yapılan bu ameliyatlardan sonrası rutin olarak geçici ileostomi açılmakta ve ortalama 3 ay sonra kapatılmaktadır. İleostomi açılan olgularımızda ileusla ilgili bir komplikasyona rastlanmadı. Çok aşağı yerleşimli ileal poş anal anastomozu korumak için ileostominin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Aksi halde oluşan kaçak sonrası özellikle genç bayanlarda oluşabilen pelvik enfeksiyo-

nun infertiliteye katkı sağlayacağı kanısındayız. İleostomi kapatılması esnasında ve sonrasında ciddi bir problem yaşamamaktayız. Ancak hastanın tekrar hastaneye yatması, ameliyat öncesi hazırlık ve cerrahi işlem hem hasta için bir sıkıntı hem de maliyetin artmasına neden olmaktadır.

Elli yaşından büyük hastalarda İPAA'un fonksiyonel sonuçlarının iyi olmadığı son yıllarda ileri sürülmüşse de 70 yaşından daha yaşlı hastalarda bile güvenle restoratif proktokolektomi yapılabileceği ortaya konulmuştur (14, 15). Olgularımızın 12'si 50 yaş ve üzeri 3'ü ise 70 yaş ve üzeriydi. Takiplerimizde yaşlı hasta grubunda üriner disfonksiyonun daha sık olduğunu tespit ettik. Kontinans açısından 40 yaş altı hastalara kıyasla ciddi bir fark izlemedik.

Fonksiyonel sonuçları en fazla etkileyen parametreler dışkılama sayısı ve fekal inkontinanstır. Her ikisi de ilk iki yıl içerisinde giderek daha iyi hale gelirler. Geniş serilerde ortalama gündüz dışkılama sayısı 6, gece dışkılama sayısı 1 olarak bildirilmektedir (16, 17). Olgularımızda ortalama günde 5 dışkılama varken, 4 olguda 1 defa olan gece dışkılaması tespit edildi. En fazla dışkılamanın 8 olduğu tespit edildi. Ancak ortalama defekasyon sayısının literatürden daha iyi olduğunu tespit ettik. İnkontinans hiçbir olgumuzda yoktu.

Poşa bağlı olarak yaklaşık %40 morbidite ve %10 başarısızlık oranı vardır (18, 19). Bu nedenle poş sonrasında revizyon, poşun çıkartılması veya kalıcı ileostomi gerekebilir. Pelvik sepsis, anastomoz kaçağı, poş fistülleri, saptanan diğer komplikasyonlardır (20, 21). Olgularımızın 2'sinde fistül tespit ettik ve seton uyguladık. Olgulardan birinin fistülünün geniş bir apse poşuna açıldığı görüldü ve uygulanan tedaviden başarı sağlanmadığı için tekrar ileostomi açmak zorunda kaldık.

SONUÇ

Restoratif proktokolektomi ve J poş ileoanal anastomoz ameliyatı FAP ve ülseratif kolitli hastalarda, ileri yaş dâhil düşük morbidite ve mortalite ile uygulanabilir seçkin bir cerrahi yöntemdir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2014/666).

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan tüm hastalardan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.Ç., Ş.T.; Tasarım - M.Ç.; Denetleme - T.K., A.T.; Kaynaklar - M.Ç.; Malzemeler - M.Ç., S.D.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - S.D.; Analiz ve/veya yorum - M.Ç.; Literatür taraması - M.Ç.; Yazıyı yazan - M.Ç.; Eleştirel inceleme - T.K., A.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty, Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (2014/666).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from all patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.Ç., Ş.T.; Design - M.Ç.; Supervision - T.K., A.T.; Funding - M.Ç.; Materials - M.Ç., S.D.; Data Collection and/or Processing - S.D.; Analysis and/or Interpretation - M.Ç.; Literature Review - M.Ç.; Writer - M.Ç.; Critical Review - T.K., A.T.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Nasmyth DG, Williams NS, Johnston D. Comparison of the function of triplicated and duplicated pelvic ileal reservoirs after mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis for ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1986; 73: 361-366. [CrossRef]
2. Burns EM, Bottle A, Aylin P, Clark SK, Tekkis PP, Darzi A, et al. Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 2011; 98: 408-417. [CrossRef]
3. Beliard A, Prudhomme M. Ileal reservoir with ileo-anal anastomosis: Long-term complications. *J Visc Surg* 2010; 147: 137-144. [CrossRef]
4. Kessler H, Mudter J, Hohenberger W. Recent results of laparoscopic surgery in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 1116-1125. [CrossRef]
5. Çetiner S. Neoreservoirs. In: Baykal A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, editors. *Colon and Rectal Cancers*. 1st ed. İstanbul: 2010. p. 525-529.
6. Utsunomiya J. Development of ileal J-pouch anal anastomosis. *Nihon Geka Gakkai Zasshi* 1997; 98: 443-448.
7. Onaitis MW, Mantyh C. Ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: historical development and current status. *Ann Surg* 2003; 238: 42-48. [CrossRef]
8. Aliosmanoğlu İ, Gül M, Hakseven M, Tekeş F, Uslukaya Ö, Ülger BV, et al. Analysis of 24 cases operated for familial adenomatous polyposis. *Kolon Rektum Hast Derg* 2012; 22: 1-4.
9. Gozzetti G, Poggioli G, Marchetti F, Laureti S, Grazi GL, Mastroioli M, et al. Functional outcome in handsewn versus stapled ileal pouch-anal anastomosis. *Am J Surg* 1994; 168: 325-329. [CrossRef]
10. M'Koma AE, Moses HL, Adunyah SE. Inflammatory bowel disease-associated colorectal cancer: proctocolectomy and mucosectomy do not necessarily eliminate pouch-related cancer incidences. *Int J Colorectal Dis* 2011; 26: 533-552. [CrossRef]
11. Coull DB, Lee FD, Henderson AP, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG. Risk of dysplasia in the columnar cuff after stapled restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 2003; 90: 72-75. [CrossRef]
12. Heuschen UA, Hinz U, Allemeyer EH, Lucas M, Heuschen G, Herfarth C. One- or two-stage procedure for restorative proctocolectomy: rationale for a surgical strategy in ulcerative colitis. *Ann Surg* 2001; 234: 788-794. [CrossRef]
13. Gorfine SR, Gelernt IM, Bauer JJ, Harris MT, Kreel I. Restorative proctocolectomy without diverting ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 188-194. [CrossRef]
14. Takao Y, Gilliland R, Nogueras JJ, Weiss EG, Wexner SD. Is age relevant to functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis?: prospective assessment of 122 cases. *Ann Surg* 1998; 227: 187-194. [CrossRef]
15. Delaney CP, Fazio VW, Remzi FH, Hammel J, Church JM, Hull TL. Prospective, age related analysis of surgical results, functional outcome, and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg* 2003; 238: 221-228. [CrossRef]
16. Lovegrove RE, Symeonides P, Tekkis PP, Goodfellow PB, Shorthouse AJ. A selective approach to restorative proctocolectomy wit-

- hout ileostomy: a single centre experience. *Colorectal Dis* 2008; 10: 916-924.
17. Çelik S, Özenç MA, Hamaloğlu E, Karakoç D. Familial adenomatous polyposis associated desmoid tumors: Presentation of two cases with literature evaluation. *Ulusal Cer Derg* 2011; 27: 235-239.
 18. Rokke O, Iversen K, Olsen T, Ristesund SM, Eide GE, Turowski GE. Long-term followup of patients with active J reservoirs after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis with regard to reservoir function, mucosal changes, and quality of life. *ISRN Gastroenterol* 2011:430171.
 19. Martin ST, Tevlin R, Heeney A, Peirce C, Hyland JM, Winter DC. How I do it: the stapled ileal J pouch at restorative proctocolectomy. *Tech Coloproctol* 2011; 15: 451-454. [\[CrossRef\]](#)
 20. Madbouly KM, Senagore AJ, Remzi FH, Delaney CP, Waters J, Fazio VW. Perioperative blood transfusions increase infectious complications after ileoanal pouch procedures (IPAA). *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 807-813. [\[CrossRef\]](#)
 21. Nisar PJ, Kiran RP, Shen B, Remzi FH, Fazio VW. Factors associated with ileoanal pouch failure in patients developing early or late pouch-related fistula. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 446-453. [\[CrossRef\]](#)