

İnkarsere rektal prolapsuslu olguda perineal rektosigmoidektomi (Altemeier ameliyatı)

Perineal rectosigmoidectomy for incarcerated rectal prolapse (Altemeier's procedure)

Mesut Sipahi, Ergin Arslan, Hasan Börekçi, Faruk Önder Aytekin, Bahadır Külah, Oktay Banlı

ÖZET

Rektal prolapsusun cerrahi tedavisinde perineal yaklaşımlar, abdominal yaklaşımlara kıyasla daha fazla nüks oranlarına karşın daha düşük mortalite oranlarına sahiptirler. İnkarserasyon ve strangülasyon varlığı da abdominal yaklaşımların uygulamasını sınırlamaktadır. Perineal rektosigmoidektomi düşük mortalite ve kabul edilebilir nüks oranları ile inkarserasyon ve strangülasyonlu hastalarda uygun tedavi seçenekleri arasındadır. Özellikle yandaş hastalıkları bulunan ileri yaşta hastalarda genel anestezi gerektirmeksizin uygulanabilir. Bu makalede spinal travmaya bağlı nörolojik sekeli bulunan inkarsere rektal prolapsuslu hastaya uygulanan perineal rektosigmoidektomi ve koruyucu loop kolostomi ameliyatı sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Altemeier ameliyatı, perineal rektosigmoidektomi, rektal prolapsus

ABSTRACT

Perineal procedures have higher recurrence and lower mortality rates than abdominal alternatives for the treatment of rectal prolapse. Presence of incarceration and strangulation also influences treatment choice. Perineal rectosigmoidectomy is one of the treatment options in patients with incarceration and strangulation, with low mortality and acceptable recurrence rates. This operation can be performed especially to avoid general anesthesia in old patients with co-morbidities. We aimed to present perineal rectosigmoidectomy and diverting loop colostomy in a patient with neurological disability due to spinal trauma and incarcerated rectal prolapse.

Keywords: Altemeier's procedure, perineal rectosigmoidectomy, rectal prolapse

GİRİŞ

Rektal prolapsus, ender görülen bir hastalık olmakla birlikte beşinci dekattan itibaren sıklığı artmaktadır. Patofizyolojisinde rektoanal inhibitör refleksle bozulma, aralıklı yüksek basınçlı rektal motor aktivite, anorektal his bozukluğu ve pudental sinir nöropatisi suçlanmakla beraber günümüzde hala sebebi tam olarak ortaya konmuş değildir (1). Klinik olarak, mukozal prolapsus (parsiyel veya pseudoprolapsus), internal prolapsus (rektal intussussepsiyon) ve tam kat prolapsus olmak üzere üç şekilde karşımıza çıkmaktadır (2). Tedavi seçenekleri abdominal ve/veya perineal yaklaşımlar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Daha yüksek nüks oranına rağmen, düşük komplikasyon oranı ve iyi tolere edilmesinden dolayı genellikle ileri yaşlı ve komorbid hastalığı olanlarda tercih edilen perineal yaklaşım, redükte edilemeyen ve acil cerrahi gerektiren hastalarda da uygulanan cerrahi bir seçenektir. Makalemizde, yirmi yıl önce göçük altında kalma sonucu torakal vertebra fraktürü nedeniyle nörolojik sekeli olan, inkarsere rektal prolapsus için perineal rektosigmoidektomi (Altemeier ameliyatı) ve koruyucu sigmoid loop kolostomi ameliyatı uygulanan 60 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yıl önce geçirdiği travma sonrası her iki alt ekstremitede kas gücü ve duyu azalması, sol düşük ayak sekeli kalan 60 yaşında erkek hasta 6 saat önce defekasyon sırasında ortaya çıkan ve redükte edilemeyen anal bölgede kitle ve ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Son 6 aydır gaita inkontinansı, konstipasyon ve el ile redükte edilebilen rektal prolapsus şikayetleri bulunuyordu. Hasta hipertansiyon, diyabetes mellitus tip 2 ve benign prostat hipertrofisi hastalıkları nedeniyle tedavi görmekteydi. Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Fizik muayenesinde 120/dk sinüs taşikardisi haricinde vital bulguları normaldi. Anal bölge muayenesinde 20 cm'lik rektum ve sigmoid kolon ansının tam kat prolapsusu mevcuttu. Prolabe olan segment ödemli ve hiperemikti. Yer yer yaklaşık 2 cm'lik ülsere alanlar mevcuttu. Bağırsak sesleri normoaktifti. Karında hassasiyet, defans ve rebound bulgusu yoktu. Nörolojik muayenede sol alt ekstremitede düşük ayak saptandı. Solda daha fazla olmak üzere her iki alt ekstremitede baldır ve bacak kasları hafif atrofikti. Her iki alt ekstremitede manuel kas gücü muayenesinde 3/5 kas kuvveti vardı. Solda daha fazla olmakla birlikte her iki alt ekstremitede duyu azalması mevcuttu. Laboratuvar incelemede patolojik olarak beyaz küre 14,5 K/uL, hemoglobin 11 g/dL, kan şekeri 115 mg/dL olarak tespit edildi. Yeterli intravenöz analjezi ve sedasyon sağlandıktan sonra prolabe olan segment üzerine %20 mannitol emdirilmiş kompres uygulandı. Ödemin bir miktar ge-

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Yozgat, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Mesut Sipahi
e-posta: sipahi@dr.com

Geliş Tarihi / Received: 08.09.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 03.06.2014
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Available Online Date: 10.07.2015

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2016
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

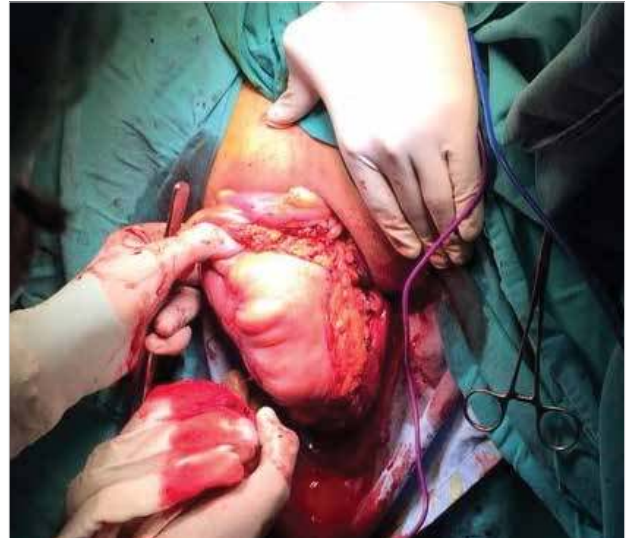


Resim 1. İnkarere rektal prolapsus görünümü

rilemesine rağmen manuel redüksiyon başarısız oldu. Hasta ve yakınlarından, yapılması planlanan ameliyat ve komplikasyonlar anlatıldıktan sonra yazılı onam alındı. Hasta acil koşullarda, ameliyata alındı. Hasta genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda ameliyata alındı (Resim 1). Cefazolin sodyum 1 g ve metronidazol 500 mg IV infüzyon ile antibiyotik profilaksisi uygulandı. Foley 18 numara kateter mesaneye yerleştirildi. Ameliyat sahası temizliğini takiben rektum, dentat çizginin yaklaşık 1 cm proksimalden elektro koter ile sirküler olarak tam kat kesildi (Resim 2). Sigmoid kolon ortaya konuldu. Mezo diseksiyonu Ligasure ile yapıldı. Sigmoid kolon ve rektum büyük arter ve venleri 2/0 ipek sütürler ile bağlanıp kesilerek mezo diseksiyonu tamamlandı (Resim 3). Sigmoid kolon da sirküler tarzda anal vergeden 2 cm proksimalden elektro koter ile kesilerek rezeksiyon tamamlandı. Mukozal kanama kontrolü yapıldı. Dışta anal kanal, içte sigmoid kolon olmak üzere iki adet iç içe geçmiş halka şeklinde anastomoz hattı ortaya konuldu. Anastomoz 2/0 prolen ile devamlı dikişlerle tek kat üzerinden yapıldı (Resim 4). Anastomoz hattı spontan redükte oldu. Rektal tuşe muayenesinde anastomoz hattı anal vergeden 6 cm proksimalde hissedildi. Karın sol üst kadrandan yaklaşık 3 cm çapında dairesel insizyon ile cilt ve cilt altı yağ dokusu eksize edildi. İnen kolon splenik fleksura yakınlarından insizyon üzerine çekildi. Koruyucu sigmoid loop kolostomi tekniğine uygun olarak açıldı. Hastanın ameliyat sonrası takipleri doğal seyretti. Postop 1. gününde kolostomiden gaita gelişi mevcuttu. Oral gıda alımına başlandı. Uygun yara iyileşmesi, yeterli gıda alımı ve oral nonsteroid anti-inflamatuvar analjezikler ile kabul edilebilir ağrı kontrolü gözlemlendikten sonra, ostomi bakımı eğitimi verilerek postop 3. gününde taburcu edildi.



Resim 2. Rektal insizyon hattı



Resim 3. Sigmoid kolon mezo eksizyonu



Resim 4. Anastomoz hattı

TARTIŞMA

Genel popülasyonda eksternal prolapsus görülme sıklığı %0,5'den azdır (3). Rektal prolapsus hastalarının %80-90'ı 50 yaş üzeri, kadın hastalardır. Rektal prolapsusun etiyojisi net olarak bilinmemesine karşın defekasyon proktografinin

gösterdiği üzere en fazla kabul edilen teori rektorektal intususepsiyon (1). Fazla sayıda doğum yapmak, ileri yaş, kronik psikiyatrik hastalık, Ehler-Danlos tip IV sendromu gibi durumlarda görülme sıklığı artmaktadır (1). Defekasyon fonksiyonu bir çok kas ve sinirin rol aldığı kompleks bir mekanizmadır. Anorektal ve pelvik taban innervasyonu hem otonomik hem de somatik sinir sistemi kontrolündedir. Levator ani, puborektalis kasları sakral 2-5 sinirlerinden innervasyon alırken eksternal anal sfinkter kası pudentalis inferiorun rektalis inferior siniri tarafından innervasyon alır. Parasempatik innervasyon sakral 2-4, sempatik innervasyon ise pelvik pleksustan köken almaktadır. Anal bölge ve distal rektumun duyu innervasyonu yine pudental sinir tarafından taşınmaktadır (4, 5). Hastamızdaki prolapsusun etiyolojisinde geçirilmiş travma sonucu spinal yaralanmaya bağlı motor ve duyu azalmasının rol oynadığını düşünüyoruz. Zira hastamızın anamnezinde son 6 aydır gaita inkontinansı ve konstipasyon şikayetleri bulunuyordu.

Rektal prolapsusun cerrahi tedavi seçenekleri oldukça geniştir. Ameliyatlar genel olarak perineal yaklaşım ve abdominal yaklaşım olmak üzere iki başlık altında değerlendirilebilir (6). Her bir ameliyatın morbidite ve nüks oranları farklıdır. Abdominal ameliyatlar, perineal ameliyatlara göre daha az nüks ve daha fazla morbidite oranlarına sahiptirler (6, 7). Ayrıca abdominal operasyonlar daha fazla impotans ve infertilite riskine sahiptir (8). Genel olarak abdominal yaklaşımlar; sütür rektopeksi (mortalite %0, nüks %0-3), sütür rektopeksi + rezeksiyon (mortalite %0-6,7, nüks %0-5), posterior mesh rektopeksi (mortalite %0-3, nüks %3), anterior sling (Ripstein ameliyatı) rektopeksi (mortalite %0-2,8, nüks %0-13), laparoskopik rektopeksi (mortalite %0, nüks %0-10) ameliyatlarından oluşmaktadır (7). Laparoskopik yaklaşımlarda hastanede kalış süresi, mortalite daha az olmakla birlikte özellikle öğrenme periyodunda yeterli diseksiyon sağlanamadığından dolayı nüks daha fazla görülmektedir (6). Aynı zamanda bu ameliyat için cerrahi laparoskopi bilgi ve tecrübesi de gerekmektedir. Buna rağmen laparoskopik rektopeksi ameliyatı kabul edilebilir nüks ve düşük mortalite oranı ile iyi bir tedavi seçeneğidir. Perineal yaklaşımlar ise genel olarak Delorme ameliyatı (mortalite %0-4, nüks %4-38) ve perineal rektopeksi (mortalite %0-5, nüks %0-16) olarak iki ameliyattan oluşmaktadır (7).

Ameliyat seçimi sırasında hastaya ve cerrahi tecrübeye göre karar vermek gerekmektedir. Özellikle genç yaşta, yandaş medikal hastalıkları bulunmayan, entelektüel ve sosyokültürel düzeyi yüksek, morbidite yükünü karşılayabilecek hastalarda kür için abdominal ameliyatlar tercih edilebilir. Poylin ve ark. (6), abdominal ameliyat uygulanan rektal prolapsuslu genç ve yaşlı hastaların değerlendirmesinde yaşlı hastaların abdominal ameliyatlarının genç hastalar kadar güvenli ve efektif olduğunu bildirmişlerdir. Laparoskopik rektopeksi ameliyatı da düşük nüks ve mortalite oranı ile iyi bir tedavi seçeneğidir. Bu ameliyat için ileri laparoskopi bilgi ve tecrübesi gerekmektedir. Özellikle debil, yandaş hastalığı bulunan ve ileri yaş grubunda perineal ameliyatlar tercih edilebilir (7). Bu hastalarda perineal rektosigmoidektominin spinal anestezi ile de uygulanabilir olması ameliyat tercihinde avantaj sağlamaktadır.

İnkarerasyonda meydana gelen bağırsak ödemi anastomoz riskini arttırdığından dolayı cerrahi tercihler daha düşündürücüdür. Ödemin azalması, cerrahi komplikasyon riskini azaltmak, elektif ameliyat planlamak için öncelikle redüksiyon denenmelidir. Redüksiyon için mannitol, elastik kompresyon, hyaluronidaz ve şeker uygulaması gibi yöntemler denenebilir (1). Elektif rektosigmoidektomide %2-6 oranında anastomoz kaçak riski bulunurken inkarsere prolapsusta bu oran %25'e çıkmaktadır. Kaçak riskini azaltmak için iki aşamalı yaklaşım ve stapler yöntemleri denenmiştir fakat en fazla koruyucu ileostomi veya kolostomi uygulanmaktadır (9). Perineal rektosigmoidektomi ve tek insizyon üzerinden koruyucu loop kolostomi ameliyatı, açık prolapsus cerrahilerinden daha az invaziv ve daha az kontaminasyon riski taşıyan cerrahi seçenektir. Perineal yaklaşımların abdominal yaklaşımlara göre hastanede kalış süreleri de daha kısadır (10). Abdominal rektopeksi ameliyatı ile karşılaştırıldığında bu ameliyatın bağırsak rezeksiyonu, anastomoz varlığı, ileostomi veya kolostomi açılması ve ostomi kapatılması için ikinci bir cerrahi ihtiyacı gibi dezavantajları bulunmaktadır. Rektal prolapsus her ne kadar ender görülse de klinikte karşılaşılabilen bir hastalıktır. Seçilmiş olgularda perineal rektosigmoidektomi ameliyatı uygulanabilir bir cerrahi seçeneğidir.

SONUÇ

Rektal prolapsus hastalarında ameliyat seçimi sırasında, hastanın durumu ve cerrahi tecrübe göz önüne alınarak karar vermek gerekmektedir. Nüks oranı abdominal yaklaşımlı rektal prolapsus ameliyatlarına göre yüksek olmasına rağmen, inkarsere rektal prolapsusta, özellikle rezeksiyon gereken strangüle rektal prolapsus olgularında, debil, yaşlı, komorbid hastalığı bulunan, genel anestezinin kontraendike olduğu hastalarda perineal rezeksiyon tercih edilebilir cerrahi seçenektir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.S., F.Ö.A., O.B.; Tasarım - B.K., E.A.; Denetleme - F.Ö.A., O.B.; Kaynaklar - H.B., E.A., F.Ö.A.; Malzemeler - H.B., B.K.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - M.S., E.A.; Analiz ve/veya yorum - M.S., O.B.; Literatür taraması - M.S.; Yazıyı yazan - M.S., O.B.; Eleştirel inceleme - F.Ö.A., B.K., H.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.S., F.Ö.A., O.B.; Design - B.K., E.A.; Supervision - F.Ö.A., O.B.; Funding - H.B., E.A., F.Ö.A.; Materials - H.B., B.K.; Data Collection and/or Processing - M.S., E.A.; Analysis and/or Interpretation - M.S., O.B.; Literature Review - M.S.; Writer - M.S., O.B.; Critical Review - F.Ö.A., B.K., H.B.

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. Yuzbasioglu MF, Bulbuloglu E, Ozkaya M, Oksuz H. A different approach to incarcerated and complicated rectal prolapse. *Med Sci Monit* 2008; 14: 60-63.
2. Felt-Bersma RJ, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele and solitary rectal ulcer syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 199-222. [\[CrossRef\]](#)
3. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. *Scand J Surg* 2005; 94: 207-210.
4. Govaert B, van Gemert WG, Baeten CG. Neuromodulation for functional bowel disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2009; 23: 545-553. [\[CrossRef\]](#)
5. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: An overview of clinical features, diagnosis and patient-specific management strategies. *J Gastrointest Surg* 2014; 18: 1059-1069. [\[CrossRef\]](#)
6. Poylin V, Bensley R, Nagle D. Changing approaches to rectal prolapse repair in the elderly. *Gastroenterol Rep* 2013; 1: 198-202. [\[CrossRef\]](#)
7. Thandinkosi E, Mirza K, Steven D. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg* 2005; 140: 63-73. [\[CrossRef\]](#)
8. Voulimeneas I, Antonopoulos C, Alifierakis E, Ioannides P. Perineal rectosigmoidectomy for gangrenous rectal prolapse. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 2689-2691. [\[CrossRef\]](#)
9. Fei R, Chen W, Xiang T, Sheng Q, Wang J, Liu F. A modified two-stage perineal rectosigmoidectomy for incarcerated rectal prolapse. *Tech Coloproctol* 2014; 18: 513-514. [\[CrossRef\]](#)
10. Kapan M, Önder A, Polat S, Aliosmanoglu İ, Taskesen F, Arikanoğlu Z, ve ark. Rektal prolapsus cerrahi tedavisinde abdominal ve perineal yaklaşımlar. *Dicle Tıp Derg* 2012; 39: 83-88. [\[CrossRef\]](#)