REKTAL PROLAPSUSUN CERRAHİ TEDAVİSİ

Uzm. Dr. A. Vedat DURGUN, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Rektal prolapsus, bireyin günlük yaşantısını güçleştiren, sosyal konumunu etkileyerek onu toplumdan uzaklaştıran, seyrek görülmesine karşın her devirde cerrahların büyük ilgisini çeken bir hastalıktır. Etyopatogenezi ve cerrahi tedavi yöntemleri hakkında çok çeşitli görüşler ileri sürülmüş ve tartışılmıştır.

Komplet rektal prolapsusun bir kayma fıtığı olduğunu ileri süren Moschcowitz burada Douglas peritononun fıtık kesesini oluşturduğunu, rektumun ön duvarını lümene doğru ittiğini ve daha sonra anal kanalın dışına çıkmaya zorladığını bildirmiştir. Broden ve Snellman ise olayın gerçekte bir rektal intussussepsiyon olduğunu sineradyografi ile göstermişlerdir. Bu bulgu daha sonraları, Ripstein tarafından da doğrulanmıştır (3, 27). Bunlardan başka pelvis döşemesini yapan kasların özellikle puborektal adalenin ve diğer sfinkter kaslarının zayıflığı ve atonisi komplet prolapsusa sebep olarak gösterilmiştir (5, 20, 27).

Rektal prolapsus patogenezinin anlaşılması ve buna paralel olarak çeşitli tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi günümüze değin birçok dönemden geçmiştir. Giderek daha etkin ameliyat yöntemlerinin geliştirilmesine karşın tedavide karşılaşılan sorunların bazıları hala çözüm beklemektedir. Bunlardan en önemlisi bozulmuş anal kontinensin düzeltilmesidir (6, 7, 16, 23, 29). Kesin olmamakla birlikte prosidensiya olgularında kontinonsın bozulma nedeni prolapsusun uzun süreli olmasıdır. Son araştırmalar anorektal kasların sinir uçlarında histolojik anomalilerin ortaya çıktığını göstermiştir. Bu durum pudendal ve perineal sinirlerin uzun bir zaman gerilmeleri sonucu zedelenmelerine bağlanmaktadır. Eğer hastada ileri derecede inkontinans varsa uygulanan ameliyatlardan hiçbiri bu durumu tam anlamıyla düzeltemeyecektir. Bu nedenle kontinans bozulmadan hastaların erkenden tedavisi çok önemlidir (7, 12, 16, 18, 23, 27).



Şekil 1: *Thiersch Ameliyatı*

Rektum prolapsusunun oluşumunda rol oynayabilecek çeşitli nedenler ileri sürülmüştür. Bunlar rektumu normal yerinde tutan anatomik yapıların doğumsal veya edinsel kusur ve yetersizliği ile karın içi basıncını artıran olaylar şeklinde özetlenebilir. Komplet rektum prolapsusunun cerrahi tedavisi için bugüne kadar yüzden fazla ameliyat tekniği ileri sürülmüş ve savunulmuştur. Bunların çoğu birkaç temel işlemin çeşitlemeleridir.

Tedavinin esası prolapsustan sorumlu hiperotetik anatomik defektin ortadan kaldırılmasıdır. Buna yönelik olarak belirlenmiş prensipler şu şekilde sıralanabilir:

- Anal orifisin daraltılması
- Douglas poşunun obliterasyonu
- Pelvis döşemesinin restorasyonu
- Fazla uzunluktaki barsak segmentinin rezeksiyonu.
- Rektumun suspensiyon ve fiksasyonu

Yukarıdakilerin kombinasyonları

Rektal prolapsus tedavisinde kullanılan ameliyatlar yaklaşım şekline göre iki gruba ayrılırlar: 1. Perineal yada sakral yolla yapılan ameliyatlar, 2. Abdominal ve abdominoperineal yolla yapılan ameliyatlar.

Komplet rektal prolapsusun cerrahi tedavisinde perineal yaklaşımla uygulanan ameliyat şekilleri için bir genelleme yapmak gerekirse basit ve tehlikesiz olmakla birlikte kullanım alanları oldukça sınırlı, prolapsusa yol açan anatomik defektleri düzeltmeye yönelik olmayan, rezidiv oranları yüksek ve bazılarının inkontinens meydana getirme olasılığı fazla olan metodlardır. Bunlardan biri olan Thiersch metodu (Şekil 1) özellikle yaşlı, genel durumu bozuk, anal yetmezliği bulunan, diğer yöntemlerle ameliyat edildiği halde inkontinensi düzelmeyen veya nüks görülen hastalarda ve çocuklarda uygulanabilir (20, 22, 27).

Perineal rektosigmoidektomi yaşlı ve genel durumu bozuk hastalarda strangulasyona uğramış prolapsuslarda kullanılabilir (Şekil 2). Tehlikesiz bir yöntem olduğu yayınlanan serilerde mortalite görülmemesi veya çok az olması ile belirlenmiştir (9, 20, 21, 27, 28).

Komplet rektum prolapsusu tedavisinde transabdominal yaklaşımla uygulanan ameliyat şekilleri çoğunlukla prolapsus gelişiminde rol oynayan anatomik defektleri gidermeyi amaçlar ve sonuçları da nispeten yüz güldürücüdür. Bu tip ameliyatlar perineal girişimlere oranla daha fazla kabul görmekte ve uygun olgularda gittikçe artan sıklıkta kullanılmaktadırlar. Low anterior rezeksiyon genelde kanser cerrahisi çerçevesine giren bir yöntem olmakla birlikte Stabins ve Muir gibi bazı cerrahlar tarafından total prolapsus tedavisinde kullanılmıştır. Rektum ve sigmoid kolon serbestleştirilip distalde sfinkterlerin üzerinde anostomoz için yeterli bir güdük bırakıldıktan sonra segmenter rektosigmoid kolon rezeksiyonu yapılır ve dessendan kolon ile distal rektum ağızlaştırılır. Uzun dönemde loj içe-

risinde oluşacak adhezyonların barsağı sakruma fikse edeceğine inanılır (2, 20, 27).

Komplet prolapsus tedavisindeki abdominal girişimlerden en çok taraftar toplayanı şüphesiz rektopeksi işlemleridir. Bu metodlar rektumun doğrudan ya da yapay bir implant aracılığıyla çeşitli doku ve organlara asılması fiksasyonu ilkesine dayanır (1, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 25, 26).

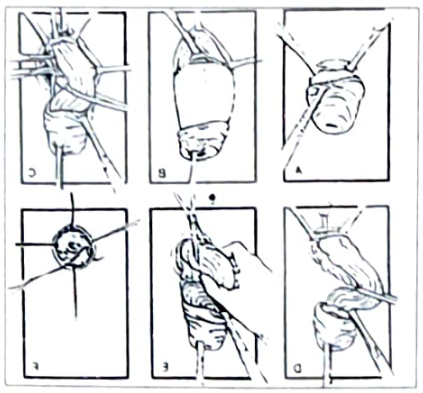
Rektopeksi işlemleri arasında özellikle İngiltere'de yaygın olarak kullanılan ivalon süngeri rektopeksisinde yapay meş rektumun arka ve yan yüzlerini saracak şekilde sakruma tespit edilmektedir (Şekil 3). Ivalon süngeri irritan özelliği nedeniyle rektumun presakral konkaviteye yapışmasını ve rektal duvarın kalınlaşmasını sağlamakta sonuç olarak prolapsusu önlemektedir. Ancak ivalonun oluşturduğu şiddetli ve denetimsiz fibrozis olayı rektal ve üreterik tıkanmalara, pelvik sepsise ve meş atılımına yol açabilmektedir (1, 8, 14, 17, 27).

Teflon askı tamiri olarak da bilinen Ripstein rektopeksisi Birleşik devletlerde prolapsus tedavisindeki en popüler ameliyatlardan birisidir (Şekil 4). Temel özelliği serbestleştirilmiş rektumun ön ve yan duvarlarının mersilen, marlex ya da teflon gibi yapay bir meşle sarılıp arkada sakrum eğriliğine askılanmasıdır. Prolapsus ve inkontinensi iyileştirmekle birlikte konstipasyon ve fekal impaksiyona yol açması olumsuz yönlerini teşkil eder (8, 11, 14, 25). Abdominal rektopeksiler içerisinde alternatif bir yöntem Notaras işlemidir (Şekil 5). Bu teknikte yapay meşin rektum arkasında yer alması ve rektumun diğer duvarlarının serbest bırakılması organın genişlemesine olanak tanımakta, reaksiyonel fibrozis presakral mesafede sınırlanmakta böylelikle Ripstein rektopeksisinde karşılaşılan çeşitli tıkanmalar, pelvik abse ve rektal perforasyonlar bu yöntemle tedavi edilen hastalarda görülmemektedir (1, 19, 27).

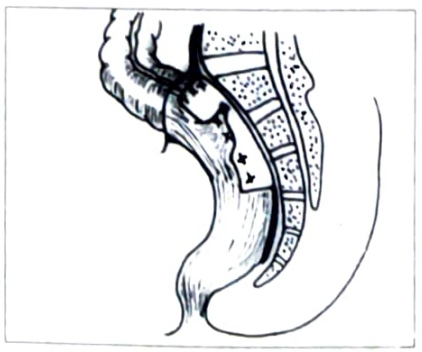
Rektal prolapsus tedavisinde güncel bir yöntem laparoskopik rektopeksilerdir. Uzak sonuçları alınmadan bu yöntem hakkında yorum yapmak henüz mümkün görünmemektedir (4).

Başarılı bir rektopeksi prolapsusu ortadan kaldırmasına karşın preoperatif dönemde anal yetmezliği bulunan hastaların 1/3 ya da 1/4'ünde bu durumun sürmesini önleyememekte dolayısıyla bu olgularda postanal onarım işlemi zorunlu olmaktadır (6, 7, 14, 23, 24). Ne var ki bazı hastalarda postanal oranım işlemi, pelvik faradizm ve anal elektronik uyarıcılar gibi inkontinense yönelik girişimler bile sonuçsuz kalmaktadır (6, 7, 13, 14, 19, 29).

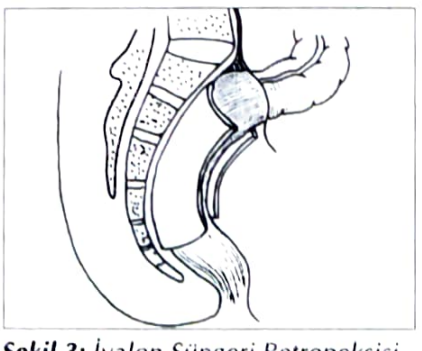
Sonuç olarak rektal prolapsus tedavisinde metod seçimi hastanın genel durumu, yaşı, prolapsusun tipi ve derecesi, inkontinensin bulunup bulunmaması ve olgunun nüks olup olmaması gibi unsurlar gözönünde bulundurularak yapılır. Çok doğal olarak cerrahın alışkanlıkları ve becerisi de metod seçiminde önemli rol oynar.



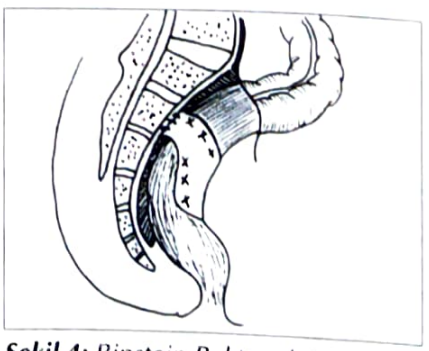
Şekil 2: *Perineal Rektosigmoidektomi*



Şekil 5: *Notaras Retropeksisi*



Şekil 3: *İvalon Süngeri Retropeksisi*



Şekil 4: *Ripstein Rektopeksisi*

KAYNAKLAR

1. Alver O, Kayabaşı B, Geçioğlu A, Göksoy E, Yiğitbaşı R: rektal prodensiya için modifiye Notaras meş rektopeksisi Medica, 4: 33, 1988.
2. Beahrs OH, Theuerkauf FJ, Hill JR: Procidentia-Surgical Treatment. Dis. Colon Rectum, 15: 337, 1972.
3. Berk G: Die Procidentia Recti. Chirurg, 50: 173, 1979.
4. Berman IR: Sutureles laparoscopic rectopexy for procidentia. Technique and implications. Dis. Colon Rectum, 35: 689, 1992
5. Bozfakioğlu Y, Kayabalı M, Aren A, Keçer M: Komplet rektum prolapsusu tedavisinde Lahaut tekniğinin yeri. Ulusal Cer. Derg, 3,: 41, 1987.
6. Delemarre JB, Gooszen HG, Kruyt RH, Soebhag R, Geesteranus AM: The effect of posterior rectopexy on fecal incontinence. A prospective study. Dis. Colon Rectum, 34: 311, 1991.
7. Faruk R, Duthie GS, Bartolo DC, Mac Gregor Ab: Restoration of continence following rectopexy for rectal prolapse and recovery of the internal anal sphincter electromyogram, Br. J. Surg, 79: 439, 1992.
8. Ferrari BT, Ray JE, Gathright JB: Complications of colon and Rectal Surgery Prevention and Management, Chapter: fifteen. W.b. Saunders Company-U.S.A 1985.
9. Finlay IG, Aitchison M: Perineal excision of the rectum for prolapse in the elderly. Br. J. Surg, 78: 687, 1991.
10. Günerhan Y, Kaya A, Kurt R, Kamanlar T: Procidentia'nın cerrahi tedavisi-Pemberton Ameliyatı Kolon ve Rektum Hast. Derg. 3: 95, 1993.
11. Hilsabeck JR,: Transabdominal posterior proctopexy using an inverted T ofsynethetic material. Arch. Surg. 116: 41, 1981
12. Hiltunen KM, Matikainen M, Auvinen O, Hietanen P: Clinical and manometric evaluation of anal sphincter function in patients with rectal prolapse. Am. J. Surg. 151: 489, 1986
13. Hopkinson BR: Electronic activation of the sphincters in the treatment of rectal prolapse. Proc. roy. soc. Med. 68: 21, 1975.
14. Keighley MRB, Fielding JWL, Alexander - Williams J: Results of marlex mesh abdominal rectopexy for rectal proplase in 100 consecutive patients Br J Surg. 70: 229, 1983.
15. Loygue J, Nordlinger B, cunci O, Malafosse M, Huguet C, Part R, Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal proplase. Report of 257 cases. Dis Colon Rectum, 27: 356, 1984.
16. Madden MV, Kamm MA, Nicholls RJ, Santhanam An, Cabot R, Speakman CT: Abdominal rectopexy for complete prolapse: Prospective study evaluating changes in symptoms and anorectal function. Dis Colon Rectum, 35: 48, 1992.
17. McCue JL, Thomson JP: Clinical results of abdominal rectopexy for complete rectal proplase. Br. J Surg, 78: 921, 1991.
18. Neill ME, Parks AG, Swash M: Physiological studies of the anal sphincter musculature in fecal incotinense and rectal prolapse. Br. J Surg, 68: 531, 1981.
19. Notaras MJ: The use of mersilene mesh in rectal proplase repair Proc Roy Soc Med, 66: 684, 1973.
20. Pemberton JH: Rectal prolapse, in "Current Surgical Therapy" ed: Cameron JI, 4th edition, pp., 175-179, Mosby-Year Book, Inc. USA, 1992.
21. Read NW, Bartolo DCC, Read MG, Hall J, Haynes WG, Johnson AG: Differences in anorectal manometry between patients with hemorrhoids and patients with descending perineum syndrome: Implications for management Br J Surg, 70: 656, 1983.
22. Sainio AP, Halme LE, Husa AI: Anal encirclement with polypropylene mesh for rectal prolapse and incontinence. Dis Colon Rectum, 34: 905, 1991.
23. Sainio Ap, Voutilainen PE, Husa AI: Recovery of anal sphincter function following transabdominal repair of rectal prolapse: cause of improved continence? Dis colon Rectum, 34: 816, 1991.
24. Shackelford RT, Zuidema GD: Surgery of the Alimentary Tract, Vol, 3,2 nd ed. chapter: 20 pp 662-682, W.B. Saunders Company, USA, 1982.
25. Tjandra JJ, Fazio VW, Churc JM, Milsom JW, Oakley JR, Lavery IC: Ripstein procedure is an effective treatment for rectal prolapse without constipation. Dis Colon Rectum, 36: 501, 1993.
26. Unal AR, Özer MV, Talu O: Rektum prolapsusun cerrahi tedavisi Ulusal Cer Dergisi. 4: 47, 1985.
27. Wassef JD, Rothenberger DA: Rectal Prolapse Current problems in surgery, 23: 402, 1986.
28. Williams JG, Rothenberger DA, Madoff RD, Goldberg SM: Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy. Dis colon Rectum, 35: 830, 1992.
29. Williams JG, Wong WD, Jensen L, Rothenberger DA, Goldberg SM: Incontinence and rectal prolapse: A prospective manometric study. Dis Colon Rectum, 34: 209, 1991. □