

Rektal prolapsus nedeniyle rektopeksi yapılan hastalarda operasyondan sonra gelişen kabızlık problemi: 3 farklı vaka

Hande Köksal, Hasan Bostancı, B.Bülent Mentuş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Rektal prolapsus tedavisinde çok sayıda cerrahi yöntem tanımlanmıştır. Abdominal rektopeksi ameliyatlarının anatomik başarısı iyi olmasına karşılık, postoperatif dönemde ciddi kabızlığa neden olabilmektedir. Kliniğimize aynı dönem içinde başvuran, biri daha önceden prolapsus nedeniyle ameliyat edilmiş, üç rektal prolapsus hastasında konu teknik olarak irdelendi. **Olgu sunumları:** İlk olguya düzenli defekasyon alışkanlığından dolayı sadece posterior rektopeksi, ikinci olguya preoperatif kabızlık yakınmasından dolayı posterior rektopeksi ile birlikte sigmoid kolon rezeksiyonu uygulandı. Üçüncü olguya ise 10 yıl önce geçirilmiş posterior rektopeksi ameliyatı sonrasında gelişen kronik kabızlık nedeniyle sigmoid kolon rezeksiyonu eklendi. Hastaların ameliyat sonrası erken dönem izlemlerinde kabızlık sorunu, nüks veya başka komplikasyon gözlenmedi. **Sonuç:** Erken dönem sonuçlarının uzun vadede de sürmesi halinde, burada sunulan üç farklı vakaya yaklaşımın rektal prolapsus cerrahisi sonrası görülebilecek olası problemlerin önlenmesi açısından iyi birer örnek olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Rektal prolapsus, abdominal rektopeksi, kabızlık, sigmoid kolon rezeksiyonu

Postoperative constipation problem in the patients performed rectopexy because of rectal prolapse: Three different cases

Objective: Several surgical methods have been described for the treatment of rectal prolapse. In spite of their anatomical success, abdominal rectopexy procedures have been associated with significant postoperative constipation. Within the same period, three patients with rectal prolapse (one of them treated previously) necessitated different surgical strategies. **Case reports:** The first patient underwent posterior rectopexy only, which was indicated due to the regular bowel habits. Because of the co-existing constipation, the second patient underwent a posterior rectopexy with sigmoid colon resection. The third patient was performed sigmoid colon resection also, who has constipation since posterior rectopexy operation performed 10 years ago. Neither of the patients had constipation, recurrence or another complication during the early postoperative period. **Conclusion:** If the early results of the patients operated with different surgical procedures for rectal prolapse go on well in the long term, the discussed surgical techniques can be good choices in preventing the problems that can be seen during rectal prolapse surgery.

Key words: Rectal prolapse, abdominal rectopexy, constipation, sigmoid colon resection

Genel Tıp Derg 2008;18(3):125-127

Rektal prolapsusun cerrahi tedavisi için birçok yöntem tanımlanmış olmakla beraber ideal bir strateji oluşturulamamıştır. Prolapsusun düzeltilmesi ile birlikte barsak alışkanlıklarının düzene konulması ve

kabızlığın önlenmesi de önemlidir (1,2). Cerrahi teknikler genel olarak anal açıklığın daraltılması, pelvik tabanın onarılması, rektosigmoid kolonun rezeksiyonu veya rektumun sakruma ya da başka dokulara asılması ilkelerine dayanır (3). Abdominal rektopeksi ameliyatlarında anatomik başarı oranı çok yüksektir. Değişik abdominal rektopeksi yöntemlerinde çok düşük nüks (% 1-8) olmasına karşılık, postoperatif dönemde yüksek oranda

Yazışma adresi: Dr. Hande Köksal, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

e-posta: drhandeniz@yahoo.com

kabızlık görülmektedir (3-7). Sigmoid kolon rezeksiyonunun yapıldığı hastalarda postoperatif kabızlık % 11 oranında iken, yapılmayan hastalarda bu oran % 62-64 arasında bildirilmiştir (7). Abdominal rektepeksiye sigmoid kolon rezeksiyonu eklenmesi postoperatif kabızlık riskini belirgin olarak azaltmaktadır (6). Diğer taraftan, sigmoid rezeksiyon gibi ilave bir prosedürün postoperatif morbidite ve mortaliteye olası olumsuz katkısını da dikkate almak gerekir.

Kliniğimizde aynı dönemde farklı yöntemle tedavi edilen üç rektal prolapsus hastasında konu teknik olarak irdelenmiştir. Bu üç vakadaki farklı cerrahi yaklaşımlar, son yıllarda yoğunluk kazanan rektal prolapsus tedavisindeki tartışmayı da açıklar niteliktedir.

Olgu 1

Yirmi üç yaşında kadın hasta kliniğimize yaklaşık bir yıldır olan ıkınma ve dışkılama sırasında ağrı, kanama, makatta ele gelen kitle ve sürekli olan sarı renkli akıntı yakınması ile başvurdu. Günde bir-iki defa, düzenli dışkılama alışkanlığı olduğunu ifade eden hastanın özgeçmişinden iki yıl önce sezaryen ile doğum yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde tam kat rektal prolapsus dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın laboratuvar tetkikleri normaldi. Fleksibl rektosigmoidoskopi ile incelemede anal verge'den 7 cm yukarıda ülsere lezyon saptandı ve alınan biyopsi sonucu histopatolojik olarak soliter rektal ülser ile uyumlu olarak değerlendirildi. Anorektal manometrik incelemede internal ve eksternal sfinkterde yetmezlik saptanan hastanın defekografisinde valsava manevrası sırasında rektum distalinin anal kanaldan prolabe olduğu görüldü (Resim 1a-c). Hastaya bu bulgular sonucunda rektal prolapsus tanısı konularak posterior mesh rektepeksi uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hasta 6. günde taburcu edildi. Postoperatif 6. ayında yapılan kontrollerinde hastada rektal prolapsus yakınması olmadığı, rektal kanama ve ağrı şikayetlerinin kaybolduğu ve günde bir kez düzenli dışkılama alışkanlığının devam ettiği tespit edildi. Endoskopik kontrolde soliter rektal ülserin tamamen yakın gerilediği gözlemlendi.



(a) (b) (c)

Resim 1a-c. Rektal prolapsusa ait defekografi görüntüleri

Olgu 2

Yetmiş yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır süren dışkılama sırasında makattan sarkan kitle yakınması ile başvurdu. Kronik kabızlığı olan hasta, anamnezinde laksatif kullanmadan 7-8 günde bir dışkılama olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmişinden total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu geçirdiği, üç tane vajinal doğumu olduğu, kalça protezi uygulandığı, üç defa serebrovasküler olay geçirdiği ve hipertansiyon-kalp yetmezliği nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Lokal fizik muayenesinde rektal prolapsus dışında patoloji saptanmadı. Tam kan ve biyokimyasal değerleri normaldi. Kolon grafisi normal olan hastanın defekografisinde rektal prolapsus izlendi. Hastada bu bulgular sonucunda, yandaş hastalıkları nedeniyle cerrahi riskini yüksek olmasına karşılık ileri rektal prolapsus nedeniyle operasyon kararı verildi. Yüksek epidural anestezi ve intravenöz sedasyon uygulanarak posterior mesh rektepeksi ve sigmoid rezeksiyon-uç uca kolorektal anastomoz yapıldı. Postoperatif dönemde problem gelişmeyen hasta posalı diyet önerilerek taburcu edildi. Postoperatif 6. ay kontrolünde prolapsusun ortadan kalktığı ve düzenli dışkılama olduğu saptandı.

Olgu 3

Kırk beş yaşında kadın hasta kliniğimize yaklaşık 10 yıldır olan kabızlık ve makattan kanama yakınmaları ile başvurdu. Laksatif kullanmadığı zamanlarda 10 günde bir dışkılama yaptığı öğrenildi. İki normal vajinal doğum öyküsü ve 10 yıl önce rektal prolapsus nedeniyle rektepeksi ameliyatı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde kronik anal fissür dışında patoloji saptanmadı. Hastaya time-marker yutturularak günlük ayakta direk karın grafileri

çekilerek yapılan kolon geçiş zamanı çalışmasında, markerlerin ikinci günde sigmoid kolona geçtiği, ancak beşinci günde bile sigmoid kolonda kaldığı görüldü. Bu bulgularla hastaya yavaş geçiş zamanlı kabızlık tanısı konularak sigmoid rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif 3. günde gaz-gayta çıkışı başlayan hasta 7. günde posalı diet önerileri ile taburcu edildi. Postoperatif 6. ay kontrolünde iki günde bir kendiliğinden dışkılmasının mevcut olduğu saptandı.

Tartışma

Rectal prolapsusun tedavisinde günümüze kadar birçok ameliyat yöntemi tarif edilmiştir. Bunlar arasında, karın ameliyatlarını kaldırabilecek hastalarda genellikle abdominal rektapeksi tercih edilmektedir (1,3). Ancak, abdominal rektapeksilerde fonksiyonel sonuçlar anatomik iyileşme kadar yüz güldürücü değildir. Bu ameliyatlarda nüks oranı % 0-8 arasında iken, kabızlık oranı % 15-47 arasında bildirilmiştir (3-7). Postoperatif gelişen kabızlığın olası nedenlerinden biri, rektumun mobilizasyonu sırasında lateral ligamanın kesilmesi ile otonomik sinir innervasyonunun bozulmasıdır (6,7). Kabızlığın bir diğer nedeni ise, aşırı uzun sigmoid kolonun rektapeksi ile sabitlenen rektum segmenti üzerinde keskin bir açı oluşturmasıdır (8). Yapılan çalışmalarda en yüksek oranda postoperatif kabızlık Ripstein ameliyatından sonra bildirilmektedir (9). Buradaki kabızlığın asıl nedeni, barsak ön duvarına yerleştirilen mesh'in rektumda keskin bir açı meydana getirmesidir. Alaçayır ve arkadaşları (10) 28 hastanın 23'üne abdominal, 9'una perineal girişim uygulamışlar ve postoperatif dönemde kabızlık oranlarını % 72,2 olarak bildirmişlerdir.

Bu nedenle, rektapeksiye eş zamanlı olarak sigmoid kolonun rezeksiyonu önerilmektedir. Sigmoid kolon rezeksiyonundan sonra rektum fiske edilsin veya edilmesin kabızlığın azaldığı ve rektal prolapsusun da tedavi edildiği bildirilmiştir (8). Ancak bir başka çalışmada (11) lateral ligaman alt yarısının korunarak Ivalon greft tekniği ile tedavi edilen 53 hastada kabızlık probleminin yaşanmadığı ve sigmoid rezeksiyondaki anastomoz riskinin hastalara yüklenmemesi gerektiği belirtilmiştir.

Bu çalışmada aynı dönemde cerrahi tedavi uygulanan biri daha önceden ameliyat edilmiş rektal prolapsuslu üç farklı olgu irdelenmiştir. İlk olguda operasyon öncesi defekasyon normal olup dismotiliteye ait bulgu saptanmadığından rektal prolapsus nedeniyle yalnız posterior rektapeksi uygulandı. Postoperatif kabızlık şikayeti olmayan hasta bu açıdan yakın takip edilmektedir. İkinci olguda ise preoperatif kabızlık yakınmasından dolayı posterior rektapeksi ile birlikte sigmoid kolon rezeksiyonu uygulandı. Son olguya da 10 yıl önce geçirilmiş posterior rektapeksi ameliyatı sonrasında gelişen kronik kabızlık nedeniyle sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Hastaların ameliyat sonrası izlemlerinde erken dönemde kabızlık sorunu gözlenmedi.

Sonuç olarak, erken dönem sonuçlarının uzun vadede de sürmesi halinde, bu olgu sunumunda tartışılan üç farklı vakaya yaklaşımın rektal prolapsus cerrahisindeki olası problemlerin önlenmesi açısından iyi birer örnek olduğu düşüncesindedir.

Kaynaklar:

1. Stein EA, Stein DE. Rectal procidentia: Diagnosis and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:189-201.
2. Marderstein EL, Delaney CP. Surgical management of rectal prolapse. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2007;4:552-61.
3. Felt-Bersma RJ, Cuesta MA. Disorders of the anorectum. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 199-222.
4. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg*. 2005; 140: 63-73.
5. Sobrado CW, Kiss DR, Nahas SC, Araújo SE, Seid VE, Cotti G, et al. Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2004; 59: 168-71.
6. Benoist S, Taffinder N, Gould S, Chang A, Darzi A. Functional results two years after rectopexy. *Am J Surg* 2001; 182: 168-73.
7. Nagle D. Rectal prolapse and fecal incontinence. *Prim Care* 1999; 26:101-11.
8. Watts JD, Rotenberg DA, Buls JG, Goldenberg SM, Nivatongs S. The management of procidentia: 30 years experience. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 96-102.
9. Schultz I, Mellgren A, Dolk A, Johansson C, Holmström B. Long-term results and functional outcome after Ripstein rectopexy. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 35-43.
10. Alaçayır İ, Arslan M, Torun N. Rectal prolapsus. *Gastroenteroloji* 1992; 3: 731-3.
11. Mc Cue JL, Thompson JPS. Clinical and functional result of abdominal rectopexy for complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1991;78:921-3.