

Laparoskopik Meş Rektopeksisi ile Tedavi Ettiğimiz Rektal Prolapsus Olgularımız

Kağan ZENGİN, Melih PAKSOY, Metin ERTEM, Mustafa TAŞKIN, Bayram KAYABAŞI

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Amaç: Laparoskopinin genel cerrahi uygulamalarına girmesi ile birlikte günümüzde bir çok hastalığın tedavisi laparoskopi ile güvenle gerçekleştirilebilmektedir. Rektal prolapsusunda laparoskopik yolla yapılabileceğini göstermek.

Gereç ve Yöntem: Ocak 1998- Ocak 2006 tarihleri arasında yazarlar tarafından ameliyat edilen 5 laparoskopik meşli Rektopeksi olgusu sunulmuştur. Olguların yaş ortalaması 56 ± 14.07 (37-71) olup 4 ü bayan 1', erkekti. Olguların hiçbirinde ek bir patoloji mevcut değildi.

Bulgular: Ameliyat süresi 154 ± 26.07 dak.(120-180) idi. ameliyat sonrası ortalama 4.4 gün (3-6) sonunda şifa ile kontrole gelmek üzere taburcu edildiler. Ortalama 54.2 ± 30.43 aylık takip süresi sonrasında hiçbir olgumuzda nüks görülmemiştir.

Sonuç: Rektal prolapsusta laparoskopik cerrahinin prensipleri açık cerrahi ile aynıdır. Amaç anatomik defektleri düzeltmek ve fonksiyonel durumu iyileştirmektir. Başlıca avantajları daha iyi kozmetik sonuç, daha az postoperatif ağrı ve daha kısa hastanede kalış süresidir. Günümüzde başarı ile yapılabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Rektal prolapsus, laparoskopi, cerrahi

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2006; 13(1): 00-00

Summary

Our rectal prolapsus cases treated with laparoscopic mesh rectopexy

Objective: In todays general surgery laparoscopic approach to many diagnosis give safe and reliable. This shows that rectal prolapsus can be handled by laparoscopy.

Materials and Methods: Between January 1998 and January 2006 authors have given results of patients which used laparoscopic meshed rectopexsia. The median age of patients are 56 ± 14.07 (37-71) which of 4 of them is female and one of them is male. None of the patients have additional pathologies.

Results: Operation time was 154 ± 26.07 (120-180) min. They have been signed out after medially 4.4 days (3-6) with appointment control. With the median 54.2 ± 30.43 months of follow up none of the patients have recurrence.

Conclusion: The principles open surgery and laparoscopic surgery are the same. The purpose is to correct the anatomic deficiency and to give patients better functionality. The main advantages are better cosmetic results, less post operative pain and shortened hospitalisation. That can be applied with succes in todays surgery.

Key words: Rectal prolapsus, laparoscopy, surgery

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2006; 13(1): 00-00

Giriş

Rektal prolapsus(RP); rektum duvarının, rektum lümenine ve anal kanaldan dışarıya protrüsyonu olarak tanımlanır.^{1,2} Her yaşta ve her iki cins- tede görülen bir hastalıktır. En sık 60-70 yaş arasındaki kadınlarda görülür.³ Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere nazaran 5-10 misli daha fazladır.³ Tedavisi konusunda 100'den fazla cerrahi yöntem tarif edilmiştir.^{2,4,5}

Bu çalışmada RP nedeni ile laparoskopik meşli rektepeksi yaptığımız olgularımız retrospektif olarak literatür eşliğinde sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1998- Ocak 2006 tarihleri arasında yazarlar tarafından ameliyat edilen 5 laparoskopik meşli Rektepeksi olgusu sunulmuştur. Olgularımızın yaşları 56±14.07 (37-71) olup 4'ü bayan, 1'erkek idi. Alınan anamnezlerinde hiçbir olgumuz daha önce geçirilmiş batin ameliyatına sahip değildi. Bütün olgularımız ameliyat öncesi Lavman opaklı kolon grafisi ile değerlendirildi. İlave patoloji saptanmayan olgularımıza müdahale laparoskopik yolla ameliyat öncesi barsak temizliği ve Antibiyotik(Metronidazole 500 mg tb 2x2/gün) verilmesinden sonra 3 adet 10 mm ve 1 adet 5 mm'lik trokar kullanılarak yapıldı (Şekil 1). Ameliyat süresi 154±26.07 dak. (120-180) idi. Ameliyat sonrası 1. gün oral berrak sıvı gıda verilen olgularımız ortalama 4.4 gün (3-6) sonunda şifa ile kontrole gelmek üzere taburcu edildiler. 1., 6., 12. aylarda yapılan kontrollerden sonra, kontroller senelik yapıldı ortalama takip süresi 54.2±30.43 ay olup hiçbir olgumuzda nüks görülmemiştir.

Teknik

Ameliyatlar genel anestezi altında yapıldı. Ameliyat sırasında ameliyat ekibinin pozisyonu şekil 1 deki gibi idi. Göbekten veress ile pnömoperitoneum yapılmasını takiben 1 adet 10 mm'lik trokar yerleştirildi diğer ilave trokarlar direkt görüş altında yerleştirildi. Hasta hafif ters trandelenburg pozisyonunda iken hastanın sol tarafındaki asistanın elindeki Babcock (Tyco, Connecticut, USA) yardımı ile sigmoid kolon kaldırılarak promontoryuma yakın mezorektomu örten periton tabakasına insizyon her iki taraftan yapıldı. Diseksiyonun erken döneminde ureterler bulundu ve ureterler bulunana kadar diyatermi kısıtlı kullanıldı böylece ureterlerin termal yaralanma riski azaltılmış oldu. Önde rektumun fasyal kapsülü ile arkadaki Waldeyer fasyası arasındaki avasküler alan direkt bakış ile diske edildi. Levator ani kasına kadar tüm mezokolon pelvik tabandan ayrıldı. Lateral ligamanlar kesildi. 10x6 cm ebatlarında "T" şeklinde kesilmiş poliprolen meş presakral alana, hastanın sağındaki 10'luk trokardan girilerek yerleştirildi. ProTack (Tyco, Connecticut, USA) orta hatta supra pubik bölgedeki trokardan girildi ve sakrokoksigeal alana meş stapler yardımı ile çakıldı. Meşin fiksasyonundan sonra rektum fazla gerdirilmeden babcock forsepsler ile tutuldu. Meşin sağ bacağı rektum serozasına 2/0 Endostick (Tyco, Connecticut, USA) veya intrabdominal atılan sütürler ile sütüre edildi. Rektum daha sonra sağa yatırıldı ve meşin sol bacağı rektum etrafından geçirildi. Benzer şekilde rektal duvara meşin üst ve alt kenarlarından fikse edildi. Kanama kontrolünü takiben ameliyat sonlandırıldı.

Tartışma

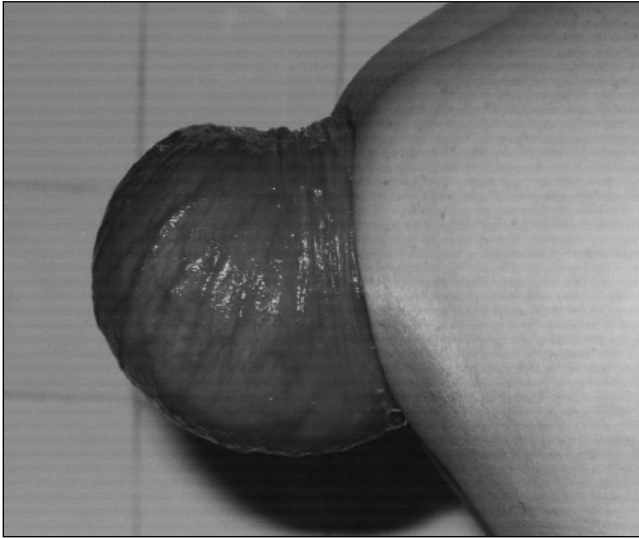
Rektumun invajinasyonu olarak da tanımlanan RP, mukozal ve komplet olarak ikiye ayrılır.⁶ Komplet veya tam kat RP rektum duvarının tam kat olarak anal kanaldan protrüsyon göstermesidir; eğer rektum duvarı prolebe olur, fakat anal kanaldan protrüsyon göstermez ise internal RP veya rektal intususepsiyon olarak adlandırılır⁷⁻¹⁰ (Resim 1). Tam kat RP, sadece rektal veya anal mukozanın protrüsyonu olan mukozal prolapsustan ayırt edilmelidir.¹¹ Moschowitz ve arkadaşları RP'un transvers fasyadaki zayıflık ve buna sekonder intrabdominal basıncın artması ile oluşan sliding herni olduğunu ileri sürmüşlerdir.¹² Broden ve Snellman sineradyolojik olarak prosidentianın anal vergeden 6-8 cm proksimalden sirkuler bir intususepsiyon olduğunu göstermiştir.¹³

İnsidansı yaşlı kadınlarda, konstipasyonu arttırıcı psikotrop ilaç kullananlarda, histerektomi geçirmiş kadınlarda, barsak fonksiyonunu sağlamak için rutin

laksatif kullanımına ihtiyaç duyan spinal kord yaralanmalı hastalarda artmıştır. Şaşırtıcı olarak sık vaginal doğum yapanlarda insidanda artma görülmez.¹³

RP'un sebebi hala tam olarak anlaşılmamıştır.⁵ Gelişiminde öncü faktörler; anormal derin douglas poşunun varlığı,^{9,13,14} pelvik taban ve anal kanaldaki kaslardaki atoni, pudental sinir hasarı ile birlikte olan hem internal, hemde eksternal sfinkterdeki zayıflık, mobil mezorektum ve gevşek yan bağlar nedeni ile rektumun normal fiksasyonunun olmayışı şeklinde sıralanabilir.^{8,9,15} Bu anormallikler ile rektum ön duvarına komşu ince barsaklar, rektumu anal kanaldan dışarıya doğru iterler.¹³

Çıkış obsturksiyonu, rektal veya perianal ağrı, transanal kanama, artmış mukuslu akıntı, sık sık tu-



Resim 1
RP olgusu

valete çıkma isteği, tam olarak boşalamama ve inkontinans gibi bir çok değişik semptomu sebep olur. %15-65 olguda konstipasyon görülür.^{2,8} İshal, konstipasyon ve ikisinin kombinasyonu RP lu hastalarda sıklıkla bildirilmiştir.^{11,16} Madoff RP'ta konstipasyon gelişmesinde primer faktör olarak, RP'lular da çok sık görülen bir bulgu olan yavaş kolonik transit zamanını göstermiştir.¹⁰ Hastalar ıkınma ile üst rektum ön duvarını anal kanala doğru iterler. Bu yüzden meydana gelen mukozal travma nedeni ile soliter rektal ülserler oluşabilir.⁸ Anal inkontinans,

anormal bağırsak motilitesi ve sürekli rektoanal inhibisyon veya pudental nöropatiye bağlı, düşük anal istirahat basıncına bağlıdır.¹⁰ Komplet RP'lu hastalarda, rektal distansiyona karşı adaptasyon bozulmuştur buda anal inkontinansa sebep olur ve sonuç olarak RP'lu hastaların yarısında inkontinans vardır.⁸ İstemli sfinkter kasındaki denervasyon, prolapsus sırasında rektumun aşağı inmesiyle pudental sinirin gerilmesine bağlı olabilir.⁴ Zıt olarak Metcalf ve Loening-Baveke çıkım obstürüksiyonuna ve konstipasyona neden olan şeyi eksternal anal sfinkterdeki elektromanyetik aktivitedeki artış olarak rapor etmişlerdir.¹⁷ Parks ve arkadaşları ise inkontinansın pudental ve prineal sinir hasarına bağlı nöromusküler disfonksiyon sonucu oluştuğunu bildirmişlerdir.¹⁸ Bu nedenle anal sfinkterde progresif hasar ve inkontinansa şiddetlenme olur.¹⁹ Pelvik diyaframda zayıflık ve pelvik yapılar arasındaki uyumsuzluk, orta hattaki yapıların aşağı kaymasına sebep olur, böylece enterosel, yüksek rektosel veya vajinal prolapsus oluşabilir.¹⁹ Keigley ve arkadaşları bazal ve sıkıştırma basınçları çok zayıf olsada inkontinanslı hastalarda rektopeksi sonrası kontinansın sağlanabileceğini ve aynı seansta inkontinansa yönelik perineal postanal onarım yapılmamasını bunun ikinci seansa bırakılması gerektiğini söylemişlerdir.¹¹ Bizim olgularımızın ameliyat öncesi hiç birisinde anal inkontinansı yoktu.

Prolebe hemoroid ve mukozal prolapsus ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Birçok hastada inkontinans ve konstipasyon yakınmaları mevcuttur. Bu durum ileri yaş bayan hastaları etkilemekle beraber, erkeklerden altı kat daha sık görülür.¹ Hemoroidal hastalıkta prolabe dokular arasındaki alanlarda derin oluklar oluşur. Buna karşılık rektal prolapsusta mukozada konsantrik halkalar oluşur. Hastalık tam bir rektal prolapsus iken hemoroidektomi yapılması ağır bir hatadır.⁴

RP konzervatif yaklaşım ile tedavi edilemez. En iyi cerrahi tedavi yönteminin ne olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. 100'den fazla cerrahi yöntemi vardır.^{4,5,11} Cerrahi tedavide amaç sırasıyla rektal prolapsusun düzeltilmesi, normal anatomik görünümün sağlanması, bağırsak hareketlerinin düzeltilmesi ve fekal kontinansın korunması veya

restore edilmesidir.^{10,19} Prolapsus tamiri perineal ve abdominal yaklaşım olarak katagorize edilir.¹¹ Perineal yaklaşım genel olarak ileri yaştaki hastalarda daha az invazif ve düşük morbidite sağlaması nedeni ile, abdominal yaklaşım ise daha düşük rekurens ile ilişkili olduğundan tercih edilecek yöntemlerdir.^{5,11} Abdominal yaklaşımlar açık veya laparoskopik olarak; yalnız rezeksiyon, rezeksiyon+rektepeksi, ya da sadece rektepeksi şeklinde yapılmaktadır.¹¹ Rektumun asılması ve sabitlenmesi esasına dayanan rektepeksi operasyonları sütür rektepeksi, Ripstein prosedürü, Ivalon Sponge (posterior yama rektepeksi) ve Orr-Loygue yöntemidir.^{8,11} Abdominal yaklaşımlarda rektal rezarvarın korunarak, rektumun en uygun anatomik lokalizasyonda fiksasyonu potansiyel olarak avantaj sağlar. Buna ilave olarak, daha az rekurens sağladıkları, semtomlarda iyileşme ve daha iyi fonksiyonel sonuç gösterdikleri için daha çok kabul görürler.¹⁰ İleri derecede rektal mobilizasyon ve fiksasyon içeren ameliyat prosedürlerinde rekurens oranı düşüktür.¹⁹ Perineal yaklaşımlar, koloanal anastomoz ile rektal ampullanın çıkarılması veya prolapsusun plikasyonu şeklinde sıralanabilir. Ameliyat travmasını kaldıramıyacak yüksek riskli hastalarda tercih edilir.^{10,11}

RP'un laparoskopik olarak tedavisi ilk defa Ber- man tarafından 1992 tarihinde tarif edilmiştir.²⁰ Laparoskopik meşli fiksasyon rektepeksisi veya meşsiz laparoskopik sütür rektepeksisi ensık kullanılan prosedürlerdir.²¹⁻²³ Bazı cerrahlar rezeksiyon+sütür rektepeksisi(frikman-goldberg prosedürü) önerirler.⁵ Fonksiyonel sonuçlar göze alındığında rezeksiyon rektepeksisi en iyi prosedür olarak ileri sürülmektedir.²¹ Laparoskopik yaklaşımın, perineal yaklaşımda olduğu gibi operasyon riskinde düşüş ve abdominal yaklaşımdaki gibi rekürens oranında azalma, düşük morbidite, erken normal diyete ve aktiviteye dönüş ve azalmış hastanede yatış süresi sağladığı için kısa dönemde faydaları vardır.^{21,24} Disposibl laparoskopik portların kullanıldığı bir çalışmada Laparoskopi ve konvansiyonel yöntemlerle yapılan RP ameliyatları karşılaştırılmış, ortalama ameliyat süresi laparoskopik rektepekside, açık prosedüre göre daha uzun, hasta-

nede kalış süresi ise daha kısa bulunmuştur. Laparoskopik rektepeksi'nin hastaya toplam maliyeti açık ameliyata göre daha düşüktür. Laparoskopi hem klinik hemde maliyet açısından açık prosedürden üstündür. Bu klinik çalışmada laparoskopik pahalı bir ameliyat olsada, totalde sağladığı maliyet üstünlüğü, hastanede kalış süresini azaltması ile gösterilmiştir. Laparoskopik uygulanan grupta anlamlı olarak morbiditede azdır buda değerlendirmeye katılmayan diğer hastane masraflarında azaltmıştır. Buna ilave olarak laparoskopik uygulanan hastaların erken iş başı yaptığı düşünülürse fiyat tasarrufu artmaktadır.²¹ Biz olgularımızın tümüne laparoskopik meşli rektepeksi yaptık. Ortalama 4,4 gün de taburcu oldular.

Laparoskopide görülen ensık komplikasyon kanamadır.¹⁷ Bu çalışmada konversiyon %5,3 görülmüştür ve kolorektal cerrahi literatürlerinde belirtilen %2 - %17 oranı ile benzerdir. Konversiyonun en sık nedenleri anatomik ve teknik problemlerdir. Post operatif en sık komplikasyon sadece rezeksiyon uygulanan (%33,3) hastalarda görülmüştür.¹ Bizim olgularımızın hiç birisinde komplikasyon görülmedi.

Biz laparoskopik rektepeksiye, hastaların yaşından bağımsız olarak komplet RP larda açık cerrahiye göre daha az invazif olduğu için uyguluyoruz ve olgularımızın tümünde meşli rektepeksi yaptık. Rektal prolapsusta laparoskopik cerrahinin prensipleri açık cerrahi ile aynı olup anatomik defektleri düzeltmeye ve fonksiyonel durumu iyileştirmeye yöneliktir. Başlıca avantajları daha iyi kozmetik sonuç, daha az postoperatif ağrı ve daha kısa hastanede kalış süresidir. Günümüzde başarı ile yapılabilmektedir.

Kaynaklar

1. Rose J, Schneider C, Scheidbach H, Yildirim C, Bruch HP, Konradt J, Barlehner E, Kockerling F. Laparoscopic treatment of rectal prolapse: experience gained in a prospective multicenter study. *Langenbecks Arch Surg* 2002; 387: 130-7.
2. Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 49-70.
3. Demirkıran AE, Ertaş E, Şare M, Gürer S. Rektal Prolapsus ve Tedavi Seçenekleri. *UCD* 1988; 14(1): 33-38.
4. Yalın R. Rektal prolapsus ve cerrahi tedavisi. *Kolon Rektum Hast Derg* 1998; 8: 90-97.

5. Kaiwa Y, Kurokawa Y, Namiki K, Myojin T, Ansai M, Satomi S. Outcome of laparoscopic rectopexy for complete rectal prolapse in patients older than 70 years versus younger patients. *Surg Today* 2004; 34: 742-6.
6. Özkan S, Özkan FC, Sönmez H, Ergenoğlu O, Kekeç Y: Rektal Prolapsus ve Fonksiyonel Sonuçları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2000; 14: 170-174,
7. 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* 1992; 35: 48-55.
8. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg* 2005; 140: 63-73.
9. Roig JV, Buch E, Alos R, Solana A, Fernandez C, Villoslada C, Garcia-Armengol J, Hinojosa J. Anorectal function in patients with complete rectal prolapse. Differences between continent and incontinent individuals. *Rev Esp Enferm Dig* 1998; 90: 794-805.
10. Madbouly KM, Senagore AJ, Delaney CP, Duepre HJ, Brady KM, Fazio VW. Clinically based management of rectal prolapse. *Surg Endosc* 2003;17: 99-103.
11. Keighley MRB. Rectal Prolapse. In Keighley MRB, Williams NS, eds *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. London: WB Saunders, 1993; 675-719.
12. Moschowitz AV: The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse. *Annals of Royal College of Surgeons* 1962; 31: 379-83.
13. Broden B, Snellman B. Proci-dentia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 330-47.
14. Kuijpers HC. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? *World J Surg* 1992; 16: 826-30.
15. Yakut M, Kaymakcioglu N, Simsek A, Tan A, Sen D. Surgical treatment of rectal prolapse. A retrospective analysis of 94 cases. *Int Surg* 1998; 83: 53-5.
16. Zittel TT, Manncke K, Haug S, Schafer JF, Kreis ME, Becker HD, Jehle EC. Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. *J Gastrointest Surg* 2000; 4: 632-41.
17. Metcalf AM, Loening-Baucke V. Anorectal function and defecation dynamics in patients with rectal prolapse. *Am J Surg* 1988;155: 206-10.
18. Parks AG, Swash M, Urch H.: Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut*. 1977; 18: 656-65.
19. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg* 2004; 91: 1500-5.
20. Berman IR. Sutureless laparoscopic rectopexy for proci-dentia. Technique and implications. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 689-93.
21. Benoist S, Taffinder N, Gould S, Chang A, Darzi A. Functional results two years after laparoscopic rectopexy. *Am J Surg* 2001; 182: 168-73.
22. Cuschieri A, Shimi SM, Vander Velpen G, Banting S, Wood RA. Laparoscopic prosthesis fixation rectopexy for complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1994; 81: 138-9.
23. Kessler H, Jerby BL, Milsom JW. Successful treatment of rectal prolapse by laparoscopic suture rectopexy. *Surg Endosc* 1999; 13: 858-61.
24. Solomon MJ, Young CJ, Eyers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg* 2002; 89: 35-9.