

KRONİK KABIZLIĞA BAĞLI GELİŞEN MEGAREKTUMLU OLGULARDA CERRAHİ TEDAVİ

SURGICAL TREATMENT OF MEGARECTUM OCCURED DUE TO CHRONIC UNREMITTING CONSTIPATION

Müjdem Nur AZILI¹, Hasan DEMİRKAN¹, Ayper KAÇAR², Halil ATAYURT¹, Tuğrul TİRYAKI¹

¹ Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği

² Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

ÖZET

Amaç: Kabızlık, çocukluk çağında sık karşılaşılan ve medikal tedavisinde olguların %40- 50'inde başarısızlığa uğranılan klinik bir antitedir. Özellikle kabızlık ile beraber ekoprezisin gelişmesi çocukların okuldan ve sosyal yaşamdan soyutlanmalarına neden olmaktadır. Bu tür olgularda kronik kabızlığa bağlı olarak rektum aşırı derecede genişlemiş ise medikal tedaviye yanıt alma olasılığı çok azdır.

Yöntem ve Gereçler: Kliniğimizde 2000-2008 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen fonksiyonel kronik kabızlığa bağlı gelişen beş megarektumlu olgu geriye dönük olarak irdelendi. Dördü erkek, biri kız olan olgularımızın yaşları 9 ile 14 yaş (ortalama 11 yaş) arasında idi.

Bulgular: Tedaviye dirençli megarektumu gelişen olgularımıza önce koruyucu sağ transvers loop kolostomi, 6 ay sonra low anterior rezeksiyon uygulandı. Kolostomi kapatılmasından sonra yapılan kontrollerde olgularımızdan üçünün herhangi bir ilaç desteğine gereksinim duymadan ve sadece diyet önerileri ile gayta kaçırması olmadan normal dışkılama alışkanlığı kazandığı saptandı. Bir olgumuzda oral laksatif ve enemalara gereksinim duyulurken, bir olgumuzda tekrar megarektum gelişmesi üzerine ostomi uygulanarak Swenson operasyonu yapıldı.

Sonuç: Sonuç olarak fonksiyonel kronik kabızlığa bağlı olarak gelişen medikal tedaviye dirençli megarektumlu olgularda aşamalı olarak uygulanan dilate rektumun çıkarılması işlemi postoperatif dönemde olgularımızın % 60'ında kabızlık ve gayta kaçırma sorununu çözen, ek bir medikal tedaviye ve antegrad enemalar gibi uygulamalara gereksinim duymayan bir işlem olarak görülmektedir. Ancak serimizde olguların %40'ının halen ek medikal ve cerrahi tedaviye gereksinim göstermeleri low anterior rezeksiyon uygulamalarının bu tür olgular için çok uygun olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik, kabızlık, megarektum, çocuk

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Tuğrul TİRYAKI

Cevizlidere Cad. No: 58/11
Balgat / ANKARA

e-mail: htiryaki@hotmail.com

ABSTRACT

Aim: Constipation is a clinical entity; frequently seen in childhood and its medical treatment is unsuccessful in 40-50% of the cases. Children are isolated from their school and social life especially when encopresis develops together with constipation. In these kind of cases, if the rectum is extremely dilated due to constipation, the probability of get a response to medical treatment is very low.

Material and Method: The 5 megarectum cases occured due to functional chronic constipation treated surgically in our clinic between 2000 and 2008 were investigated in this study. Our cases were 4 males and 1 female with an age range of 9 to 14 years (mean age: 11 years).

Results: Firstly, a procedure of protective right transverse loop colostomy and 6 months later, another procedure of low anterior resection were performed for all our cases with therapy resistant megarectum. After the colostomies were repaired, among all 5 cases; 3 regained their normal defecation habit by only using diet recommendations and did not need any medication; 1 needed oral laxative and enema's; and 1 needed an additional operation for colostomy and a Swenson operation due to the recurrence of megarectum.

Conclusion: As a result, the gradual removal of the dilated rectum is thought to be an effective procedure that solves constipation and fecal incontinence in the postoperative period without needing any additional medical treatment in 60% of our cases with medical treatment resistant megarectum developed due to functional chronic constipation. However, the procedure of low anterior resection is not a suitable method for these kind of patients, because 40% of our cases still needed additional medical and surgical treatments.

Key Words: Chronic, unremitting constipation, megarectum, child

GİRİŞ

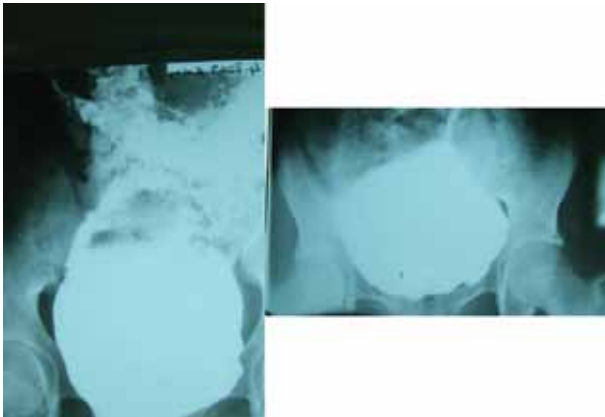
Kabızlık çocukluk çağında sıklıkla karşılaşılan medikal tedavisinde olguların %40 ile 50'inde başarısızlığa uğranılan klinik bir antitedir (1). Özellikle kabızlık ile beraber enkoprezisin gelişmesi çocukların okuldan ve sosyal yaşamdan soyutlanmalarına neden olmaktadır. Bu tür olgularda kronik kabızlığa bağlı olarak rektum aşırı derecede genişlemiş ise medikal tedaviye yanıt alma olasılığı çok azdır. Megarektum oluşan olgularda pek çok cerrahi tedavi seçeneği tanımlanmıştır (2-4). Ancak cerrahi olarak tedavi edilen olguların sonuçları hakkında ayrıntılı bilgilerimiz yoktur. Bu makalede Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi kliniğinde kronik fonksiyonel kabızlığa bağlı olarak gelişen megarektum

nedeni ile cerrahi girişimlerle tedavi edilen 5 olgu sunulmaktadır, literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

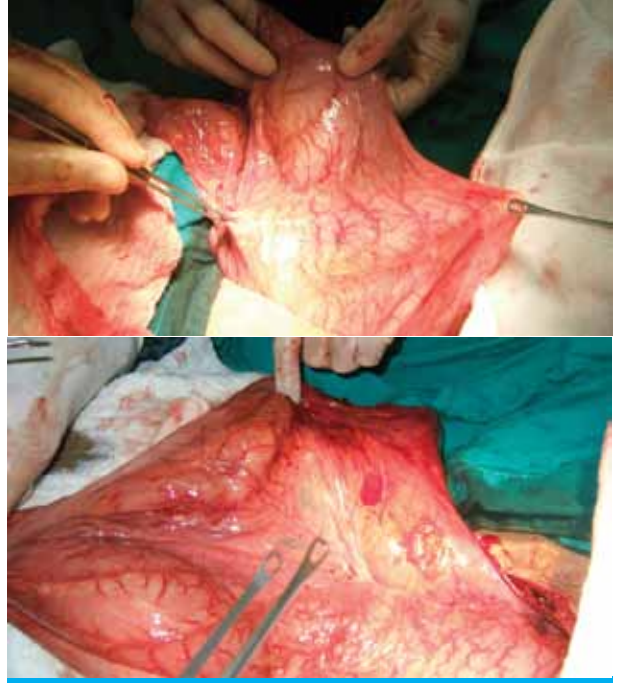
GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 2000- 2008 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen fonksiyonel kronik kabızlığa bağlı gelişen beş megarektumlu olgu geriye dönük olarak irdelendi. Dördü erkek biri kız olan olgularımızın yaşları 9 ile 14 yaş arasındaydı. Mekonyum gecikme öyküsü olmayan olgularımızda, kabızlık yakınmalarının başlangıcı bir yaşına kadar gidiyordu. Tüm olgularımızda kabızlık öyküsünün 7 yılın üzerinde olduğu ve yaklaşık 5 yıldır dışkı kaçırma yakınmalarının bulunduğu belirlendi. Bütün olgularımız kliniğimize başvurmadan önce defalarca çeşitli hekimler

tarafından değerlendirilerek diyet, laksatif ve enemalarla tedavi edilmeye çalışılmış olduğu görüldü. Yapılan fizik muayenede anüs etrafında dışkı bulaşığı ve rektal muayenede dolu rektum dışında patolojik bulgu saptanmadı. Radyolojik değerlendirmelerinde spina bifidaları bulunmayan olgularımızda saptanabilen nörolojik sorunları da yoktu. Çekilen baryumlu kolon grafisinde aşırı derecede genişlemiş rektum olduğu saptandı (Resim 1-2). Hastalarımızın başlangıçta daha önce aldıkları tedavilere uyumlarının düşük olabileceği düşünülerek medikal tedavileri düzenlenip 3 ay süre ile yakın izlemede tutuldular. Ancak bu süre içerisinde herhangi bir düzelme saptanmayan olgular hastaneye yatırılarak oral laksatiflere ek olarak rektal yıkamalarla takip edildiler. Uygulanan tedaviye rağmen dışkı kaçırma ve kabızlık bulguları devam eden olgularda tekrarlanan opak lavmanlı grafide megarektumlarının sebat ettiği belirlendi. Yapılan anorektal manometre değerlendirmesinde rektoanal inhibitör refleksin tüm olgularda olmadığı, 100 cc'ye kadar şişirilen rektal balonun herhangi bir kasılmaya yol açmadığı görüldü. Alınan rektal biopsilerde ise ganglion hücreleri mevcut idi. Patolojik incelemelerinde nöronal intestinal displazi yada hipoganglionozis belirlenmedi. Tedaviye dirençli megarektumu gelişen olgularımıza önce sağ transvers loop kolostomi uygulandı. Distal kolona temizlik yapılan hastalara 6 ay sonra dilate rektosigmoid kolonun eksizyonu ve normal çaplı inen kolonun mukokutaneal hattın 4-5 cm üzerinde rektuma sirküler stapler yardımı ile anastomozu gerçekleştirildi (Resim 3-4).



Resim 1-2 Kolon grafisinde dilate olmuş rektumun görüntüsü



Resim 3-4 Dilate olmuş kolonun intraoperatifi görünümü

BULGULAR:

Olgularımızın ameliyat sonrası izleminde 3 ay süre ile günde bir kez boşaltıcı lavmanlara ve 6 ay süre ile oral laksatif kullanmaya devam edildi. Üç olgumuzda izlemlerde kabızlık ve dışkı kaçırma yakınmaları olmadığı görüldü. Bir olgumuzda kabızlığın eskisine oranla azalmakla beraber enkoprezisin devam ettiği ve oral laksatiflerle beraber enema kullanılması gerekti. Enemaları kestiği dönemlerde dışkı kaçırmasının devam ettiği gözlenen olgumuz halen kontrollere devam etmektedir. Son olgumuzda ise 3 yıllık izlemden sonra tekrar megarektum gelişmesi, enemalara rağmen boşalma sağlanmaması ve psödointestinal obstrüksiyon bulgularının ortaya çıkması üzerine tekrar kolostomi uygulanarak Swenson operasyonu yapıldı. İkinci operasyon sonrası histopatolojik değerlendirmede çıkartılan megakolon örneklerinde sirküler ve longitudinal kaslar arası kon-

nektiv doku tabakasının olmadığı görülerek desmosis coli olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Kabızlık çocukluk yaş grubunda sıklıkla karşılaşılan bir klinik durumdur (1). Fonksiyonel kronik kabızlığa bağlı olarak gelişen enkoprezis ve megarektum tedavisi zor ve çocukta sosyal soyutlanmaya yol açan komplikasyonlardır (1). Ciddi idiopatik kabızlığı olan olgularda megarektum ve buna bağlı gelişen enkoprezis önemli morbidite nedenidir. Kronik kabızlık ile başvuran olgularda uzun süre değişik medikal tedaviler aldığı belirledik. Yapılan fizik incelemeden ve radyolojik değerlendirmelerden sonra öncelikle hem enemalar ile hem de oral laksatif başlanarak olgularımızda kabızlığın önüne geçilmeye çalışıldı. Agresif medikal tedaviye rağmen yakınmaları düzelmeyen olgularımız tekrarlanan lavman opak kolon grafisi ile yeniden değerlendirilme alındı. Megarektum tanısı için olgularda kabızlığın olması, rektal tuşede rektumun dışkı ile dolu olması, kolon grafisinde rektum pelvis oranının 0,61'in üzerinde olması gerekirdi. Tüm olgularımızda yapılan değerlendirmelerde bütün kriterleri ile megarektumun geliştiği belirlendi. Medikal tedaviye dirençli olan bu tür olgular için pek çok cerrahi girişim tanımlanmıştır (2-7). Duhamel türü abdominoperineal pull through girişimlerini deneyenler olduğu gibi, hastaların posterior internal sfinkterotomi uygulanmasını tercih edenler de olmuştur (4, 5). Ancak her iki girişimde de postoperatif dönemde kabızlığın devam ettiği sıklıkla ilave girişimlere gereksinim olduğu görülmüştür (8). Perkutanöz çekostomi prosedürü ile antegrad enemalar ile tedavi ya da bu girişime ek olarak dilate rektum eksize ederek postoperatif dönemde antegrad enemalar ile megarektumlu olguların sağaltımı sağlanmaya çalışılmıştır (9, 10). Pena dilate sigmoid kolonu çıkararak %80 oranında laksatif gereksinimini azaldığını belirtmektedir (6). Ancak yine de bu olgularda laksatif kullanım gereksinimi devam etmektedir. Dilate kolonla beraber rektumun trans anal yolla eksize edildiği olgularda ise sonuçların çok daha iyi olduğu bildirilmektedir (7).

Kliniğimizde medikal tedaviye dirençli megarektumlu olgulara öncelikle kolostomi uygulanarak dilate rektumun temizlenmesi ve dinlendirilmesi sağlanmış, daha sonra barsak kısmı anokutaneal hattın 4-5 cm proksimaline kadar

rezeke edilerek normal çaplı inen kolon ile anastomoz yapılmıştır. Problemlili olan dilate kısım eksize edilirken kolon boyu da kısaltılarak kolonik transit zamanının da azaltılması sağlandı. Antegrad enema amacı ile yapılan çekostomi girişimleri uzun süreli takiplerinde retrakte olması yada stenoz gelişmesi gibi sorunların çıkması, bakım ve uygulama güçlüğü nedeni ile yapılmadı (11). Definitif girişim sonrası ek bir girişim yapılması planlanmadı. Kolostomi kapatılmasından sonra yapılan kontrollerde olgularımızdan üçünün herhangi bir ilaç desteğine gereksinim duymadan ve sadece diyet önerileri ile kaçırmaları olmadan normal dışkılama alışkanlığı kazandıkları saptandı. Bu olgularımızda dilate rektumun eksize edilmesi sağaltım için yeterli oldu. Bir olgumuzda oral laksatif ve enemalara gereksinim duyulurken bir olgumuzda tekrar megarektum geliştiği için ostomi uygulanarak Swenson operasyonu yapıldı. Bu olgumuzda yapılan histopatolojik incelemede Desmosis Coli saptanırken başka bir patoloji saptanmadı. Olgumuzun izlemlerinde sadece oral laksatifler ile normal dışkılamalarına enkoprezisi olmadan devam ettiği görüldü. Bu tür dirençli olgularda lavman opak kolon grafisi çekilerek megarektumun tekrar oluşup oluşmadığı belirlenmelidir. Megarektum tekrarlanmış ise transanal yolla ya da Swenson operasyonu gibi cerrahi yöntemlerle rektumun çıkarılmasına daha iyi yanıt alındığı görülmektedir. Megarektum oluşmadan dirençli kabızlığın devam ettiği belirlenirse antegrad enemaların yapılabileceği girişimler tercih edilmelidir.

Sonuç olarak; fonksiyonel kronik kabızlığa bağlı olarak gelişen medikal tedaviye dirençli megarektumlu olgularda aşamalı olarak uygulanan dilate rektumun çıkarılması işlemi postoperatif dönemde olgularımızın % 60'ında kabızlık ve dışkı kaçırma sorununu çözen, ek bir medikal tedaviye ve antegrad enemalar gibi uygulamalara gereksinim duymayan bir işlem olarak görülmektedir. Ancak serimizde olguların %40'ının halen ek medikal ve cerrahi tedaviye gereksinim göstermeleri, low anterior rezeksiyon uygulamalarının bu tür olgular için çok uygun olmadığını göstermektedir. Dilate kolonla beraber rektumunda Swenson operasyonu ya da transanal rektosigmoid rezeksiyon uygulamasının bu tür olgularda daha uygun bir tedavi seçeneği olacağını düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Clayden GS. Management of chronic constipation. *Arch Dis Child* 1992;67(3):340-4.
2. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, Williams NS. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann Surg* 2005;241(4):562-74.
3. Van der plas RN, Benninga MA, Staalman CR, Akkermans LM, Redekop WK, Taminiua JA, et al. Megarectum in constipation. *Arch Dis Child* 2000;83(1):52-8.
4. Godbole PP, Pinfield A, Stringer MD. Idiopathic megarectum in children. *Eur J Pediatric Surg* 2001;11(1):48-51.
5. Mishalany H. Seven years' experience with idiopathic unremitting chronic constipation. *J Pediatr Surg* 1989;24(4):360-2.
6. Pena A, Levitt MA. Colonic inertia disorders in pediatrics. *Curr Probl Surg* 2002; 39(7):666-730.
7. Levitt MA, Martin CA, Falcone RA Jr, Pena A. Transanal recto-sigmoid resection for severe intractable idiopathic constipation. *J Pediatr Surg* 2009;44(6):1285-91.
8. Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Results of the Duhamel operation in the treatment of idiopathic megarectum and megacolon. *Br J Surg* 1991;78(6):661-3.
9. Fukunaga K, Kimura K, Lawrence JP, Soper RT, Phearman LA. Buton device for antegrad enema in the treatment of incontinence and constipation. *J Pediatr Surg* 1996;31(8):1038-9.
10. Lee SL, DuBois JJ, Montes-Garces RG, Inglis K, Biediger W. Surgical management of chronic unremitting constipation and fecal incontinence associated with megarectum: a preliminary report. *J Pediatr Surg* 2002;37(1):76-9.
11. Dey R, Ferguson C, Kenny SE, Shankar KR, Coldicutt P, Baillie CT, et al. After the honeymoon-medium-term outcome of antegrade continence enema procedure. *J Pediatr Surg* 2003;38(1):65-8.