



## Rektal Prolapsus için Lokal Anestezi ve Sedasyon ile Perineal Rektosigmoidektomi

Turgut Pişkin\*, Cemalettin Aydın\*, Aydemir Ölmez\*, Vedat Sağır\*,  
Cüneyt Kayaalp\*\*, Hüseyin İlksen Toprak\*\*

\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

\*\* Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Malatya

Bu çalışmada yaşı ve ek hastalıkları nedeniyle genel anestezi alması riskli olan ve ileri derecede lumbal osteoartrit ve deformite nedeniyle spinal veya epidural anestezi uygulanamayan bir hastaya lokal anestezi ve sedasyon desteğiyle yapılan perineal rektosigmoidektomi (Althameier) ameliyatı sunulmuştur. Yetmiş altı yaşında kadın hastada lokal anestezi ve sedasyon ile toplam 13 cm barsak dışarıya çekildi ve rezeksiyon yapıldı. Anterior levatoroplasti eklendi. Lidokain lokal infiltrasyonu ve sedasyon amacıyla ketamin, fentanil ve propofol destekleri ile ameliyat tamamlandı. Ameliyat 120 dakika sürdü ve kanama miktarı 50 ml kadardı. Postoperatif birinci günde oral sulu gıda başlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif beşinci günde taburcu edildi. Takiplerinde kabızlık şikayetinin devam etmesine rağmen hastanın inkontinansı düzeldi. Postoperatif 24. ayda nüksü yoktu. Rektal prolapsusta perineal rektosigmoidektominin gerektiğinde lokal anestezi altında ve sedasyon desteği ile yapılabilmesi işleme önemli bir avantaj kazandırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Rektal Prolapsus, Perineal Rektosigmoidektomi, Lokal Anestezi

### Perineal Rectosigmoidectomy for Rectal Prolapse Under Local Anesthesia and Sedation

We presented a perineal rectosigmoidectomy (Althameier) that was operated under local anesthesia and sedation. The patient had high risks for general anesthesia due to advanced age and co-morbid diseases. Spinal or epidural anesthetics were not suitable due to lumbal osteoarthritis and deformity. Seventy six years old woman was operated for resection of 13 cm large bowel. Anastomosis was done after pull through of the bowel and levatoroplasty was added. Operation completed by infiltration of lidocaine for local anesthesia, in addition to ketamine, fentanyl and propofol for sedation. Procedure lasted for 120 minutes and blood loss was only 50 ml. Patient started oral liquids on postoperative day one. The patient discharged on postoperative fifth day without any complication. If necessary, perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse can be done under local anesthesia with support of sedation. This is an important advantage of the mentioned procedure.

**Key Words:** Rectal Prolapse, Perineal Rectosigmoidectomy, Local Anesthesia.

Rektal prolapsus rektumun tüm katları ile anüsten dışarıya çıkmasıdır ve tedavisi cerrahidir. Cerrahi seçenekleri hastanın yaşına, ek hastalığına ve şikayetine göre değişiklikler gösterir. Genellikle karından yapılan işlemler tercih edilmekle birlikte, yaşlı ve ek ciddi hastalıkları olanlarda perineal işlemler tercih edilir<sup>1</sup>. Burada yaşı ve ek hastalıkları nedeniyle genel anestezi alması riskli olan ve ileri derecede lumbal osteoartrit ve deformite nedeniyle spinal veya epidural anestezi uygulanamayan bir hastaya lokal anestezi ve sedasyon desteğiyle yapılan perineal

rektosigmoidektomi (Althameier) ameliyatı sunulmuştur.

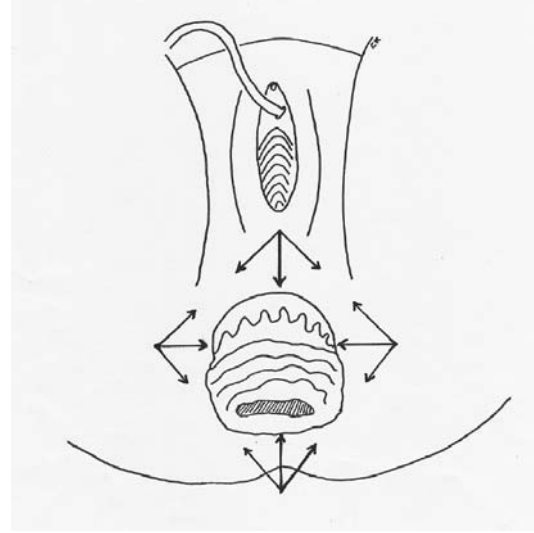
### OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşında kadın hasta sekiz aydır makatının dışarıya çıkması şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde anüsten dışarı çıkan rektum duvarı tespit edildi. Kabızlık ve inkontinans sorunları olduğu öğrenildi. Ameliyat öncesi yapılan kolonoskopide barsak içinde patoloji saptanmadı. Hastada eşlik eden kronik obstrüktif akciğer

## Pişkin ve ark

hastalığı vardı ve efor kapasitesi kısıtlıydı. Ameliyat öncesi yapılan anestezi konsültasyonunda ASA (American Society of Anesthesiology) değeri 2 idi. Genel anestezi altında abdominal onarımın riskli olacağı düşünülerek rejional anestezi altında perineal yaklaşım yapılması planlandı. Ancak spinal anestezinin mevcut osteoartrit ve vertebral deformite nedeniyle yapılamayacağı düşünülerek lokal anestezi altında sedasyon desteği ile ameliyatın yapılmasına karar verildi. Durum hasta ve hasta yakınlarına bildirilerek onayları alındı. Ameliyat öncesi kolon temizliği yapıldı. Operasyon odasına alınan hasta EKG, SPO<sub>2</sub>, nabız ve kan basıncı ile monitörizasyonu yapıldıktan sonra damar yolu açılıp sedasyon amacıyla 2 mg midazolam iv (dormicum, roche) yapıldı. Litotomi pozisyonunda çalışıldı, idrar sondası yerleştirildi ve perioperatif antibiyotik profilaksisi uygulandı. Cerrahi işlem başlarken hastaya 50 µg fentanil (fentanyl flakon, abbott) ve 1 mg midazolam iv yoldan yapılarak sedasyon skorunun 3 olması sağlandı (Ramsay sedasyon skalasına göre)<sup>2</sup>. Lokal anestezide lidokain ve adrenalin kombinasyonu (40 mg/2 ml lidokain ve 0,025 mg/2 ml adrenalin, jetokain ampul, adeka san.) kullanıldı. Her bir ampul (2 ml) 18 ml ringer laktat ile sulandırılarak 20 ml ye tamamlandı. Prolebe segment dışarıya çekildikten sonra, dentat line mesafesinden lokal anestezi enjeksiyonu dört kadrana farklı yönlerde yapıldı (Şekil 1). İnsizyon, dentat line'in 1cm kadar uzağından ve dairesel olarak yapıldı. Rektum duvarı elektro-koter ile kesilip serbestleştirildi. Öncelikle rekto-vajinal septumda ilerlenerek douglas poşuna girildi. Periton açılmadan önce hastaya 25 µg fentanil + 30 mg ketamin (Ketalar flakon, Pfizer) verildi. On dakika sonra huzursuzluğu olduğu gözlenen hastaya ek olarak 30 mg ketamin + 1 mg midazolam yapıldı. Periton açıldıktan sonra lateral yapışıklıklar açıldı. Posteriordaki mezorektum koter ve bağlamalar ile ayrıldı. Toplam 13 cm barsak dışarıya çekildi ve rezeksiyon yapıldı. Anterior levatoroplasti eklendi (2/0 poliglaktin ile). Anastomoz tek tek 3/0 poliglaktin dikişlerle yapıldı. Ameliyat 120 dakika sürdü, kanama miktarı 50 ml kadardı. Toplam 280 mg lidokain ile ameliyat tamamlandı. Cerrahi işlem boyunca sedasyon skorunun 3 olmasını sağlamak amacı ile aralıklı olarak toplam 40 mg ketamin, 25 µg fentanil ve 20 mg propofol iv yoldan verildi. İşlemin sonunda sorunsuz olan hasta 60 dakika süre ile derlenme ünitesinde yakın takibe alınarak ardından servise gönderildi.

Postoperatif birinci günde oral sulu gıda başlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif beşinci günde taburcu edildi. Hastanın takiplerinde kabızlık şikayetinin devam etmesine rağmen inkontinansının düzeldiği öğrenildi. Postoperatif 24. aydaki takibinde nüksü yoktu.



Şekil 1.

## TARTIŞMA

Rektal prolapsus için 100'den fazla cerrahi teknik tanımlanmış olmasına karşın ideal tedavi yöntemi konusunda fikir birliği henüz oluşmamıştır<sup>3</sup>. Değişik tedavi yöntemlerine karşın genel olarak ameliyatın riskleri ile hastanın riskleri arasındaki denge tedavi şeklini belirlemektedir<sup>4</sup>. Hastanın yaşı yanında özellikle kalp ve akciğer hastalıklarının olması, önceden geçirilmiş karın ameliyatları, eşlik eden sistosel veya vajinal prolapsus varlığı, inkarsere prolapsus olması ve hastanın tercihleri ameliyat şeklini etkilemektedir. Hastanın vücut yapısı da seçimde önemli olabilir. Perineal yaklaşımlar litotomi, prone-jackknife veya lateral dekübit pozisyonunda yapılabilir ancak abdominal girişimler ancak sırtüstü pozisyonunda yapılabilir. Bunun yanında perineal işlemler rejyonel veya genel anestezi altında yapılabilirken abdominal işlemler ancak genel anestezi altında yapılmaktadır. Perineal işlemler bazen, özellikle Delorme ameliyatı, lokal anestezi altında yapılabilir<sup>3,6</sup>. Ancak delorme ameliyatında tam kat barsak rezeksiyonu yapılmayıp yalnızca mukozal rezeksiyon yapılmakta kalan kısım ise plike edilmektedir. İşlemin lokal anestezi altında yapılması nispeten daha kolay olmakla birlikte

## Rektal Prolapsus için Lokal Anestezi ve Sedasyon ile Perineal Rektosigmoidektomi

nüks oranları rezeksiyonlara göre daha fazladır. Perineal rektosigmoidektomi (Althameier) 1970'li yıllarda ilk kez yaygınlaşmıştır. Levatoroplastinin eklenmesiyle nüks oranı ve inkontinans azalmıştır. Althameier perineal işlemler arasında bu açılarından en iyi sonuçları vermekle birlikte genellikle genel veya rejyonel anestezi gerektirir. Bu nedenle lokal anestezi ile perineal yaklaşım düşünülen bazı hastalarda nüks oranları daha yüksek (Thiersch veya plikasyon) metotları mecburen tercih etmek gerekebilir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi Althameier işlemi lokal anestezi ile ve sedasyon desteği ile yapılabilir. Literatürde Kimmins ve arkadaşları<sup>7</sup> 63 olguluk seride 10 olguda lokal anestezi ve sedasyon desteği ile althameier işlemi yaptıklarını ve belirtmişlerdir. Serideki olguların %82,5'i stapler ile yapılmıştır. Tüm hastalarının %80'ini 24 saat içinde taburcu ettiklerini bildirmişlerdir. İtalya'dan Carditello ve arkadaşları da<sup>8</sup> 41 olguluk Althameier serilerinin 34 tanesini (%83) sedasyon desteği ile lokal anestezi altında yaptıklarını belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası taburcu işlemi için hastanın ilk defekasyonunu beklemişler ve ortalama hastanede kalış süresini beş gün olarak bildirmişlerdir. Biz de hastamızı postoperatif beşinci günde defekasyon sonrası sorunsuz olarak taburcu ettik. Postoperatif 24 aylık takiplerde nüksün olmaması ve kontinansın düzelmesi ile tatminkar bir sonuç elde edildi.

Perineal rektosigmoidektomi rektal prolapsusta belli hasta gruplarında seçkin bir ameliyattır. Ameliyatın lokal anestezi altında sedasyon desteği ile yapılabilmesi işleme önemli bir avantaj daha eklemektedir.

### KAYNAKLAR

1. Madiba Te, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg, 2005;140:63-73.
2. Ramsay ma, savege tm, simpson br, goodwin r. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. Br Med J. 1974; 2 (5920): 656-9.
3. Bachoo p, brazzelli m, grant a. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane database syst rev. 2000; cd001758.
4. Karulf re, madoff rd, goldberg sm. Rectal prolapse. Curr probl surg. 2001; 38: 771-832.
5. Watkins bp, landercasper j, belzer ge, et al. Long-term follow-up of the modified delorme procedure for rectal prolapse. Arch surg. 2003; 138: 498-502.
6. Oliver ge, vachon d, eisenstat te, rubin rj, salvati ep. Delorme's procedure for complete rectal prolapse in severely debilitated patients. An analysis of 41 cases. Dis colon rectum. 1994; 37: 461-7.
7. Kimmins mh, evetts bk, isler j, billingham r. The althameier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. Dis colon rectum. 2001; 44: 565-70.
8. Carditello a, milone a, stilo f, mollo f, basile m. Surgical treatment of rectal prolapse with transanal resection according to althameier. Experience and results chir ital. 2003; 55: 687-92. (pubmed özeti).

**İletişim Adresi:** Dr. Turgut PİŞKİN  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi AD, Malatya  
Tlf: 0422 3410660/3708  
E-mail: [tpiskin@inonu.edu.tr](mailto:tpiskin@inonu.edu.tr)