

**Klinik Araştırma**

## Rektal Prolapsus Deneyimimiz: 16 Vakanın Retrospektif Analizi

Ziya ÇETİNKAYA, Refik AYTEN<sup>a</sup>, Mustafa GİRĞİN, Erhan AYGİN, Mesut YUR, Yavuz Selim İLHAN

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Rektal prolapsus nedeniyle ameliyat edilen olguların verilerini retrospektif olarak değerlendirmek ve bu olgular arasında bulunan laparoskopik olarak ameliyat edilen olguları sunmak.

**Gereç ve Yöntem:** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde 2003–2009 yılları arasında opere edilen 16 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom ve uygulanan cerrahi yöntemleri ile morbidite ve mortaliteleri irdelendi. Rektal prolapsus derecelendirmesi Altemeier sınıflamasına göre yapıldı. Yama olarak polipropilen kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 55,7(19–80 ) yıl idi. Hastaların tümünde tam kat rektal prolapsus mevcut idi. Hastaların 3'üne Ripstein, 3'üne rektopleksi ve 10'una Notoras(4'ü laparoskopik) uygulandı. Ortalama takip süresi 28,6 (3–68) ay idi. Hastaların ortalama yatış süreleri 7,6 (5-13) gündü. İnkontinens tarifleyen 5 hastanın 3'ünde inkontinensin düzeldiği, diğer 2 sinde gaita kontrolü olduğu öğrenildi. Rektopleksi uygulanan bir hastada ise prolapsusun tekrarladığı ancak tam kat olan prolapsusun mukozal düzeyde nüks ettiği görüldü.

**Sonuç:** Rektal prolapsusun etiyolojik nedeni ve mekanizması ile tedavisindeki kesinlik henüz netlik kazanmamış olmasına karşın, cerrahi tedavide Notoras prosedürü de laparoskopik olarak uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Rektal prolapsus, Cerrahi yaklaşım, Laparoskopi

### ABSTRACT

#### Experience in Rectal Prolapse: Retrospective analysis of 16 Cases

**Objective:** Our aim is to evaluate rectal prolapse cases retrospectively to emphasize the laparoscopic approach.

**Materials and Methods:** Between 2003 and 2009 16 patients (8 man-8 woman) with rectal prolapse were operated at Fırat University Medical Faculty Hospital. Patients age, race, symptoms, surgical technics, morbidity and mortality were recorded. The degrees of the rectal prolapse were clasified according to Altemeier's metod. The meshes used were polypropylene.

**Results:** Mean age was 55.7 (19-80) years. Patients underwent Ripstein procedure (n=3), rectopexy (n=3), Notaras procedure(n=10, 4 was laparoscopic). Mean follow up time was 28.6 (3-68) months. The five patiens who had incontinance 3 were improved and 2 had difficulties to control gas. One recurrence (mucosal prolapse) was seen in a patient whom rectopexy was performed.

**Conclusion:** The etiology and the treatment of rectal prolapse are not clear yet. Notaras procedure can be prefered laparoscopically.

**Key words:** Rectal prolapse, Surgical management, Laparoscopy

Rektal prolapsus rektum duvarının tam kat veya sadece mukozasının anal kanaldan aşağı ve dışarıya doğru sarkmasıdır. Rektal prolapsusun etyolojik nedeni henüz tam olarak netlik kazanmamıştır (1). Rektal prolapsus cerrahisinde birçok teknik kullanılmış ve bunların hiçbirisi bir hasta için en ideal tedavi olarak gösterilememiştir (2). Etiyolojide en çok konstipasyon suçlanmıştır. Beraberinde derin rektovezikal/ rektovajinal ya da douglas poşu, elonge sigmoid kolon, zayıf internal sfinkter ve şekilsiz anüs, pelvik dōşeme defekti olabilir. Özellikle yenidoğan ve çocuklarda pelvis ve sakrumun vertikal konfigürasyonu, rektum ile sakrum arasındaki bağların yokluğu veya gevşekliği, eşlik eden nörolojik hastalıklar, geçirilmiş cerrahi girişimler, paraziter hastalık, kronik öksürük ve malnutrasyon gibi

birçok neden sıralanmaktadır (3). Rektal prolapsusta fekal inkontinans prolapsus nedeniyle pudental sinirdeki gerilmeye bağlı olarak gelişen nöropatidir. İnkontinans daha önce düşünüldüğü gibi anal sfinkterin prolapsus nedeni ile mekanik gerilmesine bağlı olmadığı izlenmiştir (4). Görüldüğü gibi rektal prolapsusta birçok olay neden mi yoksa sonuç mu olduğu tartışmalara açıktır. Tedavisi net olarak ortaya konulmamıştır. Bu güne kadar çok sayıda cerrahi teknik ortaya konmuştur ve birçoğu kullanılmaya devam etmektedir.

Bu yazıdaki amacımız Rektal prolapsus nedeniyle ameliyat edilen olguların verilerini retrospektif olarak değerlendirmek ve bu olgular arasında bulunan laparoskopik olarak ameliyat edilen olguları sunmaktır.

<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Refik AYTEN, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye  
Tel: 0 424 2333555  
Bu çalışma, 17. Ulusal Cerrahi Kongresinde (Ankara, 2010) sunulmuştur.

e-mail: refikayten@yahoo.com

**GEREÇ VE YÖNTEM**

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğininde 2003-2009 yılları arasında rektal prolapsus nedeni ile ameliyat edilen 16 hastanın (8'i erkek, 8'i kadın) verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom ve uygulanan cerrahi yöntemleri ile morbidite ve mortaliteleri irdelendi. Hastalar telefon ile aranarak memnuniyetleri değerlendirildi. Bir hastaya rezeksiyon anastomoz ve rektapeksi + Ripstein uygulanan ve anastomoz kaçağı olması nedeniyle reopere edilip mesh'i çıkarılan bir hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların prolapsuslarının tiplendirilmesi Altemeier ve arkadaşlarının tasnifine göre yapıldı (Tablo 1) (5). Hastaların tamamında total tam kat rektal prolapsus (tip III) mevcut idi. Tüm hastalara ameliyattan önce rektosigmoidoskopi yapıldı. Rektapeksi Notoras ve Ripstein ameliyatları klasik kitaplarda tarif edildiği şekilde yapıldı (6). Yama olarak polipropilen mesh kullanıldı. Notoras prosedürü uygulanan 10 hastanın 4'ü laparoskopik olarak yapıldı. Notoras tekniğinde prolen mesh orta hatta presakral fascia'ya ve yanlarda rektuma tespit edilmektedir ve rektum ön kısmı yama sarılmamaktadır. Laparoskopik yapılan vakalarda modifiye litotomi pozisyonunda, infraumbilikal 10 mm porttan 0 veya 30 derecelik kamera girildi. Cerrah hastanın sağında, karın alt kadranda rektus kası lateralinden iki adet 5lik trokar yardımıyla rektum serbestleştirildi. Birinci asistan hastanın solunda sol alt kadrana yerleştirilen 5mm trokarla sigmoid kolon ekartasyonu yapıldı. Yama presakral alana tribişon vida ile tespitlenip, rektuma ise ya sütür ile ya da fibrin doku yapıştırıcısı ile sabitlendi.

**Tablo 1.** Rektal Prolapsusun Altemeier ve ark. göre tasnifi

Evre 1	mukozal prolapsus
Evre 2	rektumun veya rektosigmoid bileşkenin intusepsiyonu
Evre 3	<b>gerçek rektal prolapsus</b>

**BULGULAR**

Hastaların yaş ortalaması 55,7 (19 ile 80) yıl idi. Hastaların 3'üne Ripstein, 3'üne rektapeksi ve 10'una Notoras (4'ü laparoskopik) ameliyatları uygulandı. Hastaların ortalama yatış süreleri 7,6 (5-13) gündü. Ortalama takip süresi 28,6 (3-68) ay idi. Başvuru esnasında 5 hastanın gaz-gaita tutamama şikayeti prolapsus şikayetine ek olarak mevcuttu. Ayrıca bir hastada da perianal bölgede ıslanma mevcuttu. İnkontinans tarifleyen 5 hastanın 3 ünde inkontinansın düzeldiği ve gaz-gaita kontrolünde sorun yaşamadığı, diğer 2 sinde gaita kontrolü olduğu ancak gaz kontrolünde ve ishal gibi durumlarda inkontinansın olduğu, ıslanma tarifleyen bir hastanın şikâyetinin artık olmadığı öğrenildi. Rektapeksi uygulanan 78 yaşındaki hastada ise prolapsusun tekrarladığı ancak tam kat olan prolapsusun mukozal düzeyde nüks ettiği görüldü ve hastanın istememesi nedeniyle reoperasyon yapılamadı. Bunun dışında diğer hastaların hiçbirinde rekürrens yoktu (Tablo 2).

**Tablo 2.** Klinik sonuçlar

Takip süresi (ay)	28,6 (3-68)
Yapılan ameliyatlar (n)	
Rektapeksi	3
Notaras ameliyatı açık	6
Notaras ameliyatı laparoskopik	4
Ripstein ameliyatı	3
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	7,6 (5-13)
Nüks	1
Morbidite	-
Reoperasyon	-

**TARTIŞMA**

Rektal prolapsus için birçok tedavi yöntemi önerilmiştir. Yöntem seçiminde başta cerrahın bu konudaki deneyimi olmak üzere hastanın yaşı ve cinsiyeti, kabızlık ve inkontinans varlığı, hastanın genel durumu gibi faktörler etkilidir (1). Perineal işlemlerin nüksü daha sık gözlemlendiğinden genellikle yaşlı ve komorbid faktörleri olan hastalarda tercih edilmektedir. Bu çalışmada tüm hastalarda transabdominal yöntem kullanıldı.

Abdominal yolla rektapeksi, rezeksiyon ve rezeksiyon rektapeksi işlemleri uygulanmıştır. Tek başına rektapeksi işleminin avantajı kısa süreli hastanede yatış, iyi kosmetik sonuç ve düşük maliyettir. İşleme rezeksiyon eklendiğinde anastomoz ve pelvik sepsis riskide eklenmektedir (8, 9). Bizim çalışmamızda 3 hastaya sadece rektapeksi diğerlerine yama ile rektapeksi yapıldı. Hiçbir hastaya rezeksiyon yapılmadı.

Abdominal ameliyatlarda pelvik diseksiyonun sınırları, lateral ligamanların kesilip kesilmemesi, rektal damarların korunup korunmaması, fiksasyonun ne şekilde yapılacağı (yama, dikiş, tack) başta olmak üzere bir çok konu tartışmalıdır (10, 11). Bu çalışmada diseksiyon lateral ligamanlara kadar yapıldı ve 13 hastada fiksasyon propilen yama ile gerçekleştirildi.

Laparoskopi alanındaki ilerlemeler rektal prolapsus tedavisinde de laparoskopik yaklaşımın uygulanabilirliğini gündeme getirdi. Laparoskopik yaklaşımın en önemli avantajlarından biri mükemmel görüntü elde edilmesi ve pelvik yapıların diseksiyon esnasında ayırt edilebilmesidir (12, 13). Bu çalışmada da 4 vakada laparoskopik yöntem yapıldı.

Rezeksiyon rektapeksi sonrası nüks oranları daha düşük iken rektapeksi ile nüks oranları %10 kadar görülebilmektedir. Sadece rektapeksi uygulanan hastada mukozal prolapsus şeklinde rekürrens izlendi.

Hastalarımızın hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Çalışmamızda Notoras prosedürünün laparoskopik uygulamaya uygunluğu kanaatine vardık. Dikkat edilmesi gereken nokta operasyon sırasında anatominin iyi bilmesidir.

Sonuç olarak; yapılan tüm teknikler göz önüne alındığında mesh ile yapılan onarımların sonuçları daha iyi olmaktadır. Rektal prolapsusun esas etiyolojik ne-

deni ve mekanizması ile tedavisindeki kesinlik henüz netlik kazanmamış olmasına karşın Notoras prosedürü laparoskopik uygulanabilir bir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Karahasanoğlu T, Hamzaoğlu İ, Baca B, ve ark. Rektal Prolapsus Tedavisinde Laparoskopik Cerrahi. Kolon Rektum Hast Derg 2007; 17: 186-90.
2. Sekac J, Labas P, Skultety J, et al. Rectal prolapse. Bratisl Lek Listy 2010; 111: 103-7.
3. Şen D. Rektal Prolapsus. In: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D.(Editors) Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. İstanbul: Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hizmetleri Ltd. Şti, 2003; 23: 259-73.
4. Farouk R, Duthie GS, MacGregor AB, Bartolo AB. Restoration of continence following rectopexy for rectal prolapse and recovery of the internal anal sphincter electromyogram. Br J Surg 1992; 79: 107-13.
5. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowegerdt C, Hunt S. Nineteen years experience with the one stage perineal repair of rectal prolapse. Ann surg 1971; 173: 993-1006.
6. Bulut T. Rektal prolapsus, Soliter Rektal Ülser, Perine Çökmesi Sendromu ve Rektosel. In: Alabaz Ö. (Çev. Editor) Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2004; 17: 246-81.
7. Williams JG, Rothenberger DA, Madoff RD, Goldberg SM. Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy. Dis Colon Rectum 1992; 35: 830-4.
8. Mckee RF, Lauder JC, Poon FW, Aitchison MA, Finlay IG. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. Surg Gynecol Obst 1992; 174: 145-8.
9. Duthie GS, Bartolo DC. Abdominal rectopexy for rectal prolapse: a comparison of techniques. Br J Surg 1992; 79: 1007-13.
10. Madiba TE, Boug MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg 2005; 140: 63-73.
11. Bruch HP, Herald A, Schiedeck T, Schwander O. Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction Dis Colon Rectum 1999; 42: 1189-95.
12. Demirbaş S, Akın ML, Kalemoglu M, Ogün I, Çelenk T. Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse. Surg Today 2005; 35: 446-52.
13. Solomon MJ, Young CJ, Evers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. Br J Surg 2002; 89: 35-9.
14. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, Bergamaschi R. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patients data. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1200-6.

Gönderilme Tarihi: 09.05.2012