

REKTAL PROLAPSUS TÜM TANI ve TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Rektal prolapsus rektum duvarının tam kat olarak veya mukoza dediğimiz iç yüzeyini kaplayan dokunun makattan dışarıya doğru sarkmasıdır. Görlme sıklığı 1/1000 dir. Kadınlarda erkeklere oranla 10 kat fazla görülür. İleri yaşlarda sıklığı artsa da tüm yaş gruplarında görülebilen bir hastalıktır. Değişik sebepler ileri sürülse de nedeni tam olarak bilinmemektedir. Pelvik taban hastalığı grubunda değerlendirildiği için pelvik tabanın zayıfladığı durumlarda daha sık görülür.

Etyoloji: Etyoloji pek belirgin değilse de rektumu yerinde tutan lateral ligaman dediğimiz bağların ve pelvik tabanın gevşemesine ve de mekanik çıkıştaki obstrüksiyonlara- ki en önemlisi hemoroiddir- sebep olan durumlar başlıca etyolojik faktörler olarak sıralanmıştır. Burda esas sebepten çok kolaylaştırıcı sebeplerden bahsetmek daha doğru olacaktır. Bunlar; Kabızlık, nörolojik faktörler-ki bunlar omurilik yaralanması, yaşlılık ve cauda equina sendromu olarak detaylandırılabilir- bayanlar, uzun kalın barsak, gevşek anal sfinkter, pelvik tabanın defekti, obezite, çok doğum ve doğum yapmama vb durumlardır.

Çok fazla sınıflandırılma tarif edilse de genel olarak 3 şekilde sınıflandırılır.

1-Gizli (Rektal Mukozal İnvaginasyon)

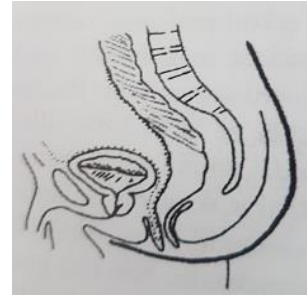
2-Mukozal-İnkomplet Prolapsus

3-Komplet Prolapsus

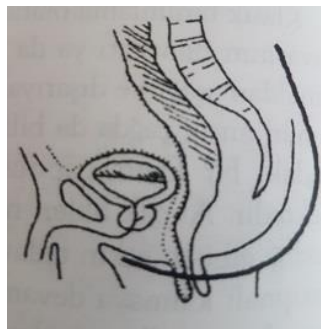
Değişik oranlar bildirilmiş olmakla birlikte en yaygın olanı 1. Grup olan yani gizli prolapsuslardır. Kabızlık çektiğini, büyük abdest yaparken zorlandığını söyleyen hastaların büyük grubunda bu grup hastalık mevcuttur.



a-Rektal Mukozal İnvaginasyon



b-Rektal Mukozal Prolapsus



c-Rektal Komplet Prolapsus

KLİNİK ve DEĞERLENDİRME:

Öncelikle şikayetler içinde en sık görülen prolapsusun kendisidir. Özellikle büyük abdest sonrası ortaya çıkar. Defekasyon problemleri- ki kabızlık başta gelir- diğer sık görülen şikayettir. Geri itilemeyen prolapsuslarda kanama gözlenebilir. Prolapsusus yapmış olduğu mekanik etkiye bağlı olarak anal sfinkterdeki gevşeme sonucu büyük abdest kaçırma ve gaz tutamama, mukuslu bir akıntı sık görülen şikayetlerdendir. Buna bağlı olarak da anal kaşıntı gözlenir. Sık tuvalet ihtiyacı ve tuvalet sonrası rahatlayamama da sık görülen şikayetler arasındadır.



Resim 1: Standart tam kat rektal prolapsus

Anamnez ve semptomlar prolapsusu düşündürüyorsa muayenede rektal tuşe ile sfinkter tonusunu ve kontraktibilitesini değerlendirmek hem sebebi ortaya koymak hem de tedavi sonucunda elde edilecek faydayı değerlendirmek açısından çok önemlidir. Tuşe esnasında sfinkter tonusu iyi bulunur ve kontraktibilitenin olduğu gözlenirse ameliyat sonrası hastanın gaz gaita tutmasının iyi olacağı öngörülebilir. Daha sonra hasta oturur pozisyonda muayene edilerek ikındırılmalı ve prolabe olan barsak görülmelidir.

Muayene sonrası prolapsusun sebebine yönelik tetkikler yapılmalıdır. Endoskopi ile rektal bir polip veya ülser varlığı araştırılır. Defekografi ile prolapsusun derinliği ve defekasyon fizyolojisi hakkında fikir sahibi olunur. Yandaş başka patolojilerin tespiti açısından Anal EMG ve Anal Manometri yapılabilir.

TEDAVİ:

Sebebe yönelik tartışmalar haliyle uygun tedavi seçeneğini bulmada da cerrahları zora sokan bir durumdur. Anatomik sorun ortaya çıktıktan sonra bu sorun yine anatominin düzeltilmesi ile yani ameliyatla çözülür. İleri yaş hastalığı olması, yüksek risk grubunda bulunmaları ve yandaş hastalıkların bulunması tedavinin diğer zorlukları olarak önümüze çıkmaktadır. Bu noktada tedavinin bireyselliği önem arz eder. Ameliyat tedavilerinin yanında ameliyatsız

tedavilerinde göz önüne alınıp hastanın maksimum fayda sağlayacağı tedaviye karar verilmelidir.

A-Nonoperatif Tedavi:

Kalçaları flasterle birbirine yapıştırmak

Defekasyon esnasında el ile destek sağlamak

Perine güçlendirici egzersizler

Kabızlığın tedavisi

Defekasyon eğitimi

Elektronik stimülasyon

Sklerozan madde enjeksiyonu

Lastik Band ligasyon

İnfrared Koagülasyon

B-Cerrahi Tedavi:

Tüm rektal prolapsuslu hastaların üçte ikisine uygulanmakta olan cerrahi tedavi yöntemleri daha önceden tarif edilen yöntemlerdeki küçük modifikasyonlarla birlikte 50 çeşidi bulmuştur.

Cerrahi tedavi ile beraber bazen nonoperatif yöntemler kombine edilebilmektedir. Bazen birden fazla prosedür aynı hastaya uygulanabilmekte ve bu şekilde hastanın optimum fayda sağlanması amaçlanmaktadır. Cerrahi prosedürlerde amaç; anal açıklığı azaltmak, sarkan rektum ve barsak anslarını yerinde sabit tutmak, fazla olan barsak kısımlarını almak ve perineyi sağlamlaştırmaktır.

Değişik sınıflandırmalar tarif edilmiş olsa da bizce en uygun olanı, yaklaşım metodolojisine göre sınıflandırmadır. Buna göre cerrahi tedavi yöntemleri aşağıdaki gibi sınıflandırılırlar.

I-Abdominal Yaklaşımlar

1-Ripstein ameliyatı

2-Wells Ameliyatı(İvalon Sponge sargı)

3-Anterior rezeksiyon

4-Sigmoid rezeksiyon+rektopeksi(Frykman Prosedürü) ameliyatı

5-Notaras Ameliyatı

6-Laparoskopik İşlemler

II-Perineal yaklaşımlar

- 1-Anal serklaj(Tiersch ameliyatı)
- 2-Delorme ameliyatı-Rhen Delorme ameliyatı
- 3-Perineal rektosigmoidektomi (Altemeier ameliyatı)
- 4-Gant prosedürü

Abdominal yaklaşımlar düşük nüks riski ve yandaş problemlerin çözümünde daha etkin olması nedeni ile daha çok uygulanmaktadır. Ancak komplikasyonların fazla oluşu ve ileri yaş grubu hastalara uygulama güçlüğü gibi sebeplerden dolayı perineal yaklaşımlar yüksek nüks oranlarına rağmen tedavide uygulama alanı bulmuş yöntemlerdir.

Tüm bu tedavi uygulamalarını gerekirse kombine edip en uygun tedaviyi bulmak ve uygulamak cerrahın buradaki asli görevidir.

Nonoperatif yöntemleri denemek hatta gerekirse cerrahi yöntemlerle kombine etmek, ancak vakit kaybı olmadan bu işlemleri uygulamak gerekir.

Cerrahi tedaviler içerisinde son yıllarda Laparoskopik işlemler moda olsa da cerrahlar tarafından en çok tercih edilen ameliyatlarda Thiersch ameliyatı, De lorme ameliyatı ve Frykman Prosedürüdür.

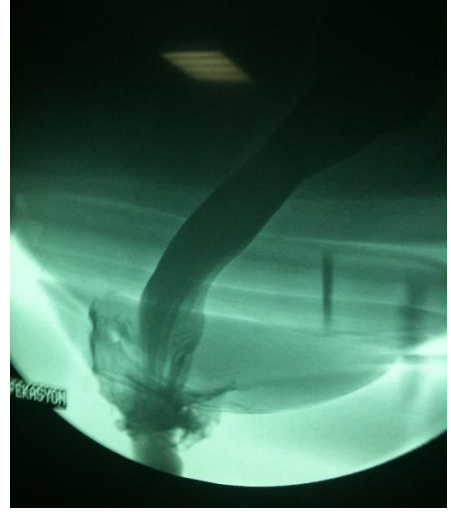
Thiersch Ameliyatı perineal bir yaklaşım olup makat etrafına daraltıcı malzemelerle bir bariyer oluşturup barsağın aşağıya inişini engellemek amacıyla uygulanan bir ameliyattır. Uygulamasının basit oluşu nedeni ile tercih edilmekle birlikte komplikasyonlarının fazla ve agresif oluşu bir handicap olarak gözükmektedir. Özellikle hastaların "bir şeyin üzerine oturuyormuş" hissi ve kullanılan malzemeler nedeni ile enfeksiyon en çok karşılaştığımız komplikasyonlardır.

De Lorme veya Rhen De Lorme ameliyatları mukozal prolapsuslarda 1. Tercih olarak kullandığımız bir ameliyattır. Oldukça iyi sonuçları olmasına rağmen hasta uyumu nedeni ile nükslerle karşılaşmaktayız. Prolapsu mukoza bu ameliyatlarda çıkarılmakta ve barsak duvarı akordion tarzı plikasyon ile dikilip katlanmaktadır. Bazen bu sütür işlemlerinden dolayı makatta bir dolgunluktan ve özellikle defekasyon hissini kaybolduğundan bahsedilmektedir.

Tüm bu sebeplerle eğer hasta genel anesteziye uygun bir hasta ise biz daha çok Frykman Ameliyatını tercih etmekteyiz. Bu ameliyatta sarkan barsak kısmı sakrum dediğimiz kuyruk kemiğine sabitlenmekte ve fazla olarak kalan kalın barsak kısmı çıkarılıp defekasyon kolaylaştırılmaktadır. İleriye dönük sebebe yönelik bir tedavi olması ve nükslerin daha az görülüşü de bu ameliyatı tercih etmemizde etkindir. Bu nedenle bu makalede detaylandırarak anlatacağımız ameliyat olarak Frykman Ameliyatını seçtik.

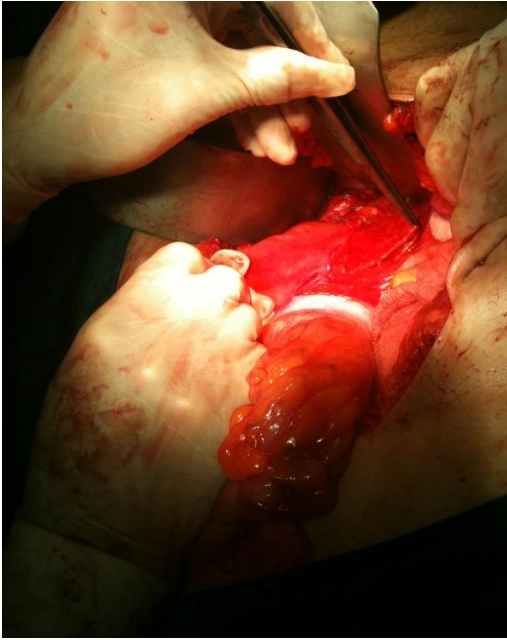


Resim 2



Resim 3

Resim 2’de rektal prolapsuslu hastamızın oturur pozisyonda hafif bir ıkınma ile dışarı çıkan barsak bölümünü resim 3’de ise aynı hastanın defekografi görüntüsünü izlemekteyiz. Tam kat prolapsus olduğu izlenen ve sfinkter fonksiyonları da nisbeten iyi durumda olan bu hastaya Frykman ameliyatı uyguladık. Bu ameliyat abdominal olarak yapılmakta ve kalın barsağın son kısmı etraf dokulardan ayrılıp(Resim 4) askıya alınmaktadır(Resim 5).



Resim 4

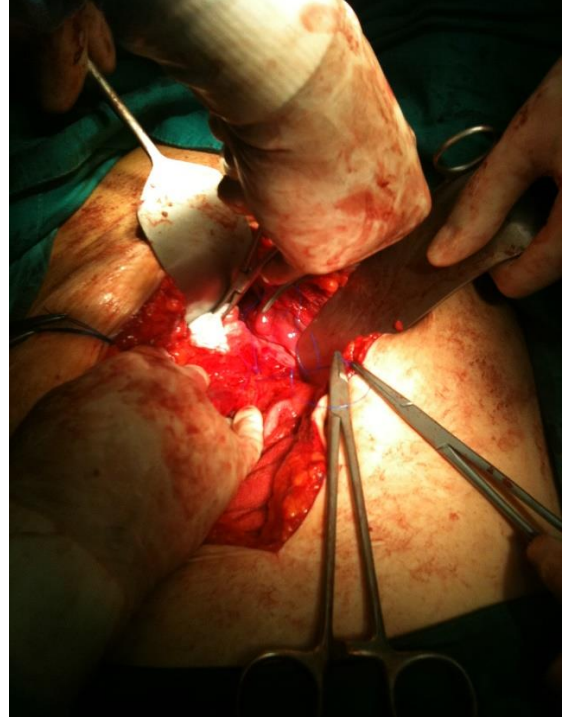


Resim 5

Daha sonra her iki yandan dikişlerle sacruma tespit edilmektedir. Bu tespit esnasında erimeyen propilen dikişler kullanılmaktadır. Tespit esnasında dikişi derin geçip kanama olmamasına dikkat edilmelidir.(Resim 6-7)



Resim 6



Resim 7

Bu işlemlerden sonra ise barsağın yukarıya çekilmesinde dolayı büküntülü olarak kalan barsak kısmı çıkartılmış ve barsak uç uca anastomoz edilmiştir. Anastomoz sonrası ise periton dediğimiz karın içi örtüsü tamir edilerek ameliyat sonlandırılmıştır (Resim 8-9)



Resim 8

Resim 9

Bu hastamızda ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon yaşamadık.4. gün defekasyonun yapan hastada prolapsus olmadığı görülmüştür.Sfinkter kuvvetlendirici egzersizlerle 5. Gün hastaneden taburcu ettik.3. ay kontrollerde de sfinkter tonusunun yeterli oranda sağlandığı, gaz kontinansının bile geri geldiği izlenmiştir.İnkontinansın kaybolduğu gözlenmiş,barsak alışkanlığı ve tuvalet hissi kazanılmıştır.

TARTIŞMA

Rektal Prolapsus hastaların yaşam kalitesini oldukça düşüren toplumsal hayata karışmalarını engelleyen bir hastalık olması bir yana bazen acil müdahale edilmesi gereken bir hastalıktır.Tedavide ise alternatiflerin çokluğu ile cerrahların elini rahatlatan bir hastalıktır.Nonoperatif tedavilerden başlayarak hastaya uygun tedavi modaliteleri seçilmeli ve cerrahın en iyi uygulayabileceği, hastanın uyumunun en iyi şartlarda sağlandığı bir tedavi protokolünde karar kılınmalıdır.Ancak bu şekilde komplikasyonsuz ve morbiditesiz bir tedavi sonucu almak mümkündür.Eğer komplikasyon ile karşılaşmış ise doğru cerrahi işlemin uygulanıp uygulanmadığı ve hasta uyumu mutlaka tekrar kontrol edilmelidir.Yıllardır komplikasyon cerrahisi ile uğraşan bir cerrah olarak tecrübemiz odur ki bu konuda hasta tam bir değerlendirilmeye tabi tutulmadan acele kararlar alınmakta,hasta uyumu sağlanmadan cerrahi prosedürler hayata geçirilmekte ve sonunda hüsrarla karşılaşılmaktadır.Anorektal cerrahi işlemlerinin nükslerinin ve karşılaşılan sorunlarının diğer cerrahi işlemlere nazaran çok daha zor ve pahalı tedavi protokolleri ile bertaraf edilebildiğini unutmamak ve genel tıbbi yaklaşım olarak "önce zarar verme" anlayışı ile hareket etmek gerekir kanaatindeyim.

Op.Dr. Ramazan Tarık ÜNSAL