



Rektal Prolapsusta Perineal Yaklaşım: Olgu Sunumu

Perineal Approach in Rectal Prolapse: Case Report

Tevfik Eker¹, Yusuf Sevim², Akın Fırat Kocaay¹, Mehmet Can Seven¹, Toygar Sarı¹, Cihangir Akyol¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

²Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, ANKARA

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

Cukurova Medical Journal 2015;40(2):390-395.

ABSTRACT

Rectal prolapse is a condition where the full thickness rectal wall or mucosa of the rectum protrudes from the anus. The surgical treatment of rectal prolapse is performed either abdominally or perineally . The perineal procedures are preferred with old patients with the high risk for surgery, and rectosigmoidectomy named as Altemeier procedure is the most preferred procedure. Here in we present a 79 years-old female patient, admitted to our clinic with the history of 24 hours incarcerated rectal prolapse and 2 cm sized polip. Altemeier procedure was performed under regional anesthesia, the patient was discharged on the 4th postoperative day without any complications. Altemeier procedure can be safely administered in indicated elderly patients by experienced surgeon with low morbidity and mortality rates.

Key words: Rectal prolapsus, Altemeier procedure

ÖZET

Rektal prolapsus anal orifisten protrüde olmuş mukozal ya da tam kat rektal dokunun varlığını ifade eder. Rektal prolapsus tedavisi abdominal veya perineal cerrahilerdir. Yaşlı ve cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda perineal yöntemler tercih edilir ve daha sık olarak Altemeier prosedürü olarak adlandırılan rektosigmoidektomi uygulanır. Kliniğimize inkarsere rektal prolapsus ile başvuran ve Altemeier prosedürü uygulanmış 79 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Başvuruda son 24 saatten itibaren redükte olmamış rektal prolapsus ve 2 cm'lik polip izlediğimiz hastaya reyonel anestezi altında Altemeier prosedürü uygulandı. Hastada, cerrahi sonrası dönemde komplikasyonu gelişmedi ve postoperatif 4. gün taburcu edildi. Altemeier prosedürü endike olduğu komorbiditesi fazla yaşlı hastalarda, düşük morbidite ve mortalite oranları ile tecrübeli hekimler tarafından güvenle uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Rektal prolapsus, Altemeier prosedürü

GİRİŞ

Rektal prolapsus, anal orifisten mukozal veya daha sık tanımlandığı üzere tam kat rektal dokunun protrude olmasıdır¹. Fekal inkontinans,

konstipasyon ve rektal ülser sık görülen problemlerdir². Hastalığın tedavisinde mevcut spesifik medikal tedavi mevcut olmayıp, esas tedavi cerrahidir. Rektal prolapsus için uygulanan

cerrahiler genel olarak abdominal ve perineal yaklaşımlar olacak şekilde iki grupta incelenebilir. Abdominal yaklaşımlarda en sık kullanılan yöntem rezeksiyonlu veya rezeksiyonsuz rektepeksidir². Perineal yaklaşımlar, ağır kardiyopulmoner hastalık gibi belirgin komorbiditesi olan yaşlı hastalarda, lokal veya rejyonel anestezi ile uygulanabilmesi açısından avantaj yaratır ve en sık uygulanan perineal yaklaşımlar Altemeier ve Delorme prosedürleridir². Çalışmamızda, kliniğimize inkarsere rektal prolapsus ile başvuran ve Altemeier prosedürü uygulanmış olan hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize, 79 yaşında kadın hasta son 24 saattir makattan dışarı çıkan kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinden 6 aydır konstipasyonun eşlik ettiği elle içeri itilebilen, giderek artan şekilde makattan dışarı çıkan kitlesi olduğu, 24 saattir ise içeri itemediği öğrenildi. Hastanın muayenesinde distal kısmında 2 cm'lik polip bulunan barsak segmentinin anal kanaldan yaklaşık olarak 30cm dışarı çıkmış olduğu ve bu

segment üzerinde mukozal ödem ve hipereminin bulunduğu tespit edildi (Resim 1). Lokal ılık kompres, hipertonic glukoz solüsyonu uygulama sonrasında redüksiyon denendi ancak başarılı olunamadı. Rejyonel anestezi altında hastaya perineal rektosigmoidektomi (Altemeier prosedürü) uygulandı (Resim 2).

Cerrahi Prosedür: Litotomi pozisyonunda, dentat çizgiden yaklaşık olarak 1-2 cm mesafeden prolabe olan rektumda tam kat çevresel insizyon uygulandı. Peritoneal refleksiyonun herni kesesi ile birlikte geldiği görüldü ve peritoneal refleksiyon çepeçevre kesilerek periton boşluğuna girildi. Prolabe olan uzun barsak mezenteri, seri olarak bağlandı ve kesildi. Barsak transekte edildi ve distal anal kanala el ile tek tek sütüre edilerek anastamoz yapıldı.

Cerrahi sonrasında hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Hastada tespit edilmiş olan polibin histopatolojik değerlendirmesinde tübüler adenom saptandı. Hasta postoperatif 6. ayında, nüks gelişmeden takip edilmektedir.



Resim 1. Ameliyat öncesi rektal prolapsusun görünümü.



Resim 2. Altemeier prosedürü sonrası polip ihtiva eden piyesin görünümü.

TARTIŞMA

Rektal prolapsus, sosyal problemler ve fonksiyonel bozukluklara neden olan rektumun tam kat olarak anal kanaldan protrude olmasıdır. Moschowitz, 19. yüzyılda, rektal prolapsusu pelvik tabanda fasya defekti nedeniyle oluşan bir sliding herni olarak tanımlamıştır^{2,3}. En kabul gören teori ise Broden ve Snellman tarafından ortaya konan rektal prolapsusun rektumun kendi üzerinden anal sfinktere doğru gerçek intususepsiyonu olduğudur⁴. Rektal prolapsus nadir olarak görülen bir hastalık olup insidansı %0,25 ile %0,42 arasında değişir^{5,6}. Hastalığın prevalansının, 65 yaş üzerindeki erişkinlerde %1 olduğu tahmin edilmektedir⁷. Rektal prolapsusta uygulanacak olan cerrahi seçiminde temel unsur hastanın yaşı ve komorbiditeleridir⁸. Abdominal prosedürler genç, ek hastalığı olmayanlarda tercih edilir ve düşük nüks riski ile birlikte yüksek morbiditeye sahiptirler⁹. Yaşlı yüksek riskli hastalarda perineal yöntemler seçilir; fekal inkontinansı olan hastalarda perineal rektosigmoidektomi ve levatoroplasti, inkontinansı olmayan konstipasyonla giden büyük prolapsus mevcut ise perineal rektosigmoidektomi tercih edilirken küçük prolapsusu olan kontinans problemi

olmayan hastalarda ise Delorme prosedürü tercih edilir^{2,10}. Altemeier prosedürü, hastamızda olduğu gibi inkarsere veya gangrenöz rektal prolapsuslarda endikedir¹¹.

Perineal rektosigmoidektomi ilk olarak 1889 yılında Mikulicz tarafından tanımlanmıştır¹¹. Altemeier ve Culbertson tarafından popüler hale gelmiş ve günümüzde Altemeier prosedürü olarak anılmaktadır^{11,12}.

Altemeier prosedürünün en önemli modifikasyonu, yöntemle levatoroplasti eklenmesidir. Anterior ya da posterior levatoroplasti, rektal prolapsusa ek olarak bulunan pelvik taban gevşekliğinde endikedir¹³. Altemeier prosedüründe, %62-85 hasta kontinan hale gelebilirken, eklenen levatoroplasti ile kontinan olma oranı artmaktadır^{10,14}. Bununla birlikte harmonik skalpel, sirküler stapler gibi teknolojik aletlerin kullanılması ile cerrahi süresinin, kan kaybının ve hastanede kalış süresinin, normal günlük yaşama dönme süresinin, morbidite ve mortalitenin azaldığı belirtilmektedir^{11,15}.

Pelvik yaklaşımların avantajı olarak, pelvik diseksiyon yapılmadığı için, sinir hasarı ve impotansın gelişmemesi karşımıza çıkar. Towliat

ve arkadaşları 26 Altemeier uygulanan hastanın incelendiği çalışma da seksüel disfonksiyon gelişmediği görülmüş, 9'ar hastada (%34,6) konstipasyon ve tekrarlayan ağrı belirlemişlerdir¹⁶.

Altemeier prosedürünün en önemli dezavantajı yüksek nüks oranlarıdır ve bu oran literatürde değişkenlik gösterir¹¹. Steele ve arkadaşları yaptıkları çalışmada abdominal yaklaşımların, perineal yaklaşımlarla karşılaştırıldıklarında, anlamlı olarak daha düşük nüks ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir⁹. Altemeier'in kendi çalışmasında 106 hasta değerlendirmeye alınmış ve nüks oranı %3 olarak belirtilmiştir¹². Altemeier procedürünün incelendiği çalışmalarda izlenen nüks oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

İyi tolere edilebilir bir cerrahi yöntem olarak görülse de çeşitli komplikasyonlar izlenebilir.

Washington Üniversitesinde 103 rektal prolapsus hastasının değerlendirildiği bir çalışmada toplam morbidite %8 olarak tespit edilmiş, 4 hastalarında anastomoz kaçağı veya fistülü, 3 hastalarında rekürren drenaj gerektiren abseler izlenmiştir²⁶. Cleveland Klinik kaynaklı bir çalışmada ise %3,2 kaçak ve %0,7 hemoraji izlendiği belirtilmiştir²⁷. Pescatori ve Zbar ise perineal rektosigmoidektomi uyguladıkları 38 hastanın 2'sinde (%5) major postoperatif kanama bildirmişler²⁸. "National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)" çalışmasında perineal prosedür uygulanan 706 hasta değerlendirilmiş ve postoperatif sepsis oranı %2,7 olarak tespit edilmiş ve hastaların %2,4'üne yeniden cerrahi gerektiği bildirilmiş, mortalite oranının ise %1,4 olduğu gösterilmiştir²⁹.

Tablo 1. Yapılmış bazı çalışmalarda perineal rektosigmoidektomi uygulanan hastalarda ortalama takip süreleri ve komplikasyon oranları

Referans	Hasta sayısı (n)	Takip Süresi (ay)	Nüks (%)	Kaçak (%)	Mortalite (n)
Theuerkauf ve ark, 1970 ¹⁷	13	Belirtilmemiş	38	Belirtilmemiş	0
Altemeier ve ark, 1971 ¹²	106	Belirtilmemiş	3	4	0
Porter, 1971 ¹⁸	110	12-60	58	Belirtilmemiş	1
Friedman ve ark, 1983 ¹⁹	27	Belirtilmemiş	50	Belirtilmemiş	0
Gopal ve ark, 1984 ²⁰	18	12	16	Belirtilmemiş	1
Prasad ve ark, 1986 ²¹	25	36	16	Belirtilmemiş	0
Ramanujam ve Venkatesh, 1987 ²²	41	6-48	6	Belirtilmemiş	0
Williams ve ark, 1992 ²³	114	3-90	10	1	0
Kim ve ark, 1999 ²⁴	183	Belirtilmemiş	16	Belirtilmemiş	0
Kimmins ve ark, 2001 ²⁵	63	6-88	6,3	2	0
Zbar ve ark, 2002 ¹⁰	80	6-132	3,8	1,9	0

SONUÇ

Sonuç olarak Altemeier prosedürü yaşlı komorbiditesi fazla olan yüksek riskli hastalarda endikedir. Abdominal yöntemlere göre daha fazla nüks oranı olmasına rağmen daha az morbidite ve mortalite oranları ile endikasyonu olan vakalarda tecrübeli hekimler tarafından uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:1059-69.
2. Melton GB, Kwaan MR. Rectal prolapse. *Surg Clin North Am.* 2013;93:187-98.
3. Moschcowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of rectum. *Surg Gynecol Obstet.* 1912;15:7-21.
4. Broden B, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum.* 1968;11:330-47.
5. Patel SM, Lembo AJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th ed. Feldman M, editor: Saunders. 2006;230.
6. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. *Scand J Surg.* 2005;94:207-10.
7. Stein EA, Stein DE. Rectal procidentia: diagnosis and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2006;16:189-201.
8. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NC, et al. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis.* 2013;15:858-68.
9. Steele SR, Goetz LH, Minami S, Madoff RD, Mellgren AF, Parker SC. Management of recurrent rectal prolapse: surgical approach influences outcome. *Dis Colon Rectum.* 2006;49:440-5.
10. Zbar AP, Takashima S, Hasegawa T, Kitabayashi K. Perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure): a review of physiology, technique and outcome. *Tech Coloproctol.* 2002;6:109-16.
11. Madsen MA. Perineal approaches to rectal prolapse. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008;21:100-5.
12. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowengerdt C, Hunt J. Nineteen years' experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg.* 1971;173:993-1006.
13. Ris F, Colin JF, Chilcott M, Remue C, Jamart J, Kartheuser A. Altemeier's procedure for rectal prolapse: analysis of long-term outcome in 60 patients. *Colorectal Dis.* 2012;14:1106-11.
14. Cirocco WC. The Altemeier procedure for rectal prolapse: an operation for all ages. *Dis Colon Rectum.* 2010;53:1618-23.
15. Boccasanta P, Venturi M, Barbieri S, Roviato G. Impact of new technologies on the clinical and functional outcome of Altemeier's procedure: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum.* 2006;49:652-60.
16. Towliat SM, Mehrvarz S, Mohebbi HA, Sate Bigdeli A. Outcomes of rectal prolapse using the altemeier procedure. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15:620-1.
17. Theuerkauf FJ, Jr., Beahrs OH, Hill JR. Rectal prolapse. Causation and surgical treatment. *Ann Surg.* 1970;171:819-35.
18. Porter NH. Surgery for rectal prolapse. *Br Med J.* 1971;3:113.
19. Friedman R, Muggia-Sulam M, Freund HR. Experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 1983;26:789-91.
20. Gopal KA, Amshel AL, Shonberg IL, Eftaiha M. Rectal procidentia in elderly and debilitated patients. Experience with the Altemeier procedure. *Dis Colon Rectum.* 1984;27:376-81.
21. Prasad ML, Pearl RK, Abcarian H, Orsay CP, Nelson RL. Perineal proctectomy, posterior rectopexy, and postanal levator repair for the treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 1986;29:547-52.
22. Ramanujam PS, Venkatesh KS. Perineal excision of rectal prolapse with posterior levator ani repair in elderly high-risk patients. *Dis Colon Rectum.* 1988;31:704-6.

23. 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.
24. Kim DS, Tsang CB, Wong WD, Lowry AC, Goldberg SM, Madoff RD. Complete rectal prolapse: evolution of management and results. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:460-6-9.
25. Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:565-70.
26. Glasgow SC, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW, Dietz DW. Preoperative anal manometry predicts continence after perineal proctectomy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1052-8.
27. Lee SH, Lakhtaria P, Canedo J, Lee YS, Wexner SD. Outcome of laparoscopic rectopexy versus perineal rectosigmoidectomy for full-thickness rectal prolapse in elderly patients. *Surg Endosc*. 2011;25:2699-702.
28. Pescatori M, Zbar AP. Tailored surgery for internal and external rectal prolapse: functional results of 268 patients operated upon by a single surgeon over a 21-year period*. *Colorectal Dis*. 2009;11:410-9.
29. Fleming FJ, Kim MJ, Gunzler D, Messing S, Monson JR, Speranza JR. It's the procedure not the patient: the operative approach is independently associated with an increased risk of complications after rectal prolapse repair. *Colorectal Dis*. 2012;14:362-8.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Yusuf Sevim
Taşkent Cad. Yukarıbahçelievler Mah. No:72/3
PK:06490 Bahçelievler Çankaya/ANKARA
E-mail: yusufsevim@gmail.com

Geliş tarihi/Received on : 19.06.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 01.08.2014