

Rektoselde Transperineal Fasial Sütür Onarımla Polipropilen Mesh ile Onarım Sonuçlarının Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Çalışma

Transperineal Site-Specific Fascial Repair vs. Transperineal Polypropylene Mesh Repair of Rectocele: A Randomized Trial

SEZAI LEVENTOĞLU, B. BÜLENT MENTEŞ, BAHADIR BOZKIRLI, MEHMET OĞUZ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Amaç: Prospektif, randomize olarak izole posterior vajinal duvar prolapsusu olan seçilmiş bir grup hastada transperineal fasial sütürle onarım (FSO) ile polipropilen mesh onarımı (PPMO) sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Hastalar ve Yöntemleri: Ardışık, izole, semptomatik evre II ve III rektoseli olan 60 kadın hasta, transperineal FSO ve PPMO yapılmak üzere randomize olarak seçildi. Levatorplasti veya perineorafı gibi başka hiçbir ek cerrahi müdahale uygulanmadı.

Bulgular: Her iki cerrahi metod ile vajinal dijitalasyon, ıkınma, yetersiz boşalma ve vajinal kitle semptom skorlarında istatistiksel olarak belirgin olarak düzelme sağlandı. İki grubun postoperatif semptom skorlaması karşılaştırıldığında postoperatif vajinal dijitalasyon skoru PPMO grubunda FSO grubuna göre istatistiksel olarak belirgin şekilde daha düşük olduğu ($p=0.004$), diğer postoperatif semptom skorlarınsa aynı olduğu gözlemlendi. Anatmik onarımın objektif değerlendirilmesi, FSO grubundaki kadınların %69.2'sinde ve PPMO grubundaki kadınların %89.3'ünde cerrahi kür olduğunu gösterdi ($p=0.095$). PPMO grubundaki %92.9'lük hasta memnuniyet oranı, FSO grubundakinden yüksek bulundu (%69.2; $p=0.037$). PPMO grubundaki cerrahi komplikasyon oranı (%25.0) FSO grubundakinden (%15.4; $p=0.505$) istatistiksel olarak önemsiz oranda daha fazla sap-

tandı. Tek hastada greft rejeksiyonu olurken bir hastada da greft protrüzyonu oldu. Postoperatif dispareni oranları benzer olarak tespit edildi ($p=0.725$).

Sonuçlar: Sonuç olarak, her iki yöntemin rektoselin semptomlarını azaltmakta ve normal anatomisinin rekreasyonunu sağlamakta istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. FSO ile karşılaştırıldığında rektoselin meshli onarımı vajinal dijitalasyonu ortadan kaldırmakta daha başarılı olduğu ve daha yüksek bir hasta memnuniyeti oranı sağladığı gözlemlendi. Ancak meshli onarım grubunun dezavantajı grefte bağlı komplikasyonların fazla görülmesi olarak saptandı.

Anahtar kelimeler: rektosel, cerrahi, transperineal, mesh

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to compare in a prospective, randomized fashion the clinical results of site-specific fascial repair and polypropylene mesh repair of rectocele in a selected group of patients with isolated posterior vaginal wall prolapse.

Patients and Methods: Sixty consecutive women with isolated, symptomatic stage II or stage III rectocele were randomized to undergo transperineal site-specific fascial suture repair or transperineal mesh repair of rectocele. No additional interventions, including levatoroplasty or perineorrhaphy, were performed.

Results: Both surgical methods resulted in significant improvements in the symptom scores of vaginal digitation, straining, incomplete evacuation, and vaginal lump. Comparing

the postoperative symptom scores of the two groups, the 0 postoperative score of vaginal digitation in the mesh repair group was significantly lower than that of the fascial repair group ($p=0.004$), while the other postoperative symptom scores were similar. Objective evaluation of anatomic repair revealed that 69.2 percent of women in the fascial repair group and 89.3 percent of women in the mesh repair group had surgical cure ($p=0.095$). The 92.9 percent patient satisfaction rate in the mesh repair group was higher than that in the fascial repair group (69.2 percent; $p=0.037$). Mesh repair was associated with an insignificantly higher rate of surgical complications (25.0 percent), compared with fascial repair (15.4 percent; $p=0.505$) Graft rejection occurred in

a single patient and graft protrusion in another. The rates of postoperative dyspareunia were similar ($p=0.725$).

Conclusion: Our results suggest that both surgical methods are effective in significantly reducing symptoms of rectocele and recreation of normal anatomy. Compared with fascial repair, mesh repair of rectocele was more successful in eliminating vaginal digitation, and it was followed by a higher rate of patient satisfaction. These advantages of mesh repair were associated with an insignificantly higher rate of surgical complications, some of which were unique to the use of polypropylene graft.

Key words: rectocele, surgery, transperineal, mesh

Giriş

Rektosel, anterior rektal duvarın posterior vajene doğru herniasyonudur. Bu durum, obstrüktif defekasyonun önde gelen nedenlerinden olup, kadın hastalarda şaşırtıcı derecede prevalansı yüksek olarak bildirilmiştir.¹ Ancak, rektosel hala yetersiz tanımlanmış ve yetersiz tedavi edilen bir hastalıktır. Rektovajinal septumun önemi (hatta varlığı) konusundaki anlaşmazlık, rastlantısal pelvik taban bozukluklarının önemsenmemesi ve özelleşmiş merkezlerde ameliyat olan hastaların sayısının azlığı; en iyi cerrahi tedavi konusunda kanıta dayalı bir yaklaşımın ortaya çıkmasına engel olmuştur.^{2,3} 1980'lere kadar pelvik anatomiye gerçek anlamda anlamadan ve barsak disfonksiyonuna özgü dikkat sarf etmeden sadece jinekologlar posterior kolpo-perineorafi ile rektoseli tedavi etmekteydi. Bu yaklaşım hastaların vajinal kitle hissini çoğunlukla ortadan kaldırmasına rağmen, seksüel disfonksiyon insidansını ve defekasyonda yetersiz boşalma hissini arttırmaktadır.^{4,5}

Kolorektal cerrahi literatüründeki rektosel onarımı transanal bir cerrahi prosedür olarak tanımlanmıştır.⁶⁻⁸ Eş zamanlı anorektal hastalıkların tedavisinde sağladığı avantaja rağmen konstipasyon, anal inkontinens, dispareuni konusunda transanal yaklaşım ve geleneksel posterior kolporafi arasında önemli bir fark bulunmamıştır.⁴ Anatomik ve fonksiyonel sonuçları iyileştirmek için rektovajinal septumun sütür ile onarımı yakın zaman önce ortaya atılmıştır. Bu prosedürün rektoseli tedavi etmekte yüksek oranda başarılı olduğu

konusundaki erken izlenime rağmen,⁹ diğer çalışmalar önemli ölçüde yüksek dispareuni ve rekürrens oranları bildirmiştir.¹⁰⁻¹¹ Bu sütür ile onarım tekniklerinin sınırlamalarını ortadan kaldırmak için yakın zamanda çeşitli greftler kullanılarak yapılan meshli rektosel onarımları umut verici sonuçlar ortaya koymaktadır.¹²⁻¹⁶ Potansiyel infeksiyon riski ve transperineal cerrahide prostetik materyallerin kullanımı konusundaki sınırlı bilgi birikiminden dolayı genellikle rektoselde transperineal prostetik cerrahinin rolünün kontrollü çalışmalarla sınırlı tutulması gerektiği yorumu yapılmaktadır.^{2,3}

1998'den beri bir referans merkezi olarak, değişik prostetik materyallerin kullanımı da dahil olmak üzere rektoselin cerrahi tedavisinde geniş deneyim sahibi olduk. Bu çalışmanın amacı, izole posterior vajinal duvar prolapsusu olan seçilmiş hasta grubunda transperineal fasial sütürle onarımın polipropilen meshli onarım ile klinik sonuçlarının prospektif ve randomize olarak karşılaştırılmasıdır.

Hastalar ve Yöntemler:

Hasta seçimi. %90lık güç ve 0.05'lik bir alfa-hata ile rekürrens oranlarındaki (%0-40) önemli farkı saptamak için güç analizi kullandıktan sonra izole, semptomatik rektoseli olan 60 kadın tek ve çift sayılar seçilerek, transperineal fasial sütürle onarım (FSO) ve rektoselin transperineal meshli onarımı (PPMO) uygulanmak üzere randomize edildi. Rektosel onarımı yapılması kararı, çıkış obstrüksiyonu olan bayan

bir hastada bimanuel rektovajinal muayene ile belirgin rektosel saptanması temel alınarak verilmiştir. Hastalar aynı zamanda hem jackknife hem litotomi pozisyonunda rektosel veya enterosel varlığını göstermek üzere valsalva manevrası yaptırılarak muayene edilmiştir. Bütün hastalara defekografi yaptırılmıştır. Seçilmiş hastalarda kolonik transit çalışması, anorektal manometri, endoanal ultrasound uygulanmıştır. Dinamik manyetik rezonans görüntüleme (MRI) bu çalışma sırasında mevcut değildi. International Continens Society (ICS) evreleme sistemine göre yalnızca çıkış obstrüksiyonu semptomu olan Evre II ve Evre III posterior duvar prolapsusları çalışmaya dahil edildi. Rektoselle birlikte anismus olan hastalar çalışma dışı bırakılmadı; çünkü bu iki antite sıklıkla birliktelik göstermektedir ve anismusun rektosel onarımının başarısı üzerindeki etkisi belirsizdir.¹⁸ Biz bu çalışmada pelvik ya da anorektal başka hiçbir eşlik eden cerrahi girişimin uygulanmadığı durumlarda iki rektosel onarım tekniğini karşılaştırmayı amaçladık. Bu yüzden semptomatik multikompartman prolapsusu olan ve birlikte üriner inkontinens veya anal sfinkter cerrahisi gerektiren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Aynı zamanda enteroseli olan veya Evre I'den büyük anterior vajinal duvar prolapsusu olan hastalar da semptomların ciddiyetinden bağımsız olarak çalışmadan çıkarıldı. Diğer çıkarılma kriterleri önceden geçirilmiş prolapsus cerrahisi, önceden yapılmış kolorektal rezeksiyon, yavaş transit zamanlı konstipasyon, diabetes mellitus gibi endokrin bozukluklar, Grade 4 internal hemoroidal hastalık ve kronik anal fissür idi. Hastalar iki onarım türü hakkında bilgilendirildi ve randomize seçim için rızaları alındı; ancak etik onay istenmedi; çünkü her iki girişim de iyi bilinen ve serbestçe uygulanan girişimlerdi.

Operasyon teknikleri. Ameliyatlar aynı otör tarafından ya da onun gözetiminde gerçekleştirildi (BBM). Fleet® fosfosoda (Kozmed, İstanbul, Türkiye) ile barsak temizliğini takiben hastaya litotomi pozisyonu verildi, hasta kataterize edilerek siprofloksasin 500 mg ve metronidazol 500 mg verildi. Hastaların çoğunda spinal anestezi kullanıldı. Transvers bir perineal insizyon yapılarak 15 ml %0.5lik Xylocain 1:200.000 adrenalin ile birlikte posterior vajinal duvarın arkasına injekte edildi ve elektrokoterin "cut" modu kullanılarak posterior fornikse kadar bir plan oluşturuldu. Ek

hemostaz bipolar koter ile gerçekleştirildi. Posterior vajinal duvar hiç kesilmedi veya kısmen eksize edilmedi. Bu seride hiç rektal duvar yaralanması olmadı. Posterior vajinal duvarda nadiren meydana gelen delikler ameliyat sonunda 3/0 vicryl sütürler ile onarıldı. Bölgeye özgü sütür onarımı için rektovajinal septumdaki yırtılmalar dikkatlice gözlemlendi ve palpe edildi. Defektin sütür onarımı için yeterli gerilim kuvvetine sahip kenarları yırtılmanın yönünde 4 ila 6 adet 2/0 veya 3/0 PDS sütür ile yaklaştırıldı. Mesh onarımı için 3-4 cm X 6-7 cm büyüklüğünde polipropilen mesh defekte uyacak şekilde hazırlandı. Greftin lateral kenarları levator arka her iki yandan tek bir 3/0 vicryl sütür ile fikse edildi. Son olarak yara açılması olduğu takdirde mesh greftin ekspoze olmasını önlemek için distal ucu kısaltıldı. Betadin ile irrigasyondan sonra yara dudakları 3/0 monocryl dikişlerle tek tek yaklaştırıldı. Bu seride levatoroplasti veya perineorafı de dahil olmak üzere hiçbir ek girişim yapılmadı. Hastalara ameliyat sonrası yüksek lifli diyet önerildi. Postoperatif ikinci günde üriner katater çıkarılarak hastalar taburcu edildi. Siprofloksasin 2X500 mg oral olarak ameliyat sonrası üç gün daha verildi. Cinsel ilişki iki ay süresince yasaklandı.

Takip ve Son Noktaların Değerlendirilmesi.

Birincil hedefler: i) vajinal dijitalasyonun, ıknmanın, yetersiz boşalmanın ve vajinal kitle hissinin ameliyat öncesi ve sonrası semptom skorlaması, ii) bağımsız bir gözlemci tarafından anatomik onarımın tarafsız olarak değerlendirilmesi, iii) hasta memnuniyeti idi. **İkincil hedefler:** i) hemoraji, idrar retansiyonu, yara enfeksiyonu veya greft reddi gibi cerrahi komplikasyonlar ve ii) seksüel disfonksiyon üzerine olan etki (disparoni) idi. Hastalar ameliyattan sonraki 1. ve 4. haftalarda ve daha sonra 6. ve 12. aylarda ayaktan proktoloji ünitesinde takip edildi. Birincil son noktalar 12. aydaki takipte kaydedilirken cerrahi komplikasyonlar bütün takiplerde kaydedildi. Vajinal dijitalasyon, ıknma, yetersiz boşalma ve vajinal kitle hissi klinik semptomlarının inceleme ve takibinde Watson ve ark.'larının¹² skorum sistemi kullanıldı (Tablo 1). Skorlar hem tek tek hem toplam olarak incelendi ve karşılaştırıldı. Anatomik onarımın tarafsız değerlendirilmesinde, hasta proktolojik inceleme masasında tarafsız bir gözlemci tarafından (SL) hem valsalva manevrası hem de anterior rektal duvarı kaldırmak için rektuma işaret par-

Tablo 1. Dijitasyon sıklığı, ıkınma şiddeti, yetersiz boşalım hissi ve vajinal kitle klinik semptomlarının skorlama sistemi*

| Semptomlar | Skor |
|----------------------------|------|
| Her zaman/ Şiddetli | 3 |
| Genellikle / Orta şiddette | 2 |
| Arada sırada | 1 |
| Hiç/ Yok | 0 |

*Watson ve ark.¹² skorlaması.

mağı sokularak yeniden muayene edildi. Pelvik organ prolapsus numaralandırmasının ICS sistemine göre, Ap ölçümünde -1 puan veya fazlası (Evre I posterior duvar prolapsı veya daha fazlası ile uyumlu) cerrahi başarısızlık olarak tanımlandı. 12. aydaki takipte hastalara tarafsız gözlemci tarafından cerrahi tedaviden memnun kalıp kalmadıkları ve aynı tedaviyi başkalarına önerip önermeyecekleri soruldu.

İstatistiksel analiz için, Windows için istatistiksel yazılım paketi SPSS 10.0® (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanıldı. Demografik özellikler Student's t-test ile karşılaştırıldı. Grup içi ve gruplar arasındaki semptom skorları sırasıyla Wilcoxon signed ranks ve Mann-Whitney U test ile karşılaştırıldı. Anatomik onarımın tarafsız değerlendirilmesi, hasta memnuniyeti, cerrahi ve fonksiyonel komplikasyon oranları *ki-kare* testi ile karşılaştırıldı. Sonuçlar ortalama ± SD olarak ifade edildi. 0.05'ten küçük olan olasılıklar önemli olarak kabul edildi.

Bulgular

Takibi kaybedilen hastalardan sonra FSO grubundaki 26 kadın (ortalama yaş 43.5) ve PPMO grubundaki 28 kadın (ortalama yaş 46) 12 aylık takip süresini tamamladı ve analize dahil edildi. Hepsinin 2 ila 8 doğumu mevcuttu. İki grup arasında yaş, parite ve semptomların süresi konusunda önemli bir fark yoktu (bütün karşılaştırmalar için $p>0.05$). Cinsel olarak aktif kadınlar söz konusu olduğunda preoperatif olarak her iki grupta yaklaşık olarak aynı yüksek dispareni oranları kaydedildi (sırasıyla, FSO ve PPMO grupları için %50 ve %47.6). Ağrı veya uyumsuzluk nedeniyle defekografi sadece 35 hastada gerçekleştirilebildi. Bunların tamamı 2 cm'den derin ciddi rektoseli doğrular nitelikteydi. Vajinal dijitalasyon, ıkınma, yetersiz boşalma ve vajinal kitle hissinin preoperatif ve postoperatif semptom skorları Tablo 2'de gösterilmiştir. İki grubun preoperatif semptom skorları benzerdi (bütün karşılaştırmalar için $p >0.05$). İki cerrahi yöntem de bütün semptom skorlarında önemli iyileşme ile sonuçlandı. İki grubun postoperatif semptom skorlaması karşılaştırıldığında vajinal dijitalasyonun PPMO grubundaki postoperatif skoru FSO grubundakinden önemli ölçüde düşüktü, diğer postoperatif semptom skorları ise benzerdi. Semptom skorlarındaki ameliyat öncesi ve sonrası değişiklikler karşılaştırıldığında tek önemli farklılık yine vajinal dijitalasyonda ortaya çıktı. Anatomik onarımın tarafsız değerlendirilmesi FSO grubundaki 26 kadından 18'inde (%69.2) ve PPMO grubundaki 28 kadından 25'inde (%89.3) cerrahi kür sağlandığını or-

Tablo 2. Çalışma gruplarının preoperatif ve postoperatif semptom skorları

| Semptomlar | Fasial sütürle onarım (FSO) (n=26) | | | Polipropilen mesh onarımı (PPMO) (n=28) | | | |
|----------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------|--|---------------|---------------------|--------------|
| | Preop (mean±SD) | p* | Postop (mean±SD) | Preop (mean±SD) | p* | Postop (mean±SD) | p** |
| Vajinal Dijitalasyon | 2.92±0.39 | 0.0001 | 0.46±0.90 | 2.75±0.52 | 0.0001 | 0 | 0.004 |
| ıkınma | 2.96±0.19 | 0.0001 | 0.85±0.73 | 2.82±0.39 | 0.0001 | 0.64±0.56 | 0.343 |
| Yetersiz boşalım | 2.88±0.33 | 0.0001 | 0.58±0.81 | 2.57±0.63 | 0.0001 | 0.39±0.57 | 0.494 |
| Vajinal kitle | 2.31±0.93 | 0.0001 | 0.12±0.33 | 2.07±0.86 | 0.0001 | 0.11±0.42 | 0.617 |
| Toplam skor | 11.08±1.02 | 0.0001 | 2.00±2.26 | 10.25±1.90 | 0.0001 | 1.11±1.10 | 0.184 |

p* Wilcoxon signed ranks test (grup içi analiz)

p** Mann-Whitney U test (gruplar arası analiz)

taya koydu ($p=0.095$). PPMO grubundaki %92.9'lük hasta memnuniyet oranı, FSO grubundakinden daha yüksekti (%69.2; $p=0.037$). FSO grubunda 2 vakada idrar yolu infeksiyonu, 1 vakada yara yeri infeksiyonu ve 1 vakada cerrahi hemostaz gerektiren postoperatif kanama ortaya çıktı (%15.4 cerrahi komplikasyon oranı). PPMO grubunda 2 hastada idrar yolu infeksiyonu, 3 hastada yara yeri infeksiyonu/selülit, 1 hastada perineal yaradan greft protrüzyonu, ve 1 hastada greft rejeksiyonu meydana geldi (%25, $p=0.505$). Bütün infeksiyöz komplikasyonlar antibiyotik kullanımı ve yara bakımı ile tedavi edilebildi. Graft protrüzyonu gerçekleşen hastada greftin dışarı çıkan ucu kısaltılarak tedavi sağlandı ve greft rejeksiyonu gerçekleşen hastanın grefti lokal anestezi altında tümüyle çıkarıldı (Resim 1-2). 2 hasta da sorunsuz olarak iyileşti. Cinsel olarak aktif kadınlarda FSO grubunda postoperatif disparoni 6/20 (%30) gözlemlendi. FSO grubunda preoperatif disparonisi olan 10 kadından 6'sı cinsel fonksiyonda iyileşme tanımlarken 3'ünde herhangi bir değişiklik olmadığı, 1'inde kötüye gidiş olduğu ve 3 yeni hastada (de novo) cerrahi sonrası disparoni ortaya çıktığı tespit edildi. PPMO grubunda 17 hastadan 1'i de novo olmak üzere 4'ünde (%23.5) postoperatif disparoni olurken, 5 hastada iyiye gidiş oldu ve 3 hastada değişiklik saptanmadı. Postoperatif disparoni oranları aynıydı ($p=0.725$).

İrdeleme

Rektoselin optimal tedavisi hala tartışmalıdır. Rektoselin kanıta dayalı tedavisinin klinik zorluğu birkaç nedene dayanmaktadır. Rektoselli hastaların kliniği sıklıkla inkontinens veya sistosel veya enterosel gibi



Resim 1. Graft protrüzyonu gerçekleşen hastada greftin dışarı çıkarılması.



Resim 2. Graft protrüzyonu gerçekleşen hastada greftin dışarı çıkarılması.

multikompartman prolapsus ile birliktelik gösterir. Benzer şekilde, cerrahi tedavinin sonuçları sistosel onarımı, histerektomi veya levatoroplasti gibi diğer prosedürler ile birlikte uygulanması nedeniyle belirsizleşmektedir. En iyi cerrahi tedavi formu hakkında kanıta dayalı bir temel oluşmasının karşısındaki bir engel de pelvik organ prolapsusu hakkında standart, geçerlilik kazanmış tanımların olmayışının farklı institülerce basılmış serilerin karşılaştırılmasını ve tek bir hastanın longitudinal olarak incelenmesini engellemesidir.¹⁷ Bu çalışmanın önemli bir özelliği yalnızca izole, semptomatik rektoseli olan hastaların çalışmaya dahil edilmesi ve bu şekilde cerrahi sonucu etkileyebilecek ek faktörlerin ekarte edilmesidir. Dahası bu çalışmada analiz için semptom skorları ve pelvik organ prolapsusunun geçerli, nicel bir tanımlaması kullanılmıştır. Çalışmamız rektosel onarımının yakın zamanda tanımlanmış iki metodu hakkında daha fazla bilgi sağlamıştır. Bu çalışma aynı zamanda rektoselin transperineal meshli onarımını yeni ortaya konan fasiyal sütür onarımı ile prospektif randomize bir biçimde karşılaştıran ilk çalışmadır. Sonuçlarımız her iki cerrahi yöntemin rektoselin semptomlarını önemli ölçüde azaltmakta ve normal anatomisinin yeniden oluşturulmasında etkin olduğunu göstermiştir. Fasiyal onarımla karşılaştırıldığında rektoselin meshli onarımı vajinal dijitalasyonu ortadan kaldırmakta daha başarılı bulunmuş ve daha yüksek bir hasta memnuniyet oranı sağlamıştır. Meshli onarımın bu avantajları bir kısmı polipropilen greftte özgü olmak üzere istatistiksel olarak önemsiz derecede yüksek cerrahi komplikasyonlar ile birliktelik göstermektedir.

Geleneksel olarak rektosel levator ani plikasyonu ile

birlikte yapılan kolpoperineorafi ile tedavi edilmektedir. Prolapsusu tedavi etmekten çok saklayan bu cerrahi yaklaşımın genellikle kötü klinik sonuçlarının olması ve postoperatif cinsel disfonksiyon insidansının yüksek olması şaşırtıcı değildir.^{4,5,19} Anatomik ve fonksiyonel kür oranlarını arttırmak için rektovajinal septumdaki tanımlanabilir ve düzeltililebilir defekleri cerrahi onarımın hedefi olarak belirleyen fasial sütür onarımı yakın zaman önce ortaya konmuştur.^{9,20,21} Vakaların %80'inden fazlasında konstipasyon semptomunda iyileşme tanımlayan Cundiff ve arkadaşlarının aksine yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar hayli yüksek postoperatif konstipasyon (%29-50) ve yetersiz boşalım hissi (%30-44) tanımlamaktadır.^{10,11} Bizim çalışmamızda fasial sütür ile onarım rektoselin bütün tanımlanmış semptom skorlarında önemli iyileşme sağlamıştır. Ancak, hem anatomik kür hem de hasta memnuniyet oranı %69.2 olarak saptanmıştır. Bizim deneyimize göre bu cerrahi yaklaşımın en önemli zayıf noktası her hasta için standart biçimde uygulanamamasıdır. Bu onarım tipi ya bütün fasial defekterin düzeltililebilir olduğunu ya da rektovajinal septumun zayıflamamış olduğunu varsaymaktadır. Bu yetersiz doku onarımı olasılığı Kohli ve Miklos'a fasial sütür ile onarımı dermal bir allogreft ile desteklemeleri için fikir vermiştir.¹⁵ Ek olarak çeşitli düğümler ve bazı sütürlerin yarattığı engellenemez gerilim postoperatif rahatsızlık, ağrı veya disparoniye yol açabilmektedir. Çalışmamızdaki %30'luk disparoni oranı daha önceden bildirilen oranlara yakın olarak bulunmuştur.^{2,3,10,11}

Biz, transperineal meshli onarım ile yüksek anatomik ve fonksiyonel kür oranları tespit ettik. Önceden çalışılmış iki küçük seride polipropilen meshin transperineal yerleştirilmesi; vajinal dijitalasyonu azaltarak ve rektosel boyutunda proktografik azalma sağlayarak ortaya ümit verici sonuçlar koymuştur.^{12,13} Watson rektoselin meshli onarımının etkiden çok nedeni düzelttiğini (rektovajinal septum bozukluğu) ileri sürmüştür.¹³ Bu yöntem doku onarımının zayıf doku kuvveti gibi sınırlamalarını ortadan kaldırmakta ve gerilim olmadan normal anatomik desteği yeniden sağlamaktadır. Bu çalışmadaki %89.3'lük anatomik kür oranı meshli onarımın rektovajinal septumu yeniden yapılandırmadaki etkinliğini ortaya koymaktadır. Bütün semptom skorlarında iyileşme bildirilmiş ve vajinal dijitalasyonun postoperatif skoru fasial sütür

ile onarıma göre daha etkin bulunmuştur. Fasial sütür ile onarımla karşılaştırıldığında bulunan daha yüksek anatomik kür oranı ve daha düşük disparoni oranı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Kümülatif olarak transperineal fasial sütür ile onarımla karşılaştırıldığında transperineal meshli onarımın bu özellikleri istatistiksel olarak daha yüksek hasta memnuniyet oranı ile sonuçlandı. Bizim serimizdeki tek greft rejeksiyonu vakası transperineal prolen mesh yerleştirilmesinin önceden belirtilmiş güvenilirliğini desteklemektedir.^{12,13,16} Yine de prostetik materyallerin transperineal kullanımı hakkında uzun dönemli karşılaştırmalı bilgi birikimi ortaya çıkana kadar prostetik materyallerin rektosel onarımlarında kullanımında temkinli olmasını tavsiye etmek zorundayız.

Bu çalışmanın belirgin bir sınırlaması, hastaların yalnızca 12 aylık bir takip süresini tamamlamalarıdır. Daha uzun süreli bir takiple sonuçların kötüye gitmesi mümkündür; ama bu durum fasial onarım için daha olasıdır. Başka bir sınırlamaysa rektoselin transperineal meshli onarımının sonuçlarının polipropilen greft ile kullanımı ile sınırlı olmasıdır. Prolen mesh ucuzdur, enfeksiyona karşı dirençlidir ve prostetik materyal olarak herni onarımında kullanılmasıyla üzerinde fazlasıyla deneyim kazanılmıştır. Ancak çok ender ortaya çıkan greft rejeksiyonu akılda bulundurulmalıdır. Mercer – Jones ve arkadaşları rektoselin transperineal meshli onarımında Vipro II mesh kullanımı ile prolen mesh kullanımına göre daha üstün sonuçlar bildirmişlerdir.¹⁶ Kohli ve Miklos da dermal allogreft kullanarak iyi sonuçlar bildirmişler ve greftle desteklenmiş fasial sütür ile onarım serilerinde hiç grefte bağlı komplikasyon bildirmemişlerdir.¹⁵ Rektosel onarımında prostetik materyal seçimine etki edecek maliyet analizleri de dahil olmak üzere karşılaştırmalı bilgilere hala ihtiyacımız vardır.

Sonuç olarak rektosel onarımının evriminde daha iyi tanımlanmış, karşılaştırmalı bilgilere ihtiyaç vardır. İzole rektoseli olan hastalarda rektoselin transperineal polipropilen meshli onarımı vajinal dijitalasyonu ortadan kaldırmakta daha etkin ve transperineal fasial sütür ile onarımla karşılaştırıldığında daha yüksek hasta memnuniyet oranına sahip bulunmuştur. Ancak, rektoselin meshli onarımı, bir kısmı polipropilen mesh kullanımına özgü olan istatistiksel olarak önemsiz derecede yüksek komplikasyon oranları ile birliktelik göstermekteydi.

Kaynaklar

1. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
2. Segal JL, Karram MM. Evaluation and management of rectoceles. *Curr Opin Urol* 2002;12:345-52.
3. Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:369-84.
4. Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:82-6.
5. Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, Johansson C, Dolk A, Gillgren P, Bremner S, Holmstrom B. Results of rectocele repair: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 1995;38:7-13
6. Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair: an adjunct to improved function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968;11:106-14.
7. Sehapayak S. Transrectal repair of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeons. A report of 355 cases. *Dis Colon Rectum* 1985;28:422-33.
8. Khubchandani IT, Clancey JP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ. Endorectal repair of rectocele revisited. *Br J Surg* 1997;84:89-91.
9. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Addison WA, Bump RC. An anatomic and functional assessment of the discrete defect rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1451-6.
10. Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1353-8.
11. Kenton K, Shott S, Brubaker L. Outcome after rectovaginal fascia reattachment for rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:1360-4.
12. Watson SJ, Loder PB, Halligan S, Bartram CI, Kamm MA, Phillips RK. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh: a clinical, physiological and radiologic assessment of treatment. *J Am Coll Surg* 1996;183:257-61.
13. Parker MC, Phillips RK. Repair of rectocele using Marlex mesh. *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:193-4.
14. Oster S, Astrup A. A new vaginal operation for recurrent and large rectocele using dermis transplant. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981;60:493-5.
15. Kohli N, Miklos JR. Dermal graft-augmented rectocele repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:146-9.
16. Mercer-Jones MA, Sprowson A, Varma JS. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. *Dis Colon Rectum* 2004;47:864-8.
17. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
18. van Dam JH, Schouten WR, Ginai AZ, Huisman WM, Hop WC. The impact of anismus on the clinical outcome of rectocele repair. *Int J Colorectal Dis* 1996;11:238-42.
19. Paraiso MF, Weber A, Walters M, Ballard L, Piedmonte M, Skibinski C. Anatomic and Functional Outcome after Posterior Colporrhaphy. *J Pelvic Surg* 2001;7:335-9.
20. Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:976-83.
21. Singh K, Cortes E, Reid WMN. Evaluation of the fascial technique for surgical repair of isolated posterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2003;101:320-4.