

Stapler Hemoroidopeksi Deneyimlerimiz

Our Experience with Stapled Hemorrhoidopexy

ÜNAL SABANCI,¹ İBRAHİM ÖĞÜN,² GÜLTEKİN CANDEMİR²

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

² Ankara Mevki Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Ankara

ÖZET

Amaç: Stapler hemoroidopeksi (SH) Dr. Longo'nun 1998'te tekniği tanıttıktan sonra Grade III ve IV hemoroidlerin tedavisinde popüler bir tedavi yöntemi olmuştur. Biz bu çalışmada SH'nin etkinliği ve komplikasyonlarını inceledik.

Hastalar ve Yöntem: Haziran 1999 ile Nisan 2006 tarihleri arasında stapler hemoroidopeksi uyguladığımız 175 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Biz bu çalışmamızda, hastalarımızdaki postoperatif ağrı, hastanede kalış süresi, erken ve geç dönem komplikasyonları inceledik.

Bulgular: Onüç hastada (%7.4) değişik komplikasyonlar görüldü. Erken komplikasyon olarak kanama (%1.1), hematoma (%2.3), şiddetli ağrı (%1.1) görüldü. Geç komplikasyon olarak anal fissür (%2.3) ve hemoroidal hastalık nüksü (%1.7) saptandı. Kanamalar sütür ile kontrol edildi. Hematomlar konservatif yöntemle, fissürler sfinkterotomi ile tedavi edildi. Nüks olgular ya tekrar stapler ile ya da konvansiyonel cerrahi yöntemlerle tedavi edildi.

Sonuç: Stapler hemoroidopeksi tekniği güvenilir ve tekrarlanabilir bir hemoroid tedavi tekniği olup, postoperatif ağrının az olması, hastanede kalış süresinin kısalığı ve kişilerin normal aktivitelerine erken dönmeleri bakımından

Grade III ve IV hemoroidlerin tedavisinde etkin ve tercih edilebilir bir tedavi seçeneğidir.

ABSTRACT

Purpose: Stapled hemorrhoidopexy(SH) has become a popular treatment for the treatment of Grade III and IV hemorrhoids after Dr. Longo's introducing the technique in 1998. We evaluated the effectiveness and the complications of SH in this study.

Patients and methods: 175 patients who underwent SH between the years June 1999- April 2006 were included to this study. We observed postoperative pain, hospital stay, early and late postoperative complications.

Results: Thirteen patients (7.4%) had various complications. Bleeding (1.1%), hematoma (2.3%), severe pain (1.1%) were observed as early complications. Late postoperative complications were; anal fissure (2.3%) and recurrence (1.7%). Bleeding was treated by suture, hematomas by conservative medical treatment, and fissures were treated by sphincterotomy. We operated the recurrent cases either by stapler or conventional surgical techniques.

Conclusions: SH is a safe and reproducible hemorrhoidopexy technique. It is an effective and preferable technique for Grade III and IV hemorrhoidal disease, since the patients have less postoperative pain, less hospital stay and early return to their normal activities.

İletişim Adresi: Dr. Ünal SABANCI, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. Öğretim Üyesi VAN
E-mail: usabanci@yahoo.com

* Bu çalışma Ankara Mevki Asker Hastanesinde yapılmıştır. Ankara-Türkiye

* Bu çalışma Nisan 2007- III. Kolo-Proktoloji & Stoma - Terapi Sempozyumu'nda Poster olarak sunulmuştur.

Kolon Rektum Hast Derg 2007;17:140-144

Giriş

Hemoroidal hastalık benign bir hastalık olmasına rağmen kanama, prolapsus, ağrı, kaşıntı ele gelen kitle şikayetlerinin şiddetine bağlı olarak hastalar için dayanılması güç bir klinik durum yaratabilir. Hemoroidal hastalık her yaşta rastlanılan ve her iki cinsiyeti de ilgilendiren bir hastalıktır. Sıklık bakımından cinsler arası farklılık göstermez.¹ 50 yaş üzeri insanların yaklaşık %58- 86'sının yaşamlarının bir döneminde hemoroidal hastalığa maruz kaldıkları bildirilmiştir.^{2,3} Evre I ve II hemoroidal hastalık geleneksel olarak nonoperatif yöntemlerle tedavi edilirken, Evre III ve IV'ün tedavisi cerrahidir.

Cerrahi olarak değişik yöntemler bulunmakla beraber günümüzde en çok kullanılan iki yöntem; Milligan-Morgan (açık yöntem) ve Ferguson tekniğidir (kapalı yöntem). Her iki yöntemde de postoperatif ağrı ciddi bir sorundur. Ayrıca yara iyileşmesinin geç olması nedeniyle hastaların hastanede kalış sürelerinin uzaması veya normal aktivitelerine dönüşün uzaması gibi olumsuzlukları vardır.

1998'de Dr. A. Longo açık cerrahi yöntemlere alternatif olan stapler hemoroidopeksiyi tıp dünyasına tanıtmıştır.⁴

Teorik olarak bu yöntemin 3 önemli yararı vardır: Birincisi, Superior hemoroidal arterden gelen kan akımını keserek konjesyonu azaltır. İkinci olarak prolapse olan fazlalık mukozayı eksize eder. Üçüncü olarak ta distalde kalan mukozayı rektum adelesine fiske ederek tekrar prolapsus oluşumunu engeller.^{4,5} Yani bir çeşit rekonstrüksiyon işlevi görür.

Bu yöntemin Milligan-Morgan ve Ferguson yöntemlerine olan diğer üstünlükleri ise postoperatif ağrının

minimal düzeyde olması ve hastaların kısa sürede normal aktivitelerine kavuşmalarıdır.

Yöntem

Haziran 1999- Nisan 2006 tarihleri arasında Evre III ve IV hemoroid hastalığı nedeniyle stapler hemoroidopeksi operasyonu uygulanan 175 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara yapılacak ameliyat hakkında bilgi verildi. Tüm hastalara preoperatif olarak digital muayene ve rektoskopik inceleme yapıldı.

Operasyon öncesi barsak hazırlığı Fleet enema veya Libalax lavman ile yapıldı. Profilaktik antibiyotik tedavisi yapılmadı.

Hastalar spinal 33 (%19) veya kaudal 142 (%81) anestezi altında ameliyat edildi. Ameliyat süresi saat ile ölçüldü. Hastalar prone 156 (%89) veya litotomi 19 (%11) pozisyonunda opere edildiler.

Operasyon tekniği

Bu operasyon için üretilmiş olan özel kit (PPH01-Ethicon) kullanıldı. Anesteziyi takiben önce parmakla anüs dilate edilip sonra anal dilatör yerleştirildi. Bunu takiben kit içindeki özel ekartör kullanılarak linea dentata'nın 4 cm proksimalinden 2/0 prolensütür ile rektum adele tabakasından geçmeyecek şekilde mukoza+sub-mukoza tabakalarını içine alacak tarzda çepre çevre purse-string sütür geçildi. Daha sonra stapler yerleştirildi. Purse-string tek düğüm ile bağlanıp gergin olarak tutulurken stapler kapatıldı ve ateşlendi. Yaklaşık 30 sn kapalı tutulduktan sonra stapler çıkartıldı. Stapler haznesindeki uçlar eksik doku olup olmadığı, içerisine adele tabakası alıp almadığı yönünden incelendi. Anastomoz hattı gözle ve





parmakla muayene edildi. Kanama varsa 3/0 polyglaktin ile sütür ligasyonu yapıldı. Daha sonra operasyon bölgesine absorbable anal spongostan konularak işlem sonlandırıldı.

Bulgular

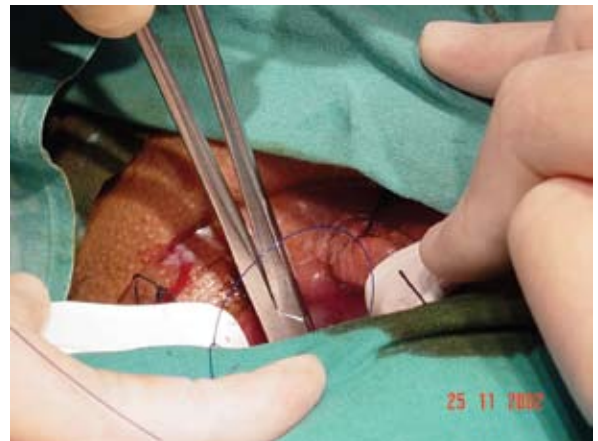
Hastaların 150'si erkek, 25' kadın olup yaş ortalaması 28.2 (20-55) dir. Ortalama operasyon süresi 15.4dk (10-35) dir. Stapleri çıkardıktan sonra anastomoz yerinden olan kanamaları sütür ile kontrol ettik ve bunları komplikasyon olarak kaydetmedik. Erken postoperatif komplikasyon olarak hastalarımızın 2 sinde (%1.1) anastomoz hattından kanama görüldü (operasyondan 4 ve 6 saat sonra). Bu olgulara tekrar anestezi altında kanama kontrolü yaptık. Dört hastada anastomoz yerinde hematoma görüldü, bu olgular cerrahi girişime gerek kalmadan konservatif tedavi yöntemleri ile düzeldi. 2 (%1.1) hastada postoperatif şiddetli ağrı görüldü ve narkotik analjezik kullanıldı. Bunun dışındaki hastalarda postoperatif narkotik analjezik ihtiyacı olmadı. Hastalara rutin olarak diklofenak sodyum 75 mg.im. 12 saat ara ile 2 doz uygulandıktan sonra ihtiyaç duyulan hastalarda oral yoldan devam edildi. 130 hasta (% 74) ilk defekasyonlarının ağrısız olduğunu ifade ettiler. 170 hasta (%97) postoperatif 1. gün taburcu edildi. Geç komplikasyon olarak 3 (%1.7) olguda nüks (2- 6 ay sonra) ve 4 (%2.3) olguda anal fissür saptandı.

İrdeleme

Hemoroidektomi sonrası ağrı kontrolü hekimler ve hastalar açısından daima önemli bir sorun olmuştur. Klasik hemoroidektomi yöntemlerinde anüs mukozası travmatize edilmektedir. Burası çok hassas bir

bölge olduğundan hastalar çok ağrı duymaktadırlar. Longo'nun⁴ 1998'de tanıttığı stapler hemoroidopeksi yönteminde linea dentata nın 4 cm proksimalinde yani ağrısız bölgede işlem yapılmaktadır. Bu nedenle stapler tekniğinde hastalar önemli bir ağrı problemi yaşamamaktadırlar.⁶⁻⁹ Bizim serimizde 175 hastanın 130'u (%74) ilk defekasyonlarının ağrısız olduğunu ifade ettiler. Buna paralel olarak sadece 2 hastada (%1.1) postoperatif narkotik analjezik (Pethidin) gereksinimi oldu. Bunun dışındaki hastalarda diklofenak sodyum yeterli analjezi sağladı. Hastaların %90'ında postoperatif 4. günde oral analjezik tedavisine gereksinim kalmadı. Olgularımızda ağrı nedeniyle ameliyat sonrası sıcak oturma banyosuna ihtiyaç olmadı.

Biz intraoperatif stapler hattındaki kanamaları komplikasyon olarak değerlendirmedik. Literatürde bunu komplikasyon olarak değerlendiren yayınlar da mevcuttur.¹⁰ Serimizdeki 2 olguda (%1.1) postoperatif kanama görüldü. Kanamalar operasyondan 4 ve 6 saat sonra ortaya çıktı. Bunlar anastomoz hattından olan





arteriyel kanamalar olup, cerrahi girişim gerektirdi. Klasik cerrahi tekniklerle yapılan hemoroidektomi sonrası da bu oranlara yakın kanama komplikasyonu olmakla beraber kanamanın venöz kaynaklı olması nedeniyle SH sonrası görülen kanamaya göre daha az tehlikelidir.^{10,11} Biz bu nedenle stapler uygulaması sonrası iyi bir kanama denetimi sağlanmasını ve hastaların mutlaka 1 gece hospitalize edilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Sutherland ve arkadaşları⁹ konvansiyonel teknikle SH yi karşılaştıran 7 prospektif randomize çalışmaya değerlendirdiklerinde SH grubu hastaların hastanede kalış süresini ortalama bir gün, konvansiyonel teknikle yapılanların ortalama iki gün olduğunu ve kişilerin normal aktivitelerine dönüş süresinin ortalama 6 (3-14) gün olduğunu bildirmişlerdir.¹² Bizim çalışmamızda da hastaların %97'si postoperatif 1. gün taburcu edilmiştir.

Kronik anal fissür ile birlikte hemoroidi olan hastalara SH ile lateral internal sfinkterotomi işlemini birlikte yaptık. Bununla birlikte olgularımızın 4'ünde (%2.3) postoperatif geç dönemde (6-12 ay) anal fissür gelişti. Hastalarda manometrik ölçüm yapmadığımızdan dolayı bunun tam olarak nedenini bilmiyoruz. Literatürde de bu konuda tatminkar bir bilgiye rastlamadık.

Hetzer ve arkadaşlarının⁷ çalışmalarında hemoroidal hastalık nüksü açısından SH ile konvansiyonel girişimler arasında fark bulunamamıştır. Bununla beraber SH olgularında daha fazla nüks olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur.¹³ Bizim serimizde 3 olguda (%1.7) nüks saptadık. Olguların birinde yanlış teşhis nedeniyle nüks olduğunu saptadık. Hastanın primer hastalığı total prolapsus (prosidensiya) iken bizim hastayı mukozal prolapsus olarak teşhis etmemiz ve SH uygulamamız sonucu hasta operasyondan yarar görmemiştir. Bu hastaya daha sonra laparoskopik rektopleksi yaptık. Bu olgu hariç tutulursa nüks oranı %1.1 dir ki konvansiyonel girişimlere benzer hatta daha düşüktür. Ayrıca bu olgunun bize öğrettiği şudur; mukozal prolapsusu olan hastaların ameliyat öncesi çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak stapler hemoroidopeksi ileri hemoroidal hastalık tedavisinde güvenle uygulanabilecek konvansiyonel cerrahi tekniklere alternatif bir yöntemdir. Komplikasyon oranları konvansiyonel tekniklere benzer olup, postoperatif ağrının düşük olması ve kişilerin normal aktivitelerine erken dönebilmeleri avantajları nedeniyle seçilmiş olgularda tercih edilebilecek uygun bir teknik olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Leong AFP, Hussain MJ, Seow-Chen F, *et al.* Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1130-20.
2. Corman ML. Hemorrhoids. In: Corman ML, editor. *Colon and Rectal Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Raven, 1998:147-205.
3. Law W-I, Chu K-W. Triple rubber bant ligation for hemorrhoids: retrospective randomized trial of use of local anesthetic injection. *Dis Colon Rectum* 1999;42:363-6.
4. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. Sixth World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy. Bologna: Monduzzi Publishing Co.; 1998. p. 777-84.
5. Singer MA, Cintron JR, Fleshman JW, *et al.* Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States. *Dis Colon Rectum* 2002;45:360-9.
6. Habr-Gama A, Silva-e-Sousa Jr AH, Rovelto JMC, *et al.* Stapled hemorrhoidectomy: initial experience of a Latin American group. *J Gastrointest Surg* 2003;7:809-13.
7. Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, *et al.* Stapled *vs* excision hemorrhoidectomy long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002;137:337-40.
8. Nahas SC, Borba MR, Brochado MCT, *et al.* Stapled hemorrhoidectomy for the treatment of hemorrhoids. *Arq Gastroenterol* 2003;40:35-9.
9. Sutherland LM, Burchard AK, Matsuda K, *et al.* A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. *Arch Surg* 2002;137:1395-406.
10. Huang WS, Chin CC, Yeh CH, *et al.* Randomized comparison between stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy for grade III hemorrhoids in Taiwan: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:955-61.
11. Touzin E, Hegge S, McKinley C. Early experience of stapled hemorrhoidectomy in a community hospital setting. *Can J Surg* 2006;49:316-20.
12. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, *et al.* Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:669-74.
13. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional diathermy hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:1376-81.