

Boğulmuş Rektum Prolapsusu Olan Genç Olguda Tedavi Prosedürü

A Treatment Procedure in A Young Patient with Incarcerated Rectal Prolapse

M. EMRE KEŞİM, ÖNER MENTEŞ, MEHMET ERYILMAZ, M. TAHİR ÖZER, ALİ HARLAK, A.İHSAN UZAR, ORHAN KOZAK, TURGUT TUFAN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi A.D, Ankara

ÖZET

Rektumun prolabe bölümü nadiren strangüle, sıklıkla inkarsere olur. Ortaya çıkan ödem azaltıcı sayısız teknik denenmiş olsada hiç birisi altın standart tedavi olarak kabul edilmemiştir. Rektal prolapsus sıklıkla erişkinlerde kabızlıkla birlikte seyredir. Rektal kanama ve ciddi ağrıya neden olan ve hastanın yaşamını bir felakete dönüştürerek inkarsereyona neden olabilir. Acil durumlarda çok hızlı bir şekilde tedavi gerekliliği konusunda konsensus vardır. Tanımlanmış 100'den fazla tedavi modalitesi olmasına rağmen henüz kabul görmüş altın standart tedavi yoktur. Uygun olgularda genel anestezi altında cerrahi girişim uygulanmalıdır. Çalışmamızda geniş inkarsereyasyon gösteren bir rektal prolapsus olgusunu literatür bulguları ışığında analiz etmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: *İnkarsereyasyon, Rektal Prolapsus*

ABSTRACT

Although the prolapsed portion of rectum is rarely strangulated and often becomes incarcerated. Various techniques are focused on decreasing edema but none of them accepted as a gold standard. Rectal prolapse particularly in elderly with incontinence, could progress to incarceration which make patient's life disaster along with severe pain and rectal bleeding. That has been agreed as emergent clinical condition which should be treated in a short time. There is no gold therapeutic approach; thought more than 100 types of treatment modality have been described. Surgery under general anaesthesia should be performed in appropriate cases. In this study, we present a case with large incarcerated rectal prolapse.

Key Word: *Incarceration, Rectal Prolapse*

Giriş

Rektal prolapsusun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Pelvik taban zaafiyeti nedeniyle rektumun anal kanaldan dışarıya tam kat intussusepsiyonu ile oluşur.^{1,2} Bazen anorektal duvarın tamamen anal ka-

naldan dışarı prolabe olduğu da görülmektedir.^{3,4} Sık olan protrüzyondur. Olgular genellikle 6. dekat ve sonraki yaşlardadır. Olayı tetikleyen bir çok faktör iddia edilmiştir.⁵⁻¹⁰ Sıklıkla kabızlıkla seyredir. Genellikle defekasyon sırasında ortaya çıkan prolapsus, kronik vasıf kazandığında, soliter rektal ülserlerle birlikte gözlenir.¹¹ Rektal prolapsus yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. Dışkılama da müköz değişiklikler, kanama,

✉ M. Emre Kesim, GATA Genel Cerrahi A.D., Ankara
e-posta : drmekesim@gmail.com

fekal inkontinans ve nadiren de inkarserasyon gözlenir.

Tam kat prolapsın boğulması sık rastlanan bir entite değildir. Tabloya kan dolaşımının bozulmasına bağlı pelvik sepsise dahi gidebilen klinik değişimler eklenebilir. Tanı zamanında konup olgu uygun tedavi yöntemlerinden biri ile rahatlatılmalıdır. Tedavide hedef boğulmuş rektum tam kat prolapsında cerrahi yöntemin güvenilir uygulanabilirliğidir. Olgu sunumumuzda literatürde sık gözlenmeyen inkarserasyon ve strongülasyon sunumlarını inceleyerek çalışmamızda inkarsere olmuş genç bir rektal prolapsus olgusuna klinik yaklaşımımızı değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu Sunumu

Yaklaşık bir saat önce büyük abdestini yaparken her zamanki gibi dışarı sarkan makadını itmesine rağmen eliyle içeri sokamadığını ifade eden 21 yaşındaki erkek olgunun, yapılan şikayet sorgulamasında, makadında sık sık kaşınıt olduğu, ağrıyla birlikte eline açık kırmızı renkte kan bulaştığı öğrenildi.

Bu şikayetler ile GATA Acil Servisine müracaat eden olgunun alınan ayrıntılı anamnezinde, sürekli kabız, ara sıra ishal olduğunu ve makadındaki sarkmanın yaklaşık iki yıldır 4-5cm ebadında defekasyon sonrasında ise 15-20cm kadar dışarı sarkma olduğunu belirtti. İstirahatte bu şikayetinin olmadığını, ıkmakla sarkmanın gerçekleştiği; bu amaçla herhangi bir tedavi görmediğini bildirdi. Olgunun haftada en fazla üç kez büyük abdeste çıktığı, bu esnada çok zorlandığı, gaitasının parça parça çıktığı öğrenildi. Ailesinde aynı hastalıktan kimsede bulunmadığını ifade etti. Son üç gündür ise ishal olduğunu, makadının her sarktığında makadını eliyle geri sokabildiğini, ancak bir saat öncesinde bunu başaramadığını beyan eden olgu, aile öyküsünde ve özgeçmişinde tıbbi olarak anlamlı bir bilgi vermedi. İlk ölçülen tansiyon arteriyeli 145/100mmHg idi. Nabız:110/dk.vuru, Solunum Sayısı : 18/dk. Ateşi: 37°C idi. Olgunun gerçekleştirilen proktolojik inspeksiyonda 22cm x 12cm'lik rektum kütesinin, sigmoid duvarını da ardından sürükleyerek, anal kanaldan dışarı tam kat prolabe olduğu görüldü. Rektal prolapsusun mukozası ödemli, hiperemik ve yer yer siyanoze görünümde idi (Resim 1). Tablo klinik olarak iskemik sürece gidiş olarak değerlendirildi. Palpasyonda mukozaya frajil idi. Olgu dijital muayene esnasında aşırı ağrı hissetti. Dijital muayenede par-

mak anal kanaldan içeri geçirilemedi. Prolabe olan rektosigmoid protrüzyon içeri redükte edilemedi. Beyaz Küre:25 300/mm³, Hb:14.6gr/dl idi. Diğer biyokimyasal parametrelerde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Olguya acil cerrahi müdahale kararı alındı. Genel anestezi altında göbük altı orta hat insizyon ile laparotomi gerçekleştirildi. Olgu genel anestezi etkisi altında iken perineal sahada redüksiyon ikinci cerrah tarafından denemeye devam edildi. Aynı esnada abdominal sahada; prolabe olan rektum ve sigmoid kolon alanı internal koşullarda traksiyon ve pulsiyonla askıya alınarak batına redüksiyon sağlandı. Serozal sahanın anal sfinkter tarafından demarkasyona edilip edilmediği viabilite ile değerlendirildi. Siyanoz veya herhangi bir nekrotik perforasyon alanı gözlenmedi. Rezeksiyona gerek olmadığına karar verildi. Pelvik sinirler peroperatuvar dikkatle korunarak Waldeyer fasiyasından pelvik tabana kadar serbestleştirilen rektum arka duvarına prolen mesh ile rektopeksi uygulandı. Wells operasyonu gerçekleştirildi. Olgu postoperatif bir gün cerrahi yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Bir sorun gözlenmedi. Postoperatif ikinci günbarsak peristaltizmi yeterli bulundu. Oral laskatif ve beslenmeye geçildi. Olgu cerrahi sorunu olmaksızın taburcu edildi. Postoperatif ikinci ayda ereksiyon ve ejakülasyon sorunu bulunmadığı tespit edildi. Kabızlık ve konstipasyon şikayetinin kalmadığını, düzgün şekilli, rahat ve günde en az bir defa defekasyon yapmaya başladığını beyan eden olgunun gerçekleştirilen lokal muayenesinde anal sfinkter tonusunun yeterli olduğu, prolapsus izlenmediği tespit edildi.

İrdeleme

Klasik olarak tanımlanan haliyle rektal prolapsus, rektumun anüsten protrüde olmasıdır.¹ İnkarsere rektal prolapsus nedeniyle strangüle olgular literatürde sık gözlenmeyen durumlardır. Rektal prolapsusa bağlı ince barsak evisserasyonuna ait literatürde bildirilmiş en geniş seri 42 olgu ile Hovey ve Metcalf'in¹¹ derlemesine aittir. Tekrarlayan ileal strangülasyonlarla birlikte inkarsere olmuş rektal prolapsus olguları da bildirilmiştir.^{11,12,16}

Rektal prolapsus olguları klinik olarak bele vuran rektal ağrı, tenesmus, pruritsi ani, transanal kanama, mukuslu gayita atılımında artış, acil defekasyon yapma isteği, inkomplet defekasyon, rektumun dışarı sarkması ve değişik derecelerde fekal inkontinans ilke

kendini gösterir.¹³⁻¹⁵ Olgumuzda klinik olarak makadın sarkması, kaşıntı ve kanama şikayeti mevcut idi. İnkontinans olmadığı öğrenildi. Literatürde de bildirildiği üzere olgumuzda da son iki yılda devamlılık arz eden konstipasyonla birlikte ara ara diare gözlenmektedir.¹⁴ Tedavi edilmeyen ve kliniğin ilerlediği olgularda ilerleyen dönemde protrüde olan rektal segment mukozasında erozyon, ülserasyon ve kanamalar gözlenebilmektedir. Olgumuzda da iki yıllık bir özgeçmişle birlikte mukozal travmaya bağlı eline açık kırmızı renkli kan bulaştığı öğrenilmiştir. Ancak mukozal dokuda rektal ülserasyonlar izlenmemiştir. Kronik olgularda soliter rektal ülserlerin literatürde sık görüldüğü bilinmektedir. Olgumuzda görülmemesinin olgunun fizyolojik olarak genç yaş dokularına sahip olması ve prolabe segment mukozasının son ana kadar kolayca redükte edilmesine bağlı travmasız bir süreç geçirdiğini düşünüyoruz. Olgumuz rektal prolapsus olması nedeniyle klinik olarak farklı bir süreçte seyretti. Özellikle genç olgularda kontinensin henüz kaybolmadığı ve prolabe rektumu sürekli bir stres altında tutması nedeniyle daha ciddi ağrılar oluşturmaktadır. Burada önemli olan bir an önce tedavi modalitesine karar verme işlemidir. Rektal kanaması olan, şiddetli ağrısı olan ve prolabe olan rektum bölümünün redükte edilememesi kliniği etkileyen faktörlerdir. Olgunun bayan ve genç olması daha da tetikleyici faktördür. Bizim olgumuzunda genç bir yaşta olması tedavi seçeneğimizi belirlemede katkı sağlamıştır. Özellikle kontinensin provoke ettiği inkarserasyon, ortaya çıkan ağrının şiddeti cerrahi tedavi, seçeneğimizde belirleyici etmenler olmuştur.

Nadiren de olsa prolabe rektal segment mukozasının vasküler beslenmesi bozularak iskemi ve nekroz gelişebilmektedir. Kronik prolapsuslarda rüptüre rektumdan prolabe olan ileal anslar gözlenebilmektedir.¹¹ Olgumuzda da redükte edilemeyen sürede iskemiye bağlı olduğunu düşündüğümüz ödem, hiperemi ve kanama bulgularının gelişiminin anal sfinkter tarafından inkarsere edilen mukozal beslenme bozukluğuna bağlı olduğu kanısındayız. Ancak olgumuzda rüptür yada rezeksiyon gerektiren bir beslenme bozukluğu saptanmadı.

Fizik muayenede eksternal anal sfinkter ve pelvik taban müsküler yapısında zaafiyet saptanabilir. Defekasyon esnasında prolabe rektum proktoskopi ile kolayca saptanabilir.¹³ Olgumuzda şikayetlerin iki yıl



Şekil 1. Rektosigmoid prolapsusun ödemli, hiperemik ve yer yer siyanoze görünümdeki mukozası.

gibi uzun bir sürede var olmasına rağmen muayene için müracaat etmemiş olması nedeniyle önceden bir tetkik şansı yakalanamadı.

Tedavisi için yüzlerce yöntem denenmiştir. Halen genel kabul görmüş tek bir tedavi yaklaşımı yoktur. Buz tatbiki, yatağın ayak ucunun eleve edilmesi ya da submukozal hyalürinidaz uygulaması,¹⁷ elastik kompresyon bandajları sarılması,¹⁸ şeker tatbiki^{19,20} gibi denenmiş ama yaygın kabul kazanmamış medikal konservatif yaklaşımlar yanında anterior rektopeksi (Ribstein prosedürü), Posterior rektopeksi (Wells prosedürü), Perineal Rektosigmoidektomi (Altemeier Prosedürü), Perineal mukozektomi (Delorme Prosedürü) gibi abdominal ya da perineal cerrahi girişimler sık olarak uygulanmaktadır. Cerrahi girişimler içinde transabdominal yaklaşımların perineal yaklaşımlara göre rekürrensleri açısından daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir.¹⁴ Son yıllarda laparoskopik rektopeksi uygulamaları da önem kazanmıştır.²¹ Rektal prolapsus olgularında rektopeksi uygulamaları yaygınlaşmıştır. Eğer sigmoid reduncy söz konusu ise rektumun tam mobilizasyonunu takiben gerçekleştirilecek bir rezeksiyon ve rektopeksi ameliyatı başarılı olacaktır.

Yıldırım ve ark.ları¹⁶ sundukları 75 yaşındaki bayan olguda inkarsere ve strangüle rektal prolapsus tablosunda cerrahi girişim olarak perineal yaklaşımı tercih etmişlerdir. Olgularında genel anestezi uygulandıktan sonra dentata line'in 5cm üzerinde demarkasyon hattını görmeleri mümkün olabilmektedir. Distalde prolabe kalan rektum kısmı yaklaşık 3cm bulunmuştur. Yıl-

dırım ve ark.ları olgularında Gabriel²² ve Altemeier²³ tarafından tanımlanan perineal rektosigmoid rezeksiyon+ tek kat anastomoz tekniğini uygulamışlardır. Olgumuzda prolabe rektosigmoid segmentin redükte edilememesi nedeniyle acil cerrahi girişim endikasyonu kondu. Biz olgumuzda demarkasyon hattı izledik. Genç olgularda perineal yaklaşımın rektosigmoidektomi sonrası rekürrens oranının daha az olmasına rağmen hasta memnuniyeti açısından tercih edilebilir olduğu bilinmektedir.^{16,24} Biz olgumuzda perineal yaklaşımın, anal kanaldan dışarı yaklaşık 22cm protürüzyon gösteren bir rektal prolapsusun sigmoid kolonunda kapsadığı için komplike yaklaşım gerektirebileceğini değerlendirdik. Bu nedenle perineal yaklaşım yerine abdominal yaklaşımı tercih ettik. Olgumuzda laparotomi sonrası pelvik sinirler cerrahi olarak korunarak Wells'in tanımladığı posterior mesh rektopeksi ameliyatı uygulandı. Anterior yada posterior rektopeksilerde fekal tıkaç,

striktür gelişimi, rektal mobilizasyonun neden olduğu nörolojik hasara bağlı impotans gibi komplikasyonlar gözlenebilmektedir.²⁵ Olgumuzun postoperatif ikinci ayında gerçekleştirilen muayenesinde herhangi bir ereksiyon ve ejakülasyon sorunun olmaması bu tür komplikasyonlardan biri ile karşılaşmadığımızı gösterdi.

Yıldırım ve ark.ları olgularını postoperatif üçüncü günde oral beslenmeye başlamışlardır. Olgumuzda postoperatif ikinci gün barsak peristaltizmi yeterli bulundu. Oral beslenme ile birlikte oral laksatif tedavisi başlandı. Olgunun ikinci yılında gerçekleştirilen kontrollerinde defekasyon konforuna ait herhangi bir şikayetin olmadığı öğrenildi.

Bir olguya dayanan klinik ve cerrahi deneyimimiz ışığında redükte edilemeyen komplet rektal prolapsuslu genç olgularda acil uygulanan Wells operasyonunun rektumda strangülasyona neden olmadan klinik tabloyu düzeltmede yararlı olacağı kanısına vardık.

Kaynaklar

1. Gourgiotis S, Baratsis S. Rectal Prolapse. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:231-43.
2. Pantowitz D, Levine E. The mechanism of rectal prolapse. *S Afr J Surg* 1975;13:53-6.
3. Heine JA, Wong WD Rectal Prolapse. In: Mazier WP, Levien DH, Lutctefeld MA, Senagore AJ (eds) *Surgery of the colon, rectum and anus*. Saunders, Philadelphia, 1995, p.155.
4. Broden G, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography. *Dis Colon Rectum* 1968;11:330-47.
5. Vongsangnak V, Varma JS. Clinical, manometric and surgical aspects of complete prolapse of rectum. *J R Coll Surg Edinb* 1985;30:251-5.
6. Nash DF. Bowel management in spida bifida patients. *Proc R Soc Med* 1972;65:70-1.
7. Thuerkau FJ, Beahrs OH, Hill JR. Rectal prolapse causation and surgical treatment. *Ann Surg* 1970;171:819-25.
8. Andrews NJ, Johns DJ. ABC of colorectal disease. Rectal prolapse and associated conditions. *BMJ* 1992; 305:243-5.
9. Bates T. Rectal prolapse after anorectal dilatation in elderly. *BMJ* 1972;2:505.
10. Watts JD, Rottenberger DA, Buls JG, Goldberg SM, Nivatvongs S. The management of procidentia, 30 years experience. *Dis Colon Rectum* 1985;28:96-102.
11. Hovey MA, Metcalf AM. Incarcerated rectal prolapse-rupture and ileal evisceration after failed reduction. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1254-1257.
12. Sakaguchi D, Ishida H, Yamada H, *et al*. Incarcerated recurrent rectal prolapse with ileal strangulation: Report a case. *Surg Today* 2005;35:415-7.
13. Mentş B: Pelvik Taban Hastalıkları: Rektal Prolapsus, Fekal İnkontinens; Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri Cilt:2 1nci Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd.Şti., 2000: 586-7.
14. Zittel TT, Manncke K. Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. *J Gastrointest Surg* 2000;6:632-41.
15. Heah SM, Hartley J E. Laparoscopic suture rectopexy without resection is effective treatment for full-thickness rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2000;43: 638-43.
16. Yıldırım S, Köksal HM, Baykan A. Incarcerated and strongulated rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis*

- 2001;16:60-1.
17. Chaudhuri A. Hyaluridase in the reduction of incarcerated rectal prolapse: a novel use. *Int J Colorectal Dis* 1999;14:264.
 18. Sarpel U, Jacop BP, Steinhagen RM. Reduction of a large incarcerated rectal prolapse by use of an elastic compression wrap. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1320-2.
 19. Myers JO, Rothenberger DA. Sugar in the reduction of incarcerated prolapsed bowel: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1991;34:416-8.
 20. Coburn WM, Russell MA, Hofstetter WL. Sucrose as an aid to manual reduction of incarcerated rectal prolapse. *Ann Emerg Med* 1997;30:347-9.
 21. Kairaluoma V M, Viljakka T M. Open vs. laparoscopic surgery for rectal prolapse *Dis Colon Rectum* 2003;46:353-60.
 22. Gabriel WB. The treatment of complete prolapse of the rectum by rectosigmoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1958;1:241-50.
 23. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowegerdt c. nineteen years experience with one stage perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg* 1971;173-193.
 24. Watts AM, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse *Br J Surg* 2000;87:218-22.
 25. Şen D. Rektal Prolapsus. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları 2nci baskı*, İstanbul, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 2004;263-72.