

Rektal prolapsus deneyimimiz : 27 yılda 68 vaka

Rectal prolapse experience : 68 cases in 27 years

Çalışkan C¹Korkut A M¹Fırat Ö²Akgün E¹Osmanoğlu H¹¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Proktoloji Bilim Dalı, Bornova – İZMİR²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova – İZMİR**Özet**

Amaç : Rektal prolapsus (RP) rektumun tüm katlarıyla beraber anüsten çıkması ile karakterize nadir bir durumdur. İlk kez MÖ 1500 yıllarında Ebers papirüsünde tanımlanmıştır. Bu yazıda prolapsus nedeniyle tedavi edilen hastaların verileri irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem : RP nedeniyle 1978-2006 yılları arasında tedavi edilen 68 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiş, literatürde geçen diğer onarım metodlarının sonuçları ile kıyaslanması amaçlanmıştır.

Bulgular : Bütün hastalar çeşitli sentetik materyaller ile abdominal rektopleksi yöntemi ile tedavi edilmişlerdir. Bu materyaller 37 vakada Ivalon sünger, 26 vakada prolen greft, dört vakada Gore-Tex grefttir. Osteogenesis İmperfektalı bir olgu prolaps olan rektumun nekroza uğraması nedeniyle acil koşullarda rektal pull-through yöntemi ile tedavi edilmiştir. Ortalama takip süresi 58 aydır. Bu sürede 2 vakada rekürrens saptanmıştır. Bunlardan ilki postoperatif dönemde presakral hematoma nedeniyle nüks gelişen ve tekrar opere edilen hastadır. İkinci hastada ise takibin birinci yılında rekürrens gelişmiş ve anterior rezeksiyon ile tedavi edilmiştir.

Sonuç : Günümüze değin RP 'un tedavisi için 100'den fazla cerrahi prosedür tanımlanmış olsa da ideal tedavi yöntemi hala net değildir. Sentetik materyaller kullanılarak yapılan rektopleksinin güvenli ve kolaylıkla uygulanabilir olması nedeniyle RP'in tedavisinde diğer rektopleksi yöntemlerine kıyasla en uygunu olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: *Rektal Prolapsus, Rektopleksi*

Summary

Aim : *Rectal Prolapse (RP) is a rare entity which is formed of intussusceptions of the rectum with all layers through out from the anus. It was first described in the Ebers papyrus in the 1500 BC. In this article , datas of patients which treated for rectal prolapse were discussed.*

Patients and Method : *We retrospectively analyzed the patients with RP between 1978-2006 and 68 patients were detected.*

Results : *All patients were submitted to abdominal rectopexy with various of synthetic materials that were followed as: 37 cases with Ivalon sponge, 26 cases with polypropylene mesh, four cases with Gore-tex mesh. One case with osteogenesis imperfecta underwent emergent operation and rectal pull-through was performed because of strangulation of the rectum. Mean followed-up time was 58 months. Two recurrence were observed. One of these patients had recurrence due to presacral hematoma during hospital stay and reoperated. The recurrence of the second patient occurred in the first follow-up year and treated with the anterior resection.*

Conclusion : *Although more than 100 types of surgical procedures for RP have been reported so far, the optimal method is still controversial. Because the abdominal rectopexy with synthetic materials is safely and easily performed, we suggest this surgical technique as the most appropriate one for RP rather than the other rectopexy techniques.*

Key words: *Rectal Prolapse, Rectopexy*

Yazışma adresi: Cemil ÇALIŞKAN, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Proktoloji Bilim Dalı , Bornova – İZMİR

Makalenin geliş tarihi : 01.12.2006 ; kabul tarihi : 03.05.2007

Giriş

Rektal prolapsus, rektumun tamamının veya bir kısmının anatomik pozisyonundan aşağıya sarkarak tüm katlarıyla çepçevre anüsten dışarıya çıkmasıdır (1). İlk kez MÖ 1500 yılında Ebers papirusunda tanımlanmıştır (2). Çeşitli kaynaklarda sliding herni olarak kabul gören hastalığın toplumdaki gerçek sıklığı bilinmemekle beraber erken yaşlarda erkek popülasyonda daha sık görülürken erişkin çağlarda kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Etiolojisinde pek çok predispozan faktör tanımlanmış olsa da hastalığa bunlardan hangisinin tam olarak neden olduğunu söylemek zordur. Bugün genelde kabul gören teori anatomik bir kusurun çeşitli hazırlayıcı nedenlerle belirgin hale gelerek hastalığa neden olduğu şeklindedir. Bu kadar çok ameliyat tekniği tarif edilmesine rağmen hala en ideal girişim şekli konusunda fikir ayrılıklarının olması hastalığın sıklığının az olmasına, uygulanan cerrahi tekniklerin birbirine üstünlüğünü kanıtlayacak geniş prospektif randomize çalışmaların bulunmamasına bağlıdır. Bu nedenledir ki, rektal prolapsusta en iyi cerrahi tedavi halen bilinmemektedir ve halen ideal bir girişim bulunması çabaları devam etmektedir. Ancak tarif edilen tüm cerrahi girişimlerin ortak amacı bozulmuş anatomik yapıyı düzeltmek ve defekasyon mekanizmalarını mümkün olduğunca orijinal haline benzetmektir(3).

Materyal ve Metod

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Proktoloji Bilim Dalı'nda 1978- 2006 yılları arasında opere edilen 68 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, esas ve eşlik eden semptomları, uygulanan cerrahi müdahale, cerrahi morbiditeleri irdelendi. 67 hastanın 37'sine lvalon greftle, 26'sına prolen greftle, dördüne goretex greftle rektopeksi uygulandı. Osteogenesis Imperfecta'lı bir olguya ise prolabe olan rektumda nekroz nedeniyle acil koşullarda pull-through uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 47,8 (19-78) olup, hastaların 42'si kadın, 26'sı erkek idi. Yakınma süreleri incelendiğinde ortalama yakınma süresi 58 ay idi. (2 gün-29 yıl). Postoperatif dönemde ortalama takip süresi 28 ay idi. Prolapsus olan segmentin uzunluğu ortalama 12,4 (4-30 cm.) idi. Hastalarda prolapsus ile birlikte 17'sinde gaz ve zaman zaman likit feçes inkontinansı, 14'ünde rektal kanama, 13'ünde mukus akıntısı, onbirinde gaita inkontinansı, dokuzunda konstipasyon mevcut idi.

Hastaların semptomları değerlendirilirken Altemeier ve ark. tasnif sistemi kullanıldı (4).

Altemeier ve ark. prolapsus tarifini basit ve kolay anlaşılabilir bir şekilde özetlemişlerdir. Buna göre Evre 1 veya mukozal prolapsus anorectal mukoza dokusunun anüsten 2-3 cm. kadar sarkmasıdır ve gerçek bir rektal prolaps değildir. Evre 2 anal kanaldan dışarı çıkmadan rektum veya rektosigmoid bileşkenin intussepsiyonudur. Bu gerçek bir prolaps olmakla beraber anal orifisten dışarı çıkma olmadığı için sıklıkla farkedilmez ve gerçek

prolapsın erken basamağı olarak kabul edilmektedir. Evre 2 intussepsiyonun barsak alışkanlıklarında semptomatik değişiklikler nedeni ile radyolojik inceleme yapılan popülasyonun %10 kadarında görüldüğüne dair yazılar mevcuttur(5). Bu evrede görsel tanı olmamasına rağmen semptomlar başlamaktadır. Evre 3 ise intussepsiyonun tam olarak gerçekleştiği, barsak duvarının tüm katlarının tam olarak orifisten dışarı çıkması ile karakterize gerçek rektal prolapsdır. Rektal prolapsı taklit eden mukozal prolapsın üzerinde radial çizgiler olmaması, sıklıkla 5 cm.den daha uzun olması, palpasyonda mukozadan daha kalın olarak iki tam kat barsak duvarının palpe edilmesi ile ayırt edilebilir. Şüphede halinde uygun koşullar sağlanarak hastanın büyük tuvaletini yapar pozisyona getirilerek ikındırılması ve prolabe olan segmentin görülerek ve palpe edilerek tanıya gidilmesi esastır. Bu kriterlere göre değerlendirildiğinde tüm hastalar evre 3 prolaps olarak kabul edildi (4).

Tüm olgulara ameliyat öncesi barsak temizliği uygulandı. Genel anestezi altında hemostaza özen gösterilerek rektumun mobilizasyonunu takiben açılan presakral mesafeye rektumun alt yarısını arkadan saracak şekilde yerleştirilen yaklaşık 6*10 cm. büyüklüğündeki greft dört köşesinden polipropilen sütür materyali ile sabitlendi. Dikiş sırası ile rektum mezosu-greft-presakral fasyadan geçerek rektumun ve greftin presakral bölgeye fiksasyonunu takiben periton her iki yanda grefti tamamen örtecek şekilde kapatıldı. Alttı diseksiyon sınırının coc-cyx alt ucunu aşmamasına üstte ise greftin promontorium seviyesinden daha yukarıya çıkmamasına dikkat edildi.

Osteogenesis imperfektalı bir olguda oluşmuş strangüle evre 3 rektal prolapsus olgusunda rektal yoldan pull-through girişim uygulandı.

Tablo 1. Rektal Prolapsusun Altemeier ve ark a göre tasnifi

Evre 1	Mukozal prolapsus
Evre 2	Rektumun veya rektosigmoid bileşkenin intussepsiyonu
Evre 3	Gerçek rektal prolapsus

Bulgular

Son dönemdeki olguların 41 ine anal EMG çalışması uygulanmıştır. 32 olgunun sonuçları normal sınırlarda iken, dokuz olgunun sonuçlarında parsiyel defektler mevcuttu. Bunların dağılımı; diz-dirsek pozisyonunda iki olguda saat 6 da tonik ve fazik aktivitede azalma, iki olguda saat 12 ve 6 hizasında azalmış kas aktivitesi, bir olguda saat 12 hizasında azalmış kas aktivitesi, bir ol-

guda internal ve eksternal kas aktivitesinde azalma, bir olguda eksternal anal sfinkterde aktivite kaybı , bir olguda eksternal anal sfinkterde ılımlı norojenik tutulum , bir olguda internal anal sfinkterde parsiyel aktivite kaybı şeklinde idi. Her ne kadar anal EMG çalışmaları hastaların preoperatif dönemdeki sfinkter fonksiyonları hakkında detaylı bilgi sağlıyor olsa da, postoperatif dönemdeki kontinens durumu hakkında belirleyici bir etken olamamaktadır (6).

67 vakada posterior rektopeksi tercih ettiğimiz girişim oldu. Erken dönem takipleri poliklinikte geç dönem takiplerin bir kısmı posta yolu ile yapıldı. Postoperatif takip döneminde iki olguda nüks tesbit edildi. Bir hastada postoperatif erken dönemde presakral boşlukta gelişen hematoma nedeni ile oluştuğu düşünülen nüks nedeni ile eksplorasyon, drenaj ve tekrar rektopeksi uygulandı. Diğer hastada ise postoperatif ilk yılın içinde gelişen nüks nedeni ile anterior rezeksiyon uygulandı. Bir hastada gelişen iyatrojenik mesane yaralanması primer sütür ile onarıldı. Seride operasyona bağlı mortalite izlenmedi. Postoperatif dönemde kısmi inkontinans devam eden iki hastada medikal önlemler ve biofeedback egzersizleriyle kontinens sağlandı. Bir hastada postoperatif dönemde de devam eden kabızlık şikayeti diet regülasyonu ve medikal önlemlerle kontrol altına alındı. Preoperatif dönemde ve poliklinik kontrollerinde hasta memnuniyetini objektif kriterlere dayandırılması maksadıyla Boutsis-Ellis kriterleri kullanıldı (7).

Tablo 2. Boutsis-Ellis Kriterleri

Evre I	Normal kontrol, nadiren mukus ile ıslanma
Evre II	Gaz kontrolünde bozukluk, sıklıkla mukus ile ıslanma
Evre IIIa	Sık sık kontrol kaybı, diare gibi hallerde feçesle ıslanma
Evre IIIb	Feçesle ıslanma, total kontrol kaybı

Buna göre preoperatif dönemde 29 hasta evre 2, 11 hasta evre 3a, yedi hasta evre 3b olarak sınıflandı kalan olgularda kontinens tamdı. Postoperatif dönemde ise sadece iki hastada evre 3a inkontinans mevcuttu, 16 hasta evre 2 semptomlar göstermekte idi, kalan olguların kontinensi tamdı.

Tartışma

Rektal prolapsus için farklı pek çok tedavi yöntemleri tarif edilmiştir. Moschowitz'e göre prolapsus rektumun sliding hernisidir (8,9). Ripstein'e göre olay basit bir intussepsiyondur (10). Parks ise kadınlarda insidansın daha fazla olmasına dayanarak olayın anatomik nedenlerden ötürü meydana geldiğini bildirmektedir. Bu gün için en geçerli teori her ne sebeple olursa olsun meydana gelmiş bir

anatomik bozukluğun çeşitli hazırlayıcı nedenlerle belirlenir hale gelerek prolapsusa neden olduğudur (11). Defekasyon sırasında karın içi basıncı artar ve levator kasının kontraksiyonu inhibe olur. Puborektal kas ile senkron şekilde çalışan eksternal sfinkter kasları da gevşeyerek pelvik tabanın aşağı doğru çökmesine ve anorektal açının düzleşmesine izin verir. Tüm bu yapıların bir ya da birden fazlasında gelişecek bir sorun prolapsusa neden olacak bir dizi gelişmeden sorumlu tutulabilir. Bu predispozan faktörler ; konjenital anomaliler, sakral deformiteler, pelvik tabanın doğumsal ve edinsel deformiteleri-gevşeklikleri , mobil rektum, uzun rektosigmoid ans, sfinkter yetmezlikleri, kötü barsak alışkanlıkları , nörolojik nedenler , çok doğum yapmış olmak , kadın olmak, Douglas poşunun derin yerleşimli olması , bu bölgenin anatomik bütünlüğünü bozan travma veya cerrahi girişimler olarak özetlenebilir (2). Bir anatomik kusur zemininde predispozan faktörlerin tetiklemesiyle geliştiği düşünülen rahatsızlığı düzeltmeye yönelik 100'ü aşkın ameliyat tekniği tanımlanmıştır (9). Buna rağmen ideal cerrahi tedavi hala bilinmemektedir. Tedavisi cerrahi olan bir rahatsızlık üzerine bu kadar çok sayıda ameliyat şekli önerilmiş olması etyoloji ve cerrahi tedavi metodu konusundaki fikir ayrılıklarını açık bir şekilde ortaya koymaktadır. İnsidansının düşük olması geniş prospektif randomize çalışmalar yapılmasını engellemekte ve olgu serilerinin sayılarının kısıtlı kalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte yöntem ne olursa olsun prolapsusun tedavisinde ana prensip anatomik bozukluğu düzelterek tamiri sağlamak ve defekasyon mekanizmasını mümkün olduğunca fizyolojik hale getirmeye çalışmaktır. Bu amaçla anal orifisin daraltılması , Douglas poşunun daraltılması , pelvik tabanın restore edilmeye çalışılması , barsak rezeksiyonları , rektumun asılarak sabitlenmesi yada bunların kombine şekillerde kullanılmasını içeren prosedürler önerilmiştir. Bunlar başlıca rektal yoldan ve abdominal yoldan uygulanan prosedürler olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilirler.

Perineal yoldan uygulanan yöntemlerden Thiersch ameliyatı sıklıkla çok düşük durumdaki yaşlı hastalarda tercih edilen, daha az invaziv ve oldukça düşük komplikasyon oranlarına sahip bir yöntem olmakla beraber ne yazık ki yüksek nüks oranları göstermektedir(11). Metod ne olursa olsun transabdominal yoldan rektumun serbestlenerek arkadan sakruma tesbit edilmesinin oldukça başarılı sonuçlar verdiği bilinmektedir. Bu noktada cerrahın görevi anatomik bir bozukluğu düzeltmekle beraber, hastanın konstipasyon ve inkontinans gibi fonksiyonel sorunlarını da gidermelidir. Öte yandan nüks ve komplikasyon oranı mümkün olduğunca düşük olmalıdır. Günümüzde de abdominal yoldan uygulanan rektopeksi ameliyatlarının temel ilkesi rektumun bütünlüğünün bozulmadan sabitlenerek anal orifisten çıkmasını önlemektir. Bunu sağlamanın bir yolu da

mobilize edilmiş rektum ile sakrum arasında sentetik bir madde aracılığı ile fibrozis oluşturmaktır. 1963 yılında Ripstein basit bir intussepsiyon olarak tanımladığı prolapsusun tedavisi için rektumun önünden geçirilen prostetik bir materyalin rektum ve sakruma dikilmesiyle oldukça başarılı sonuçlar bildirmiştir (10). Ancak bu sonuçlarına rağmen orijinal prosedür fekal tıkaç ve striktür gelişebilmesi, impotans ve sentetik materyal nedeni ile oluşabilecek fistüller nedeni ile tamamen de masum değildir. Bu sorunları en aza indirebilmek amacıyla günümüzde yöntem modifiye edilmiştir. Mobilize edilen rektum ile sakrum arasındaki mesafeye rektumu altta arkadan 1/2 veya 2/3 ünü saracak şekilde prostetik materyal konarak dikilir ve peritoneal yüzeyler tekrar kapatılır. Bu ameliyat Ivalon sponge kullanılarak uygulandığında Wells ameliyatı olarak anılmaktadır(9). Böylelikle Waldeyer tabakası ve musculus levator ani'nin üst fasyası tarafından meydana getirilen 'fasyal birleşme yeri' sağlamlaşır, anorektal bölgedeki müsküler ve fasial defektler giderilir ve sakrum konkavitesinin içerisine tesbit edilen rektum yukarı doğru çekilerek anorektal açının olağan hali sağlanmış olur. Rektopeksi işlemi vücutun doğal fibrozis mekanizması vücut lehine kullanılmaktadır. Polipropilen materyal oluşturduğu mükemmel fibrozis ile bu bütünlüğü sağlamada yardımcı olmaktadır. Goretex greft ise daha az bir fibröz reaksiyon gelişimine neden olmakla beraber, oluşturduğu inflamatuvar süreç ile aynı amaca hizmet etmektedir (12, 13).

Rektal prolapsın tedavisinde kullanılacak her türlü metod anatomik kusurların giderilmesi ile beraber fonksiyonel düzelmeyi de sağlamak zorundadır (14). Prolapsuslu hastaların dinlenme anal sfinkter basınçları normal olmakla beraber eksternal anal sfinkterin maksimum kasılma basıncı daha düşüktür (8). Bu durumda anüs kapanıncaya kadar geçen sürede rektum çoğu kere anal kanaldan prolabe olur ve sürekli dışarıda kalan rektum mukozasından kaynaklanan impulsların neden olduğu sürekli uyarılar sebebiyle defekasyonun uyarılma, algılanma, başlatılma ve bekletilme mekanizmaları bozulur. Dolayısıyla inkontinans ne kadar uzun süreli olursa düzeltilmesi de o kadar zor olmaktadır. Cerrahi tedavinin güçlüğü de burada ortaya çıkmaktadır. Cerrahi sonrasında anatomik olarak tam bir bütünlük sağlansa bile fonksiyonel sonuçlar umut kırıcı olabilmektedir (7,15,16).

Sentetik materyaller kullanılarak abdominal yoldan uygulanan rektopeksi girişimleri için rekürrens oranları genellikle %5'in altında bildirilmektedir. Morgan 150 vakalık serisinde %2.6 mortalite, %3.2 morbidite bildirirken, Hawley ve Penfold 101 olguluk serilerinde mortalite olmaksızın %4 oranında nüks bildirmektedir (15). Serimizde girişime bağlı mortalite gözlenmezken, iki olgumuzda (%3) nüks gelişmiştir.

Sentetik materyaller ile rektopeksi kolay uygulanabilir bir teknik olarak diğer girişimlerle karşılaştırıldığında ön plana çıkmaktadır. Ayrıca yöntem doğru olarak uygulandığında pelvik cerrahi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar oldukça uzaktır (17). Özellikle erkek hastalarda en çok dikkat edilmesi gereken nokta pelvik bölgede rektumun disseksiyonu sırasında hipogastrik pleksusun korunmasıdır. Abdominal presakral prostetik rektopeksi cerrahisi sonrasında %17'ye kadar impotans komplikasyonu bildiren yayınlar mevcuttur (18). Hiçbir hastamızda bu komplikasyon gelişmemiştir.

Geçmişte ameliyat şeklinin seçimi konusunda tek belirleyici faktör hastanın genel anesteziyi tolere edemeyeceği idi. Tolere edebilecek olanlarda abdominal girişimler, edemeyecek olanlarda perineal girişimler uygulanırdı. Bu faktör günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Ancak buna ilaveten günümüzde prosedür seçiminde nüks olasılığının mümkün olduğunca düşük olmasına ve hastada fonksiyonel düzelmeyi de sağlamasına özen gösterilmektedir. Bu nedenle sadece abdominal yoldan girişimi tolere edemeyecek durumdaki hastalarda anüse serklaj uygulanması, perineal yoldan rektosigmoidektomi ve mukozal ligasyon prosedürleri tercih edilmektedir. Rekürrens ihtimalleri kabul edilemeyecek derecede yüksektir ve fekal impactiona sebep olabilirler. Özellikle anal serklaj işleminde bu ihtimal belirgindir. Ancak peritoneal boşluğun açılmaması, lokal yada spinal anestezi ile yapılabilmesi, anastamoz kaçağı ihtimalinin olmaması da avantajlarıdır. Sonuç olarak bu işlemler kardiyak ve pulmoner rezervleri kısıtlı, yaşam beklentisi uzun olmayan kimselere önerilmektedir.

Yukarıda bahsedilen hasta grubunun dışında kalan olgulara transabdominal yoldan uygulanan yöntemler önerilmektedir. Özellikle eş zamanlı sistosel veya uterus prolapsusu olan hastalara yapılacak transabdominal girişimlerde bu patolojilere de müdahale etme imkanı vermektedir. Tüm transabdominal yöntemler perineal olanlara göre daha düşük nüks oranlarına sahip, daha başarılı yöntemlerdir. Ancak bu hastalar daha uzun yatış süresi gerektirirler ve rezeksiyon ile birlikte uygulananlarda anastamoz kaçağı riski mevcuttur.

Prolapsus olan kolon segmentini asarak karın ön duvarına fiske etmeyi amaçlayan 'kolopeksi' prosedürü ilk kez 1939 yılında Pemberton ve Stalker tarafından tarif edilmiştir. Bu işlemde karın ön duvarına alternatif olarak kolon uterusu veya symphysis pubis civarına da asılabilir. Ancak rekürrens oranları %35 gibi kabul edilemez derecede yüksektir (19).

Frykman tarafından 1955 yılında tanımlanan rezeksiyon ve abdominal rektopeksi dört temel unsuru içeriyordu. Bunlar sırası ile rektumun levator kaslara kadar kan akımı ve lateral ligamentler korunarak tam mobilizasyonu, mobilize edilen rektumun yukarı sakrum kavitesi içerisine

çekilerek sütürasyonu anteriorda cul de sac'ın tek tek sütürlerle daraltılması, redundan sigmoid kolonun rezeksiyonunu idi. Prolapsus tedavisinde kilometre taşı sayılabilecek ameliyatlardan birisi olan bu girişim %2-6,3 aralığında bir nüks oranına sahip olmakla beraber anastamoz içermesi nedeniyle anastamoz kaçağı riski taşımaktadır (20). Yöntemin bir diğer dezavantajı öğrenilmesindeki güçlüğüdür. Rektumun sakrum kavitesi içine çekilirken uygulanacak gerilim ve cul de sac in daraltılması konusu cerrahın deneyimi ile doğrudan ilişkilidir.

Yine 1955 yılında Muir rektal prolaps tedavisi için anterior rezeksiyonu ve sakruma fiksasyon önerdi. Bu yöntem özellikle redundan sigmoid kolonu olan ve ileri derecede konstipe hastalarda oldukça dramatik yanıt vermektedir. Orijinal makalede %7 oranında nüks oranı bildirilmektedir. Ancak yöntem aşağı rektum seviyesinde anastamoz içermesi nedeniyle anastamoz kaçağı ve pelvik sepsise açık bir yöntemdir. Anterior rezeksiyon sendromunda olduğu gibi inkontinensin sağlanmasında güçlükler bildirilmiştir (21).

Kaynaklar

1. Çakmakçı M. Rektal Prolapsus. Temel Cerrahi .Güneş Kitabevi / 1996-Ankara. 2. baskı cilt-1 sayfa :1153-56
2. Rectal Prolaps. Current problems in surgery. Vol XXIII number 6 , 1986, year book of medical publishers Inc.
3. Duthie GS, Bartolo DC. Abdominal rectopexy for rectal prolaps, A comparision of techniques. Br J Surg 79: 107-113, 1992
4. AltmeierWA., Culbertson WR., Schowegerdt C., Hunt S. Nineteen years experience with the one stage perineal repair of rectal prolaps. Ann Surg 1971; 173:993-1006
5. Agachan F., Pfeifer J., wexner SD. Defecography proctography: Result of 744 patients. Dis Colon Rectum 1996; 899-905
6. Schultz I, Mellgren A, Nilsson BY, Dolk A, Holmstrom B. Preoperative electrophysiologic assessment cannot predict continence after rectopexy. Dis Colon Rectum. 1998 Nov;41(11): 1392-8.
7. Boutsis C, Ellis H. The Ivalon sponge wrap operation for rectal prolaps. Dis col rect 17: 21; 1974
8. Obeid SAF. Anal sphincteric pressure studies in complete rectal prolaps. Dis Col Rect. 22:342, 1979
9. Karulf RE., Madoff RD., Goldberg SM. Rectal Prolapse.Current Problems in Surgery Oct 2001 38;10: 771-832
10. Mellegren A., Doll A., Johanson C. Enterocele is correctable using the Ripstein rectopexy. Dis Colon Rectum 1994; 34:800-4
11. Lisa KJ, Lin YJ, Orkun BA. The best operation for rectal prolaps. Surg Clin N Am 1997;77:49-70
12. Conze J, Junge K, Klinge U, Weiss C, Polivoda M, Oettinger AP, Schumpelick V. Intraabdominal adhesion formation of polypropylene mesh Influence of coverage of omentum and polyglactin. Surg Endosc. 2005 Jun;19(6):798-803.
13. Kayaoglu HA, Ozkan N, Hazinedaroglu SM, Ersoy OF, Erkek AB, Koseoglu RD Comparison of adhesive properties of five different prosthetic materials used in hernioplasty. J Invest Surg. 2005 Mar-Apr;18(2):89-95.
14. Romero R sacrofixation with Marlex mesh in massive prolaps of the rectum . Surg Gynecol Obstet. Nov 1979 vol 149, 709-711
15. Hawley P. Procidentia of the rectum . Ivalon sponge repair. Dis col rect 18:461-463 1975
16. Beahrs OH. Procidentis . Surg treatment. Dis col rect 15:337 , 1972
17. Madbouly KM, Senagore AJ, Delaney CP, Duepre HJ, Brady KM, Fazio VW. Clinically based management of rectal prolapse. Surg Endosc. 2003 Jan;17(1):99-103.

Hangi materyal kullanılarak yapılırsa yapılsın prostetik materyaller kullanılarak yapılan posterior rektopeksiler en başarılı prolapsus tedavi biçimi olarak kabul edilmektedir (9). Ripstein prosedürü ilk tarif edildiği şekli ile prolapsusu önlemede oldukça başarılı iken, fekal tıkaç ve obstrüksiyona sebep olabildiği için ilk başta eleştiriler almıştır. Zamanla yöntem çeşitli şekillerde modifiye edilerek Ivalon sponge kullanıldığında Wells ameliyatı, polytetra fluoro ethilen yada polipropilen kullanıldığında da Notaras ameliyatı isimlerini almıştır(22). Bu yöntemlerle tedavide %4 gibi kabul edilebilir rekürrens oranları bildirilmektedir. Rektumunun ön yarısı veya ön 1/3 kısmı serbest olarak bırakıldığı için obstrüksiyon veya fekal tıkaç oluşmamaktadır. Ayrıca anastamoz uygulanmadığı için kaçak ihtimali içermez ve uygulanması-öğretilmesi kolay bir prosedürdür. Konu ile ilgili literatür ve diğer cerrahi yöntemler ile birlikte değerlendirildiğinde tüm bu avantajlarından dolayı diğerleri ile kıyaslandığında biraz daha ön plana çıkan bir yöntem olmaktadır.

18. Yakut M, Kaymakcioglu N, Simsek A, Tan A, Sen D. Surgical treatment of rectal prolapse. A retrospective analysis of 94 cases. *Int Surg.* 1998 Jan-Mar;83(1):53-5.
19. Beahrs OH, Vandertoll DJ, Baker NH. Complete rectal prolapse: An evaluation of surgical treatment. *Ann Surg* 1965;161:221
20. Frykman HM. Abdominal proctopexy and primary sigmoid resection for rectal procidentia. *Am J Surg* 1955;90:780-9
21. Muir EG. Prolapse of the rectum. *Proc R Soc Med* 1955 ; 48:33-44
22. Notaras MJ. The use of Mersilene mesh in rectal prolapse repair. *Proc R Soc Med* 1973;66:684-6