

# Rektal Prolapsusda Orr-Loygue Ameliyatı

Dr. Mehmet ERDOĞAN, Dr. Haldun GÜNDOĞDU, Dr. Orhan ELBİR,  
Dr. Metin ŞAVKILIOĞLU, Dr. Fuat ATALAY, Dr. Canbek SEVEN

**Özet:** Rektum prolapsusunda cerrahi tedavinin sonuçlarının mükemmel olmaması çok sayıda operasyon şeklinin geliştirilmesine neden olmuştur. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde 1984-1994 yılları arasında total rektal prolapsuslu 28 hastaya Orr-Loygue ameliyatı yapıldı. Bunlardan 24 tanesi takip altındadır. Prolabe kitlenin uzunluğu 6-15 cm. arasındaydı. İnkontinensi olan 16 hastadan 12'sinde (% 75) tam düzelme sağlandı. Hastalardan 1 tanesinde postoperatif herni gelişti ve 1 hastada kalıcı impotens oldu. Operatif mortalite olmadı ve hiçbir hastada nöks görülmedi. Bu sonuçlar literatürle karşılaştırıldığında da başarılı bulundu. Morbidite, mortalite ve nöks oranlarının düşük olması ve fonksiyonel sonuçlardaki başarı nedeniyle bundan sonra da bu yöntemin öncelikle tercih edilmesi gerektiği görüşüne varıldı.

**Anahtar kelimeler:** Rektal prolapsus, Orr-Loygue ameliyatı.

**R**ektum prolapsusu etyoloji ve tedavisi üzerindeki tartışmaların yüzyıla yakın süredir devam ettiği bir hastalıktır. Prolapsus, rektum duvarının bir kısmının veya tamamının anüsden dışarı çıkmasıdır. Zaman zaman veya tam dışkı tutamama (inkontinans) ile sonuçlanabilir. İlerlemiş şeklinde rektum devamlı olarak prolabe olur, ülserleşir kanar ve hastada şiddetli ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olur. Hayatın her döneminde görülebilirse de çocukluk ile ileri yaşlarda daha sıktır. Çocukluk yaşlarında görülen prolapsuslar genellikle mukozal (inkomplet), ileri yaşlardakiler ise total (komplet) prolapsuslardır. Kadınlarda erkeklerden çok daha sık görülür ve bunların çoğu yaşlı, doğurmamış kadınlardır. Prolapsuslu hastaların anal bölgeleri muayene edildiğinde; gluteaları ayırınca anüs ağzının açık olduğu görülebilir ve bu anal kanalın eksternal ve internal sfinkter kaslarının tonüsünün

**Summary:** ORR-LOYGUE OPERATION FOR RECTAL PROLAPSE

The unperfect results about the surgical treatment of rectal prolapse caused the development of various types operations. In between 1984 and 1994, 28 patients having total rectal prolapse had Orr-Loygue operation in Turkey Yüksek İhtisas Hospital Gastroenterological Surgery Department. 24 of those patients are under our control. The length of the rectal masses was between 6-15 cm. 12 of 16 patients who have anal incontinence was cured by this technique. We saw a postoperative hernia and a continent empotance case in long term follow-up of those 24 cases. There was no recurrence and no operative mortalite. When these results were compared with the literature, they were found successful. It was decided to prefer this procedure as priority because of its lower rates of morbidity, mortality and recurrence and its success on functional results.

**Key words:** Rectal prolapse ,Orr-Loygue operation.

azlığını gösterir. Tuşe rektalde anüs gevşemiş durumdadır. Sfinkterlerin kontraksiyonu zayıflamıştır ve güçlkle devam eder. Rektoskopide mukozanın yassılaştığı olduğu ve normalde mevcut olan submukozal damarların bulunmadığı görülür (1,2).

Rektum prolapsusunda yapılan ameliyatlara alınan sonuçların yüzdürücü olmayışı çok sayıda operasyon tipini ortaya çıkarmıştır. Günümüzde, bu ameliyat metodları semptomatik tedavi karakterini taşımaktadır. Cerrahi tedavi hastalığın etyolojisine değil, sonucu olarak meydana gelen patolojik görünüme ve onun klinik bulgularına yönelmiştir (3).

## GEREÇ VE YÖNTEM

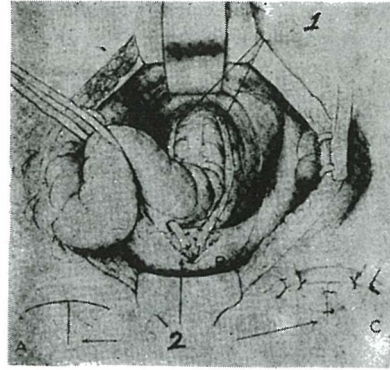
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde 1984-1994 yılları arasında total rektal prolapsuslu 28 hasta Orr-Loygue yöntemi ile ameliyat edilerek tedavileri sağlandı. Hastaların yakınmaları, klinik bulgu-

**Tablo I:** Hastalarımızdaki İnkontinans Durumu.

	İnkontinans			Normal
	Gaz	Gaz+ Likit	Gaz+Likit+ Gayta	
Preoperatif	4(%16.6)	7(%29.1)	5(%20.8)	8 (%33.3)
Postoperatif	2(%8.3)	2(%8.3)	-	12(%75)

lar, operatif morbidite, nüks ve postoperatif dönemdeki sonuçlar irdelenerek literatürle karşılaştırıldı. Amaç, rektal prolapsusun cerrahi tedavisindeki tartışmalara literatürde daha az yer alan bir yöntem olan Orr-Loygue ile katılmaktadır. Hastalarımızın 17'si (%60) kadın ve 11'i (%40) erkekti. En genç hastamız 24, en yaşlısı ise 73 (ortalama 45) yaşındaydı. Ameliyat hazırlığı ve rutin tetkikler sonrasında profilaktik 1 gr. seftriakson uygulamasını takiben genel anestezi altında operasyonlar gerçekleştirildi. Ameliyat yöntemi şöyle özetlenebilir: Median kesi ile karına girilir. Hasta trendelenburg pozisyona getirilerek barsaklar gaz kompres yardımıyla üst karında toplanır. Rektosigmoid bileşke yukarı asılarak rektum mezosunun her iki tarafına yapılan insizyonlarla parietal peritondan ayrılır. Her iki taraf üreterleri korunacak şekilde rektum presakral bölgeden ayrılır. Presakral sinirler korunarak koksiksine kadar inilir. Ön tarafın diseksiyonu erkeklerde rektum mesane, kadınlarda vagina rektum arasındaki klivajdan yapılır. Diseksiyon yanlarda orta rektal pedikülde sonlanır. Sakral promontorium önündeki anterior longitudinal ligament posterior rektal mobilizasyon sırasında belirlemiştir. 1 cm genişliğinde ve dikdörtgen şeklinde iki teflon greft mümkün olduğu kadar aşağıdan rektumun yanlarındaki tenyalara tesbit edilir. Diğer uçları, rektum yukarı doğru iyice gerildikten sonra promontoriuma anterior longitudinal ligamente dikilir (Şekil 1). Daha sonra peritoneal sütürlerle rektovesikal veya retrouterin poş daraltılarak yeni bir horizontal pelvik döşeme oluşturulur. Retroperitoneal bölgeye lastik, intraperitoneal olarak da penrose dren konarak ameliyat bitirilir. Postoperatif 36-48 saat sonra IV sıvı kesilerek oral gıda verilir. Üretral kateter 4 veya 5.gün çıkarılır. Hastalar 7-10 günde taburcu edilir.

Hastalarımızın takipleri polikliniğe davet ederek yapılmakla birlikte gelemeyenlerle mektupla irtibat kuruldu. 28 hastadan 24 tanesini izlemek mümkün olabildi.



**Resim 1:** Orr-Loygue tekniği.

### BULGULAR

Cerrahi endikasyon konan 28 hastanın tamamında total rektal prolapsus vardı. Prolabe kitlenin uzunluğu 6-15 cm arasında değişmekte ve 15 hastada 10cm. den küçük 9 hastada ise 11-15 cm. idi. Hastalığın süresine bakıldığında 3'ünde doğuştan, diğerlerinde ise 6 ayla 30 yıl arasında değişen bir dağılım görüldü. 4 hastada (%16.6) sadece gaz, 7 hastada (%29.1), gaz ve likid feçes ve 5 hastada da (%20.8) gazla birlikte şekilli feçes inkontinansı vardı. Diğer 8 tanesi (%33.3) inkontinansden yakınmıyordu (Tablo I). 9 hastada (%37.5) defekasyonda ve defekasyon sonrasında külotu kirletir tarzda mukus ifrazı mevcuttu.

Hastaların postoperatif 10 ay ile 9 sene arasında yapılan takiplerinde hiçbir hastada nüks saptanmadı. 16 inkontinansden 12 tanesinde (%75) tam düzelme sağlandı. 2 hasta çok sıkıştığı zamanlarda hafif gaz kaçırdığını, 2 tanesi de yumuşak gayta yaptığında gaz ve likid inkontinansı olduğunu ifade etti (Tablo 1). Hastalardan 1 tanesinde postoperatif herni gelişti ve 1 hastada da impotans oluştu. Operatif mortalite olmadı.

### TARTIŞMA

Total rektal prolapsusun tedavisi kesinlikle cerrahidir. Sklerozan madde enjeksiyonu veya konservatif tedavi yöntemleri hem yararsız hem de ciddi komplikasyonlara sebep olmaları nedeniyle denenmemelidir (1,3).

Rektumun anatomik bütünlüğünü ve fekal kontinensi sağlayan 3 faktörden söz edilir. Bunlar; sfinkter kasları, rektumu sakruma, prostata, mesaneye ve pelvik döşemeye bağlayan fasial yapılar ve distal rektumun horizontal pozisyo-

**Tablo II:** Rektal Prolapsus İçin Yapılan Bazı Ameliyatlardan Sonuçları.

Ameliyat	Reference	Hasta Sayısı	Mortalite Sayısı	Nüks
Thiersch	Goligher (1)	28	0	10 (%36)
	Porter (13)	82	0	54 (%67)
	Mayo (3)	5	0	4 (%80)
Notaras	Goligher	4	0	1 (%25)
Silikon rubber	Jackaman (14)	52	0	8 (%15)
Rektosigmoidektomi	Goligher	14	0	0
	Porter	110	1	64 (%58)
	Mayo	34	1	2 (%6)
Abdominal pelvik taban onarımı	Goligher	79	2	6 (%7.6)
	Porter	46	0	23 (%50)
	Snellman (15)	42	0	4 (%10)
	Küpfel (16)	63	1	5 (%8)
Ivalon sünger rektopeksi	Goligher	35	1	2 (%6)
Sudeck Op.	Çöl (17)	18	0	0
Orr-Loygue Op.	Loygue (8)	257	2	13 (%6)
	TYIH	28	0	0

nudur. Bu anatomiye uygun yaklaşımla iyi sonuçlar elde edebilmek için bazı noktaların göz önünde tutulması gerekir:

- 1- Pelvik döşemedeki defektin kapatılması,
- 2- Derin Douglas'ın oblitere edilmesi,
- 3- Anormal rektosigmoid kolonun kısaltılması,
- 4- İleri derecede mobil olan rektumun yukarı kaldırılması ve fiksasyonu,
- 5- Rektumun sakruma posterior fiksasyonu ile rektumun horizontal pozisyonunun yeniden sağlanması ve böylece sfinkterlere direkt basıncın azalması (1,3,4).

Literatürde rektal prolapsus için 130 civarında operasyon tekniği tanımlanmıştır. Bu da rektal prolapsusun cerrahi tedavisi için en uygun yöntemin kesin olarak söylenemeyeceğini ve bu konudaki çalışma ve tartışmaların sürüp gideceğini göstermektedir. Prolapsus ameliyatlarını perineal ve abdominal girişimler olarak iki ana grupta toplamak mümkündür. Kardiak ve pulmoner problemleri olan, genel durumları bozuk, yaşlı ve düşkün hastalarda derin anestezi gerektirmeyen, mortalite ve morbiditesi düşük olan Thiersch, Notaras, Sarafoff, Delorme ameliyatları, puborektal kasın sütürü, prolapsus amputasyonu gibi perineal girişimler tercih edilir (1,3,4).

Pemberton ve arkadaşları 118 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada abdominal girişimlerden sonra %11.4, perineal girişimlerden sonra da %33'den fazla nüks gözlemiştir (5). Günümüzde, perineal tekniklere nazaran daha iyi sonuçlar elde edildiğinden çoğunlukla abdominal yöntemler tercih edilmektedir. Literatürde birçok tartışılan ameliyatlar; Roscoe Graham (Dumphy) operasyonu (6), Pemberton-Stalker (asma tespit yöntemi) operasyonu (5), Orr-Loygue operasyonu (7,8), Polivinil alkol süngerinin perirektal implantasyonu (9), Ripstein ameliyatı (10), Notaras rektopeksi (11) ve aşağı anterior rezeksiyondur. Rektal prolapsus için yapılan bazı ameliyatlardan sonuçları Tablo II'de özetlenmiştir.

İlk kez 1959 yılında Wells tarafından tanımlanan ivalon sponge rektopeksi bugün İngiltere'de birçok tercih edilen yöntemlerden biridir. İngiliz literatüründe mortalitesi %1.6 ve nüks oranı %4 olarak bildirilmiştir. Morgan (1972), Smith ve Anderson (1981) ivalon sponge yöntemiyle tedavi ettikleri ve izledikleri hastalarda erken postoperatif dönemde en büyük problemin süngerin enfeksiyona neden olmasından kaynaklandığını bildirmişlerdir (3,9).

Abdominal rektopeksilerden sonra inkontinans problemi de önemli ölçüde düzeltilmektedir. Anal inkontinansın pudental sinir harabiyeti sonucu



ortaya çıktığı kabul edilmektedir. İnkontinanslı hastalara perineal egzersizler yaptırmak, diyetlerini ayarlamak ve uzun süreli medikal tedavi ile bir yıl içinde büyük oranda düzelme sağlanabilmektedir (3). Orr-Loygue ameliyatlarında dik-kati çeken önemli özelliklerden biri de postoperatif dönemde inkontinansdaki düzelme oranının yüksek olmasıdır. Loygue kişisel serisinde (8) bu oranı %84.5 olarak bildirirken biz %75'lik bir düzelme oranı saptadık.

Penisin ereksiyonunu sağlayan n. ergeteslerin veya ana pudental sinirlerin uyarılmasıdır. Bu sinir lifleri rektumun her iki tarafında peritoneal refle altında, orta hemoroidal damarlara yakın olarak gider ve yaranılması ereksiyonun ortadan kalkmasına sebep olur. Kadınlarda da seksüel fonksiyonlar için perine ve pelvik bölgedeki duyuşal sinir stimülasyonu çok önemlidir. Bu nedenlerle rektumun pelvis içinde diseksiyonu yapılırken arkada koksikse değil barsağa yakın çalışmalı, yanlarda bağlar kesilmemelidir (2,3).

Literatür incelendiğinde nüksetmiş prolapsus vakalarının, konstipasyonları ameliyattan sonra de devam eden hastalar olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle özellikle postoperatif dönemde dışkılamayı kolaşlaştıracak diyet ve laksatif kullanılması

masının önemi büyüktür (1,2,3).

Kliniğimizde uyguladığımız Orr-Loygue operasyonu ilk defa 1947 yılında Kansas'dan Thomas G. Orr tarafından 4 olgu nedeniyle tanımlanmıştır. Orr rektumu mobilize etmeksizin, soyulmuş iki fascia lata şeridi ile promontoriuma asmıştır (7). J. Loygue 1971 de bu yöntemi büyük ölçüde modifiye ederek iyi sonuçlar aldığını bildirdi. Loygue farklı olarak rektumu da mobilize etmiş ve fascia lata şeridi yerine teflon meçler kullanmıştır (12). Loygue'nin 1953-1982 yılları arasında Paris'de St. Antoine Hastanesinde kendi adıyla anılan rektopeksiyle tedavi ettiği 257 hastanın %72'si 50 yaşın üstündeydi. 51 hasta (%19.8) perianal veya pelvik cerrahi girişim geçirmişti. Anal inkontinans 121 hastada (%47) vardı ve ameliyattan sonra %84.2'sine de düzelme oldu. Rekürrens hastaların %5.6'sında görüldü (8).

Sonuç olarak Orr-Loygue operasyonunun nüks, mortalite ve morbiditesinin düşük, ameliyat süresinin kısa olması, barsak açılmadığından enfeksiyon tehlikesinin olmaması ve ameliyatın fonksiyonel sonuçlarının çok iyi olması nedeniyle rektal prolapsusda öncelikli tercih edilecek yöntem olması gerektiği kararına vardık.

#### KAYNAKLAR

1. Goligher J: Surgery of the Anus Rectum and Colon. 5 ed. Bailliere Tindall London. 1989. 246-84.
2. Maingot R: Abdominal Operations. Appleton-Century-Crofts. Connecticut. 1985. 1140-8.
3. Erdoğan M: Rektum Prolapsusunda Cerrahi Tedavinin Seçilmesi ve Orr-Loygue Ameliyatı Sonuçları. Gastroenteroloji Cerrahisi İleri İhtisas Tezi. Ankara. 1990.
4. Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi. Rektum Prolapsusu. Ankara. 1980. 260-6.
5. Pemberton J, Kiernan PC, Pemberton AH: Results of surgical treatment of complete rectal prolapse with perticular reference to suspension operations. New Engl J Med. 1953; 248: 720.
6. Graham RR: The operative repair of massive rectal prolapse. Ann Surg. 1982; 115: 1007.
7. Orr TG: A suspension operation for prolapse of the rectum. Ann Surg. 1947; 126: 833-40.
8. Loygue J, Nordlinger B, Cunci O: Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse: Report of 257 cases. Dis Colon Rectum. 1984; 27: 356-9.
9. Anderson JR, Parks TG: Complete rectal prolapse. The results of ivalon sponge rectopexy. Postgraduate med J. 1984; 60: 411-4.
10. Ripstein CB: Surgical care of massive rectal prolapse. Dis Colon Rectum. 1965; 8:34.
11. Notaras MJ: The use of mersilene mesh in rectal prolapse repair Proc R Soc med. 1973; 66: 684.
12. Loygue J, Huguier M, Malafosse M, Biotois H: Complete prolapse of rectum: a report on 140 cases treated by rectopexy. Br J Surg. 1971; 58: 847.
13. Porter NH: Collective results of operations for rectal prlapse. Proc R Soc med. 1962; 55: 1087.
14. Jackaman FR, Francis J, Hopkinson BR: Silicone rubber band treatment of rectal prolapse. Ann R Coll Surg Engl. 1980; 62: 386.
15. Snellman B: Complete prolapse of the rectum. Dis Colon Rectum. 1961; 4: 199.
16. Küpfer CA, Goligher JC: One hundred consecutive cases of complete prolapse of the rectum treated by operation. Br J Surg. 1970; 57: 34.
17. Çöl C: Rektal Prolapsuslarda Sudeck Operasyonu. İhtisas Tezi. Ankara. 1987.