

# İatrojenik Sakral Rektal Prolapsus

## *Iatrogenic Sacral Rectal Prolapse*

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

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

### ÖZET

Sakral kordoma nedeniyle 3 yıl önce en-blok sakral rezeksiyon yapılan 45 yaşında erkek hastaya iyileşmeyen sakral yara nedeniyle yapılan debridman sırasında rektal perforasyon geliştiği tespit edildi. Perforasyon primer sütür ile onarıldı. Postoperatif 3. gününde sütür yetmezliği gelişen hastaya loop kolostomi açıldı. Hastanın primer hastalığına bağlı olarak gelişmiş üriner ve anal inkontinensi vardı. Postoperatif 2. ayında değerlendirilen hastada sigmoid kolonun rektal perforasyon alanından yaklaşık 10 cm prolabe olduğu gözlemlendi. Hastanın tedavisinde rektal prolapsusun tedavi yöntemlerinden biri olan Altemeir yöntemi modifiye edilerek uygulandı.

### ABSTRACT

45-year-old male patient with sacral chordoma had been treated by en-bloc sacral resection 3 years ago. He had urinary and anal incontinence due to his primary illness. Iatrogenic rectum perforation had developed during debridment application for nonhealing sacral wound. This perforation had been primarily sutured. On the third day of operation, dehiscence had occurred at this stage, a loop colostomy was fashioned. After 2 months of his follow-up, sigmoid colon prolapse of approximately 10 cm occurred at the perforated rectal area. Modified Altemeir method which is a treatment alternative for rectal prolapse applied to the patient with a successful income.

### Giriş:

İatrojenik rektal yaralanmalar genellikle enema uygulamalarında enema başının rektuma yerleştirilmesi sırasında gerçekleşmektedir. Ayrıca nadiren de olsa kolonoskopi, polipektomi, elektrokoagülasyon, biyopsi ve rektal yabancı cisime bağlı olarak rektal perforasyonlar bildirilmiştir.<sup>1,2</sup>

Rettoektal tümörler geliştikleri embriyolojik kökene göre sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırmada vestigial tümör, kordoma gibi konjenital tümörler ve nöranal veya kemik orijinli tümörler yer alırlar.<sup>3,4</sup> Kordoma, ekto-pik notokorddan gelişen nadir bir kemik tümörüdür. Yavaş büyüyen lokal agresif tümörler olarak bilinirler.

En sık görüldüğü yer %50 oranında sakrokoksigeal bölgedir. Kafatası tutulumu %35 ve vertebral tutulum %15 olarak bildirilmiştir.<sup>5</sup> Sakral bölgenin rektuma yakın komşuluğu nedeniyle bu bölgenin cerrahisinde rektum yaralanmaları gelişebilir. Sunulan bu vakada sakral iyileşmeyen yara nedeniyle yapılan debridman sırasında rektal perforasyon gelişmiştir. Oluşan bu sakral defekten sigmoid kolon prolabe olmuştur.

### Olgu sunumu

Kırkbeş yaşında erkek hastaya 3 yıl önce sakral kordoma nedeniyle en-blok sakral rezeksiyon yapılmış. Hastada ayrıca primer hastalığa bağlı üriner ve anal inkontinens mevcuttu. Hikayesinde sakral iyileşmeyen yara nedeniyle plastik rekonstrüktif cerrahi ekibi tarafından debridman ve rekonstrüksiyon planlanarak operasyonu alındığı ve debridman sırasında rektal

İletişim Adresi: Sezai Leventoğlu, G.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı -ANKARA  
e-mail: sleventoglu@gazi.edu.tr

Kolon Rektum Hast Derg 2007;17:53-56



**Resim 1.** Sakral rektal prolapsus.

perforasyon geliştiği tespit edildi. Perforasyon primer sutur ile onarılmıştı. Postoperatif 3. günde sütür yetmezliği gelişen hastaya sigmoid loop kolostomi açılmıştı. Postoperatif 2. ayda değerlendirdiğimiz hastada defektif sakral bölgeden yaklaşık 10cm'lik sigmoid kolonun prolabe olduğu görüldü (Resim 1). Rektal prolapsusun tedavi seçeneklerinden biri olan *Altemeier* yöntemi hastaya modifiye edilerek uygulandı. *Altemeier* operasyonu rektal prolapsuslu seçilmiş

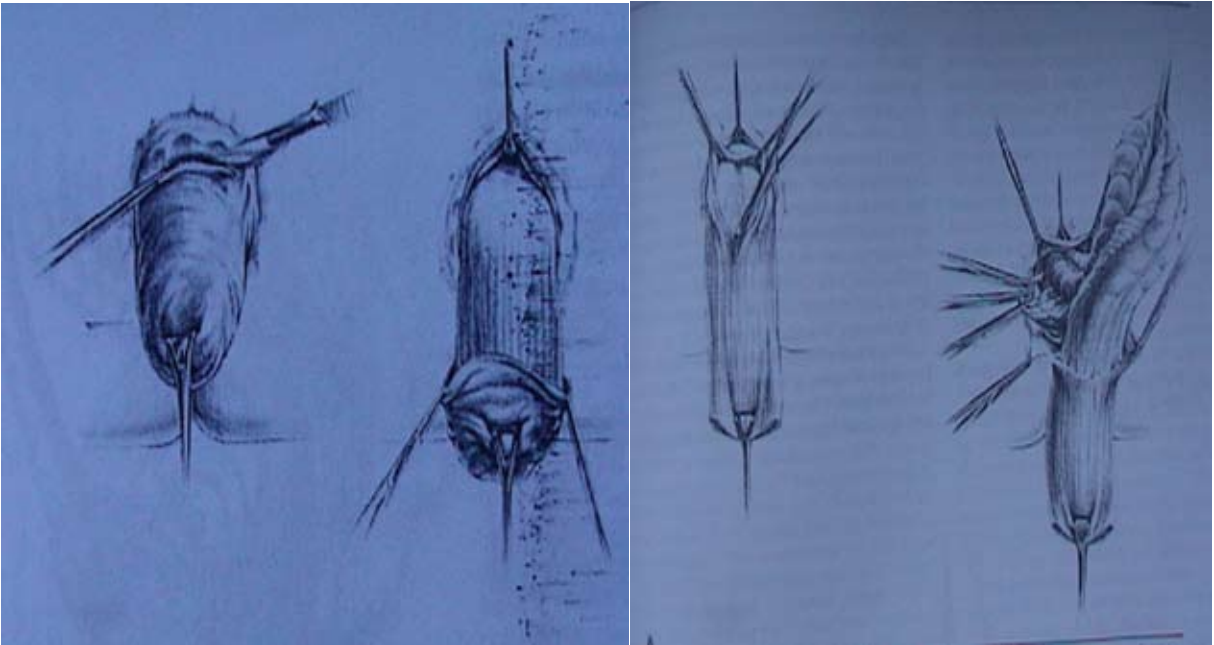
hastalarda en iyi cerrahi yöntemlerden biridir (Resim 2, 3). Özellikle yaşlı ve laparotomiyi kaldıramayacak hastalarda tercih edilen bu yöntem, rekürrens görüldüğü takdirde rahatlıkla tekrarlanabilmektedir.<sup>6-8</sup>

Vakamızda da *Altemeier* yöntemi modifiye edilerek uygulandı. Prolabe olmuş barsak Allis klemplerle tutuldu ve sakral defektin 3 mm proksimalinden dairesel kesi ile açıldı, geriye doğru sıyrıldı. Dışarıya çıkarılan barsağın anteriorundan yapılan insizyonla sigmoid kolonun mezosuna ulaşıldı (Resim 3). Ardından yaklaşık 10 cm'lik sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı, proksimal ve distal uçlar kapatıldı ve 3x3 cm lik proprolen mesh granülasyonu arttırmak için defekt tabanına yerleştirildi (Resim 4). Takiplerinde problem yaşanmayan hastanın postoperatif 1. ayında sakral yara yerinin granülasyonu sağlandı. Sakral defekt sol gluteustan kaldırılan fasyokutanöz flep ile onarıldı (Resim 5).

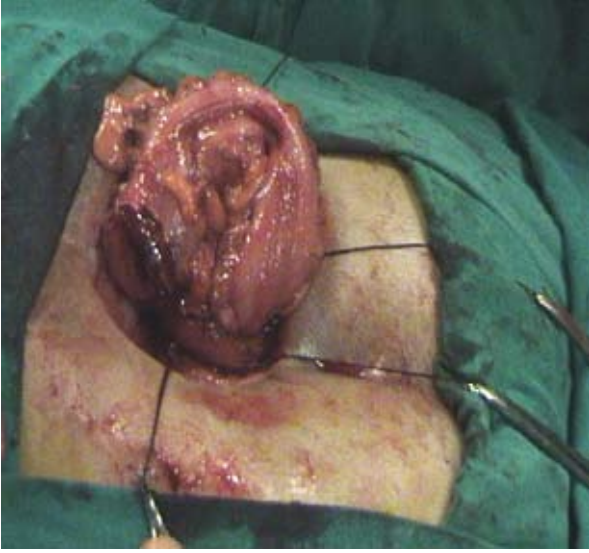
### İrdeleme

Sakral kordoma rektuma yakın komşuluğuna rağmen genellikle rektum invazyonu göstermez. Bu özellik, sakrum ile rektum arasındaki periost ve presakral fasyanın güçlü anatomik bariyer etkisine bağlanmaktadır.<sup>5</sup>

İatrojenik rektal yaralanmalar genellikle enema uygulamalarında enema başının rektuma yerleştirilmesi



**Resim 2,3.** Altemeier operasyonu.



**Resim 4,5.** Sakral sigmoid prolapsus ve rezeksiyon sonrası defektin mesh ile kapatılması.

sırasında gerçekleşmektedir. Ayrıca nadiren de olsa kolonoskopi, polipektomi, elektrokoagulasyon, biyopsi ve rektal yabancı cisime bağlı olan rektal perforasyonlarda bildirilmiştir.<sup>6-8</sup>

Bu olguda kronik yara nekrozu ve fibrozis diseksiyon planlarının tam ayırt edilmesini engellemiş ve debridman sırasında iatrojenik rektum yaralanması meydana gelmiştir. Bu yaralanma bölgesinde zaman içerisinde literatürde hiç rastlanmadığımız ilginç bir rektal prolapsus tablosu gelişmiştir.

Bu ilginç prolapsus vakasında tedavi, hastanın primer hastalığı ve buna bağlı gelişmiş anal inkontinens gözönüne alınarak planlandı. Rektal prolapsusun tedavi yöntemlerinden biri olan Altemeier'in mevcut durum için en iyi yöntem olduğu düşünüldü. Örneğine rastlamadığımız bu komplike klinik tablo için uygun görülen bu cerrahi yaklaşım, ümit ettiğimiz gibi başarıyla sonuçlanmıştır. Klinik prezentasyon ve cerrahi yaklaşım, bazen atipik sorunlarda gerekebilen cerrahi

doğaçlamalara iyi bir örnek teşkil etmesi nedeniyle sunulmuştur.



**Resim 6.** Sakral defektin fasyokutanöz flep ile kapatılmış hali.

## Kaynaklar

1. Seamon WB, Wells J. Complication of the barium enema. Gastroenterology 1965; 48:728.
2. Fielding J, Lumsden K. Large bowel perforations in patients undergoing sigmoidoscopy and barium enema. Br Med 1973;J1:471.
3. Kolodziejsk LS, Dyezek St, Pogodzinski M. Surgical management of retrorectal tumors. J Chir 2004;141:109-13.
4. Peter Berg P, kindblom LG, Gunterberg B. Prognostic Factors in Chordoma of the sacrum and mobile spine. Cancer 2000;88:2122-34.
5. Daryl R, Fourny MD, Ziya L. Current management of sacral chordoma. Neurosurg Focus 2003;15:1 5E9.
6. Marvin L. Corman. Colon and rectal surgery. Anal incontinence, chapter five. Third edition, Philadelphia, J.B. Lipincott Company 2001, pp.188-255.
7. Samson IR, Springfield DS, Suit HD. Operative treatment of sacrococcygeal chordoma. A review of twenty-one case. J Bone Joint Surg Am 1993;75:1476-84.
8. Susan MC, Robert DM. In George D. Zuidema. Diagnosis and management of fecal incontinence, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. Philadelphia: WB Saunders, 31. Chapter, 5th ed Vol IV. 2002;1200-67.

