

Transanal Endorektal Pull-Through Yöntemi ile Yeniden Konjenital Megakolon Ameliyatı

REDO OPERATION OF CONGENITAL MEGACOLON WITH TRANSANAL ENDORECTAL PULL-THROUGH METHOD: CASE REPORT

Dr. Atilla ŞENAYLI,^a Dr. Yeşim ŞENAYLI,^b Dr. Hüseyin DİNDAR^c

^aÇocuk Cerrahisi AD, ^bAnesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, TOKAT

^cÇocuk Cerrahisi AD, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Konjenital megakolon nedeni ile opere olmuş bir hastanın ameliyatının tekrarı gerekirse Transanal Endorektal Pull-Through (TEP) yöntemi ile opere edilmesinin uygunluğu değerlendirilmiştir.

Karında şişlik, safralı kusma şikayetleri ile takip edilen hasta, daha önce, konjenital megakolon nedeni ile Duhamel ameliyatı olmuştur. Yapılan anorektal manometre ve rektal biyopsi sonucuna dayanarak mevcut şikayetlerinin, oluşturulan neorektumun aganglionik ön duvarının uzun oluşuna bağlı olduğuna ve karın içi yapışıklıklar ile oluşan barsak tıkanıklığı belirtilerinin temel patolojiye bağlı belirtileri örttüğüne karar verildi ve TEP yapıldı. Hastamızın ameliyat süresi, eksize edilen barsak miktarı, kan transfüzyonu, oral beslemeye geçiş ve taburcu günleri literatür verileriyle kıyaslandı.

TEP uygulamasının, ikinci ameliyat kararı alınan hastalarda güvenle yapılabileceği öngörüldü.

Anahtar Kelimeler: Hirschsprung hastalığı, anal kanal, rektum

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007, 16:65-68

Abstract

Availability of Transanal Endorectal Pull-Through (TEP) procedure was examined as a repeated operation for a patient who had operated for the congenital megacolon disease.

Patient hospitalized for abdominal distention, biliary vomiting, had been operated with Duhamel procedure. After anorectal manometric evaluation and rectal biopsy, long anterior aganglionic wall of the neorectum was blamed to be the reason but it was decided that intestinal obstruction symptoms caused by intraabdominal adhesions masked the symptoms originate from the primary reason and TEP was performed. As the problem was not caused from adhesions, TEP was performed. Patients' operation time, resected bowel amount, blood transfusion, oral feeding and discharging time are compared with data in literature. Our patient anticipates that TEP is a useful and safe procedure for the patients with second operations.

Key Words: Hirschsprung disease; anal canal; rectum

Transanal Endorektal Pull-Through (TEP) ameliyatı 1998 yılında tanımlanmıştır ve konjenital megakolon ameliyatlarında tercih edilen bir yöntem olmuştur.¹ Son yıllarda ise, çeşitli merkezler tarafından, bu yöntemin başarısını ve uygunluğunu belirten deneyimler yayınlanmaktadır.²⁻⁵

Bu çalışmaların 2'sinde ise bazı hastaların TEP yöntemi kullanılarak ikinci defa ameliyat

edildiği rapor edilmiştir.^{3,5} Elhalaby ve ark.nın çalışmalarında TEP yapılan iki hastanın yeniden TEP ile opere edildiği ifade edilmiştir.³ Hadidi ise anorektal miyomektomi yapılmış olan 1 hastaya laparotomi yardımı ile TEP uygulandığını bildirmiştir.⁵ Literatürde Duhamel uygulaması sonrasında yeniden operasyon gereken ve TEP yapılan hastaya rastlanmamıştır.

Sunumuzun amacı, TEP yapılan hastaların bulunduğu iki yayındaki bilgilerden yararlanarak, TEP ameliyatı yaptığımız hastamızın ameliyat süresi, kullanılan kan miktarı, oral alım süresi ve taburcu sürelerini kıyaslamaktır.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında kız hastaya, 1 yaşında iken, konjenital megakolon tanısı nedeniyle Duhamel

Geliş Tarihi/Received: 13.05.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 22.08.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Atilla ŞENAYLI
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi AD, TOKAT
ysenayli@e-kolay.net

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007, 16

65

yöntemi ile düzeltici ameliyat yapılmıştı. Kolostominin kapatılmasından sonra oluşan anastomoz kaçağı kendiliğinden iyileşmişti. Bu nedenle birkaç kez yapışıklıklara bağlı konservatif tedavi ile düzelen barsak tıkanıklığı gelişmişti. Hastanın daha sonraki 5 yıllık takiplerinde, önce karın şişkinliği ve daha sonra beraberinde kusma, dışkı yapamama gibi şikayetler eklendi. Son 1 yıl içinde bu şikayetleri arttı. Hastanın obstrüksiyon atakları konservatif olarak takip edildi ve lavmanlarla şikayetlerin geçici olarak düzeldiği görüldü. Çekilen direkt karın grafisinde (Resim 1) inen kolonda belirgin dilatasyon görüldü. Atakların hiç birinde ateş, enterokolit bulguları yoktu. Rektal tuşede karakteristik enterokolit bulguları ve ameliyatına ikincil olarak gelişebilecek darlık alanları yoktu. Düşük basınçlı ve kontrastlı kolon grafisinde rektosigmoid lokalizasyonunda belirgin genişleme alanı olduğu, bununla beraber inen kolonun dolmasında sorun olmadığı görüldü. Rektosigmoidoskopisinde anormal septasyon veya mukoza anomalisi bulunmadı. Yapılan anorektal manometride rektoanal inhibitör refleksin olmadığı görüldü. Neorektumun arka duvarından alınan biyopside ganglion hücrelerinin bulunduğu rapor



Resim 1. Obstrüksiyon atağı ile gelen hastanın ayakta direkt batın grafisi.

edildi. Bu bulgularla karın içinde yapışıklıklar olduğuna veya konjenital megakolon ameliyatının teknik yetersizliğinden dolayı sorun yaşayabileceği ihtimali de göz önüne alınarak tekrar ameliyat olması gerektiğine karar verildi.

Anestezi Tekniği:

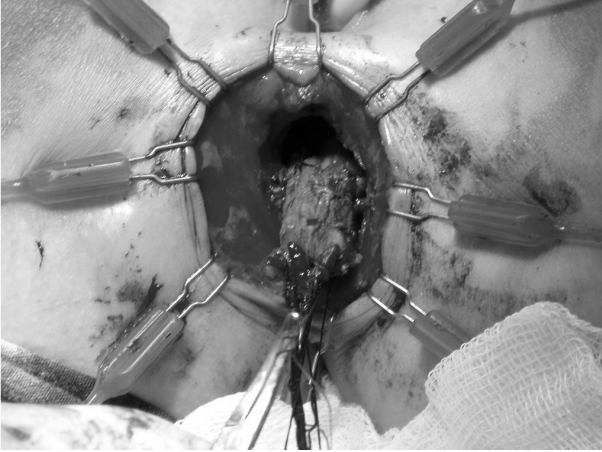
İntratrakeal genel anestezi kullanıldı ve peroperatif, analjezik desteğin sağlanması amacıyla, 0.25 mg/kg %0.25 bupivakain ile kaudal blok yapıldı. Ameliyat sonrası ağrı tedavisi için 3 gün süreyle tramadol ile hasta kontrollü analjezi yöntemi uygulandı. Cerrahinin hemen bitiminde 1 mg/kg yükleme sonrası 0.2 mg/kg/saat bazal infüzyona geçildi. Bolus dozu 0.2 mg/kg ve kilit süresi 15 dk. idi.

Postoperatif üç gün intravenöz tramadol (2 mg/kg) ile hasta kontrollü analjezi ve sedasyon sağlandı. Daha sonraki dönemde, ağrı takibine göre metamizol (20 mg/kg) uygulandı.

Ameliyat Tekniği:

Laparotomide bir çok segment arasında çok yoğun olmayan yapışıklıklar bulunduğu ve barsak geçiş sorunu yapmadığı gözlemlendi. Yapışıklıklar diseke edilip pelvis çıkımına ulaşıldı. Pull-through yapılan segmentin dilate olduğuna ve pull-through işleminin yeniden yapılarak rektumun aganglionik olan ön duvarının kısaltılmasının sorunu çözeceğine karar verildi. Daha önce Duhamel işlemi yapılmış olduğu için transanal girişime karar verildi.

Transanal pull-through işlemi 170 dk.da yapıldı ve düzenli aralıklarla alınan biyopsiler sonucunda, ganglion hücrelerinin bulunduğu tespit edildiği 30 cm'ye kadar barsak segmenti ve neorektumun pelvik periton üzerinde kalan kas kılıfı çıkartıldı. Daha önceki rektal biyopsi sonucuna rağmen konjenital megakolon tanısının doğru tanı olduğu bu biyopsilerle de anlaşılmış oldu. Barsak segmentlerinin, ameliyat sırasında patolojik incelenmesinde tespit edilen, ganglion hücreli kısmı TEP işlemine göre dentat çizginin üzerine anastomoz edildi (Resim 2). Hastaya 120 cc eritrosit süspansiyonu verildi. Ağızdan beslenmeye 6. gün başlandı. Hasta barsak motilitesi takibi amacı ile 11 gün yatırıldı, 12. gün taburcu edildi.



Resim 2. TEP uygulaması başlangıcında fibrotik dokularla beraber çıkartılan mukoza dokusu izlenmektedir.

Takip muayenelerinde, TEP uygulamalarında görülen geçici inkontinans tablosu oluştu. Ayaktan takiplerle şikayeti geriledi.

Tartışma

TEP ameliyatı ilk tanımlandığı 1998 yılından beri giderek yaygınlaşmış ve özellikle rektosigmoid yerleşimli konjenital megakolon teşhisi konan yenidoğanlarda kullanılmıştır. Bir kısım çalışmalarda TEP ile konjenital megakolon tedavisinde kullanılan ameliyatların kıyaslanması rapor edilmiştir.²⁻⁵ Bu çalışmaların 2'sinde ise tekrar ameliyatı yapılan hastalar olduğu ve bu hastaların TEP ile ameliyat edildiği bildirilmektedir.^{3,5}

Elhalaby ve ark.nın çalışmalarında, TEP yapılan hastaların yaşlarının 8 gün ile 14 yıl arasında olduğu ve ameliyat süresinin ortalama 120.2 ± 27.8 dk. olduğu bildirilmiştir.³ Ortalama olarak 7 cc/kg kan kaybı olmuştur ve eşit miktarda kan replase edilmiştir. Ortalama hastanede yatış süresi 5 gün olmuştur. Çeşitli oranlarda komplikasyonlar görüldüğü de, en sık olarak görülen perianal eskoriasyon olduğu açıklanmıştır.³

Hadidi'nin çalışmasında 68 hastaya TEP yapıldığı, bunların yaşlarının 2-156 aylık (ortalama 11 ay) olduğu bildirilmiştir.⁵ Ortalama ameliyat süresi 90 dk., eksize edilen ortalama barsak uzunluğu 25 cm ve kan hacminin %10'undan fazla kan kaybı olduğu belirtilmiştir.⁵ Bu ameliyatlar sonu-

cunda oral alımı 1-3 gün, taburcu olması 3 ile 16 gün ve komplikasyon oranının %8.8 olduğu bildirilmiştir.⁵ TEP ameliyatının sonrasında iyileşme düzeyinin beklenen gibi olmadığı için 2 hastaya kolostomi yapıldığı rapor edilmiştir. İki hastanın ise yeniden opere edilmesi gerektiği ve TEP tekrarı yapıldığı bildirilmiştir.

Hastamıza daha önce megakolon nedeni ile Duhamel işlemi uygulanmıştır. Hastanın şikayetlerinin adhezyon nedeni ile olabileceğini düşündürecek bulgular olmasına karşın, laparotomi sırasında asıl sebebin adhezyon olmadığı anlaşılmıştır. Pelvik diafragma yapılacak girişimin kas dokusuna zararı olabileceği, ön duvar yerleşimli aganglionik segmentin aşırı genişlemesinden dolayı abdominal pull-through işleminin başarısız olarak sonuçlanabileceği ve ayrıca kanama miktarının fazla olacağı düşünülmüştür. Bu sebeplerden dolayı TEP yapılmasına karar verilmiştir.

Literatür araştırmamızda, 2 yayında, ikinci kez konjenital megakolon ameliyatı olan hastalar bulunmuştur. Literatürde Duhamel işlemi sonrasında yeniden opere edilen bir hastaya TEP operasyonunun yapıldığı ise rapor edilmemiştir. Bu yayınlarda belirtilen ortalama ameliyat süresi, kullanılan kan miktarı, oral başlama süresi ve taburcu süreleri göz önüne alınarak hastamızın aynı parametrelerle uyumlu olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Hadidi'nin çalışmasındaki çıkartılan barsak kısmı, kan transfüzyonu ve taburcu süresi ortalamalarının hastamızın sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür.⁵ Ameliyat süresi ise uyumsuz bulunmuştur.⁵ Önceki ameliyatta kullanılan stapler hatları yüzünden oluşan diseksiyon zorluğunun, ameliyat süresinin farklı olmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

Olgumuz bulgularının, El Halaby ve ark.nın çalışmasının ameliyat süresine ve transfüzyon miktarına uyduğu, yatış süresine uymadığı gözlenmiştir.³

Bu bulguların diğer iki çalışmadaki benzer sonuçlar ile yapılan karşılaştırmasında, bütün parametreleri ile olmasa da kabul edilebilir ölçülerde

uyumlu olduğu değerlendirilmiş ve TEP ameliyatının ikinci ameliyat olarak kullanılabilmesi öngörülmüştür.

Konjenital megakolon nedeni ile ameliyat edilen hastalarda operasyon tekrarı gerekebilmektedir. Bu durumda yapılacak ameliyatın şeklinin ne olacağına karar vermek zor olabilecektir. TEP son yıllarda sık uygulanmaya başlamış ve temelde yenidoğanlarda önerilmesine rağmen çeşitli yaş gruplarında da kullanılmıştır. Komplikasyon oranlarının düşük olması nedeni ile, bizim olgumuzda olduğu gibi, tekrar ameliyatlarında da kullanılabilmesi öngörülmüştür.

KAYNAKLAR

1. De La Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA. Transanal Endorectal Pull-Through for Hirschsprung's disease. J Ped Surg 1998;33:1283-6.
2. Teeraratkul S. Transanal One-Stage Endorectal Pull-Through for Hirschsprung's disease in infants and children. J Ped Surg 2003;38:184-7.
3. Elhalaby EA, Hashish A, Elbarbary MM, et al. Transanal One-Stage Endorectal Pull-Through for Hirschsprung's disease: A Multicenter Study. J Ped Surg 2004;39:345-51.
4. Hackam DJ, Filler RM, Pearl RH. Enterocolitis after the surgical treatment of Hirschsprung's disease: Risk factors and financial impact. J Ped Surg 1998;33:830-3.
5. Hadidi A. Transanal Endorectal pull-through for hirschsprung's disease: Experience with 68 patients. J Ped Surg 2003;38:1337-40.