

Alteimeierova transanálna resekcia – stále aktuálna alternatíva liečby prolapsu rekta

MUDr. Miroslav Mýtnik, PhD., MUDr. Lukáš Záhradník

Chirurgická klinika FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Autori referujú o incidencii, symptomatológii, diagnostike a liečbe prolapsu anu a rekta. Analyzujú svoje skúsenosti s liečbou 19 pacientov a poukazujú na možnosti chirurgickej liečby prolapsu rekta. Spektrum výkonov v publikovanom súbore tvorí: predná rektopexa, resekcia rektosigmy laparoskopickým či otvoreným prístupom, Delormova operácia s odstránením mukózy a muskulárnou plikáciou, transanálna rektosigmoidektómia podľa Alteimeiera, Tierschova serkláž a transanálna resekcia menších prolapsov Longovým staplerom. V práci autori prezentujú kazuistiku 87-ročného pacienta s veľkým prolapsom rekta, riešeným jeho transanálnou resekciou podľa Alteimeiera.

Kľúčové slová: prolaps rekta, chirurgická liečba, obštipácia.

Alteimeir's transanal resection - current alternative treatment of rectal prolapse

The authors report about incidence, symptomatology, diagnostics and treatment of rectal prolapse. They analyse their experience with 19 patients and suggest possibility of surgical treatment of rectal prolapse. There were used these operations: rectopexy, laparoscopic or open rektosigmoidal resection, Delorme's resection, Alteimeir's transanal rektosigmoidectomy, cerclage and Longo stapler resection. Authors present one case of 87 years old patients with great rectal prolapse, what be with Alteimeir's transanal rektosigmoidectomy resolved.

Key words: prolapsus recti, surgical treatment, constipation.

Slov. chir., 2012; roč. 9(1): 21–22

Úvod

Prolaps anu a rekta je ochorenie pomerne zriedkavé. Jeho incidencia je 4,2 / 1 000 nových ochorení, ale vo veku nad 65 rokov stúpa a dosahuje 10 / 1 000 novozistených ochorení. Označujeme ním prepadnutie análnej sliznice - inkompletný prolaps, alebo celej steny rekta -kompletný prolaps, cez análny otvor navonok. Toto ochorenie sa vyskytuje u detí do 1 roka, ale hlavne vo vyššom veku - v šiestom a siedmom decéniu, s prevalenciou postihnutia žien v pomere 5 : 1 voči mužom.

V etiológii vzniku análneho prolapsu dominuje teória zvýšeného tonusu análnych sfinkterov a puborektálnych svalov, ktorý znemožňuje repozíciu prolabovanej sliznice rekta po defekácii alebo pri prolabovaných hemoroidoch. Pri kompletnom prolapse rekta sa uplatňujú nasledovné mechanizmy: chabosť svaloviny panvového dna, chronická obštipácia, opakované pôrody, dolichosigma, hlboký Douglasov priestor, polypy (ťahom polypu), a u žien aj prolaps uteru. Dôsledkom neliečeného prolapsu býva mechanické dráždenie prolabovanej sliznice, so vznikom zápalu, exulcerácie až gangrény prolabovaného rekta.

Materiál a metódy

V našom súbore analyzujeme liečbu 19 pacientov s priemerným vekom 64 rokov (s rozmedzím 51 – 91 rokov), z toho 11 žien a 8 mužov. Všetci pacienti boli hospitalizovaní, pred operáciou boli okrem bežných klinických a laboratórných vyšetrení podrobení aj vyšetreniu rektoskopiou, ev. kolonoskopiou, endorektálnou ultrasonografiou, manometriou a neu-

rologickému vyšetreniu vrátane elektromyografie. Vzhľadom na vysoký vek a nespokojnosť u väčšej časti pacientov (6), takýto kompletný vyšetrovací algoritmus nebolo možné realizovať. Spektrum našich operačných výkonov zahŕňa prednú rektopexu, resekciu rektosigmy laparoskopickým či otvoreným prístupom, klasickú transanálnu Delormovu operáciu s odstránením mukózy a muskulárnou plikáciou, transanálnu rektosigmoidektómiu podľa Alteimeiera, Tierschovu serkláž a transanálnu resekciu menších prolapsov s použitím Longovho staplera. Príprava kolonu bola realizovaná aplikáciou preparátu X-prep. Pravidlom bolo profylaktické použitie antibiotík v jednej dávke Metronidazol 1 g. i. v. s aplikáciou pred úvodom do anestézie.

Výsledky

V období rokov 2009 – 2011 sme na našom pracovisku hospitalizovali 19 pacientov. Všetci boli operovaní. V troch prípadoch bola indikovaná predná rektopexa, 3-krát sme resekovali dolichosigmu spolu s príľahlou časťou rekta s následnou descendentorektoanastomózou, a to 2-krát laparoskopicky, a raz otvoreným prístupom. V dvoch prípadoch sme vykonali transanálnu resekciu rekta s transsfinktericky realizovanou sutúrou rekta v 2 vrstvách podľa Alteimeiera, 3-krát sme vykonali Delormovu operáciu, raz sme aplikovali Tierschovu serkláž, a v 8 prípadoch sme vyriešili prolaps rekta resekciami podľa Longa. V 5 prípadoch sme už pred operáciou zistili parciálnu inkontinenciu. Tá bola zdokumentovaná aj neurológom vykonávaným elektromyografické vyšetrenie svalstva panvového dna. U dvoch paci-

entov po rektopexii došlo pooperačne k výraznému zlepšeniu kontinencie. Výborný efekt bol aj u jedného pacienta po transanálnej resekcii rekta. U dvoch ostatných pacientov porucha kontinencie pretrváva v nezmenenom rozsahu. Okrem jednej infekcie operačnej rany po otvorenej resekcii rektosigmy sme nepozorovali žiadne komplikácie.

Kazuistika

87-ročný pacient, fajčiar, kardiak s ICHS dekompenzovanou podľa NYHA III št., hypertoniak, s chronickou bronchitídou s CPCH, s obmedzením mobility pre coxarthrózu III. – IV. ľavého bedrového kĺbu a s pokročilou cerebrálnou aterosklerózou, bol prijatý na naše pracovisko s 5-mesačnou anamnézou parciálnej inkontinencie a občasného prolapsu. Na naše pracovisko bol privezený príbuznými pre 5 dní trvajúce, spontánne sa nereponujúce a 15 cm vyčnievajúce rektum z análneho otvoru (obrázok 1). Sliznica rekta bola začervenalá a na dotyk ľahko krvácajúca. Tonus sfinkterov bol výrazne oslabený. Rektum bolo možné reponovať, ale bezprostredne po repozícii opätovne prolabovalo. Vykonali sme rektoskopické vyšetrenie, ktoré pre problémy s insufláciou nebolo celkom bezproblémové, napriek tomu sme ním v dosahu 19 cm od anu detekovali známky proktitídy bez akejkoľvek inej patológie v zmysle polypov, nádoru atď. Manometrické a elektromyografické vyšetrenie pre nespokojnosť pacienta nebolo realizované.

Vzhľadom na uvedené, sme u pacienta po adekvátnej predoperačnej príprave vrátane profylaktickej aplikácie antibiotík (Metronidazol) indikovali

Obrázok 1. Prolaps rekta pred operáciou

trans-análnu resekciu rektosigmy. Tá bola vykonaná v epidurálnej anestéze za použitia harmonického skalpela (obrázky 2 a 3). Rektum zresekované a kontinuita rekta obnovená klasickou dvojvrstvou sutúrou steny rekta resorbovateľným materiálom. Pooperačný priebeh bez komplikácií, pasáž obnovená v 2. pooperačný deň a pacienta sme na 5. pooperačný deň prepustili (obrázok 4). Pri kontrole po 5 mesiacoch je anus oproti pôvodnému stavu (vtedy mal priemer asi 6 cm) výrazne upravený – zmenšený a retrahovaný (obrázok 5). S potešením sme konštatovali výrazne zlepšený tonus a dynamiku sfinkterov. Aj podľa údajov pacienta a jeho príbuzných došlo k úprave kontinencie. Z týchto dôvodov, sme berúc do úvahy vek a vedľajšie ochorenia pacienta pooperačne plánované manometrické a EMG vyšetrenie napokon ani nerealizovali.

Diskusia

V literatúre je mnoho zmienok o úlohe obštipácie v etiopatogenéze vzniku prolapsu rekta. Časté sú aj zmienky o korelácii s prolapsom uteru a mikčnými poruchami, alebo rôznymi anatomickými variáciami v oblasti malej panvy (1, 3, 7, 10). Diagnostika nečiní obťaženie vďaka jednoznačnej symptomatológii a klinickým vyšetreniam. Ich algoritmus je pomerne dobre rozpracovaný a zahŕňa rektoskopické či kolonoskopické vyšetrenie, manometriu, ale aj endorektálne sonografické vyšetrenie. Toto môže odhaliť patologické zmeny v oblasti análneho kanála, a odhaliť riziko iatrogénneho poškodenia črevných kľučiek pri transanálnej rektosigmoidektómii pri veľkých prolapsoch (4, 8).

V súvislosti s technickým pokrokom v chirurgii sú v literatúre preferované nové liečebné postupy – laparoskopická rektopexia, laparoskopická resekcia rektosigmy, transanálna resekcia podľa Longa (2, 6). Viacerí autori prezentujú laparoskopický prístup k rektopexii, či resekcii rektosigmy ako efektívny, šetrný, urýchľujúci rekonvalescenciu pacienta (2, 5, 9). Zatiaľ absentujú rozsiahlejšie štúdie či metaanalýzy, ktoré by na veľkých súboroch jednoznačne favorizovali niektorý zo spomenutých výkonov, no v literatúre je množstvo zmienok prezentujúcich výhody, či nevýhody týchto nových metód. Všeobecne však

Obrázok 2. Transanálna resekcia**Obrázok 4.** Po ukončení koloanálnej anastomózy

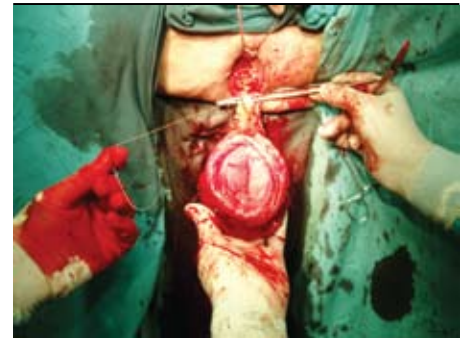
prevláda názor, že laparoskopické výkony v porovnaní s klasickými postupmi disponujú nižšou pooperačnou morbiditou a mortalitou, ale na druhej strane prinášajú vyššie riziko vzniku recidív (2, 3).

Podľa nášho názoru, je potrebné k voľbe operačného výkonu pristupovať nanajvýš uvažene, berúc do úvahy nielen rozsah prolapsu, ale aj vek pacienta a jeho vedľajšie ochorenia. Je potrebné si uvedomiť, že toto ochorenie je ochorením vyššieho veku. Neraz sme nútení riešiť 80 – 90-ročného pacienta so značnou a závažnou komorbiditou, ktorá je v súčasnosti pri potrebe niekoľko hodín trvajúcej celkovej anestézy, a navyše v prípade laparoskopického výkonu spojenej s pneumoperitoneom, nepochybne značne zaťažujúcim faktorom pre organizmus gerontologického pacienta. Longova metóda je vhodná hlavne pri menších prolapsoch, spôsobených hemoroidmi, ale nie je možné ňou riešiť 15 – 20 cm veľký rektálny prolaps.

Preto sa nazdávame, že pokiaľ nestačí mukózna sleeve resekcia na spôsob Delormovej operácie, a je nevyhnutná resekčná liečba, u staršieho pacienta s výraznou komorbiditou je transanálna rektosigmoidektómia s následnou koloanálnou anastomózou v epidurálnej anestéze vhodnou alternatívou.

Záver

Prolaps rekta je pomerne zriedkavým ochorením. V odbornej literatúre popri klasickej Delormovej operácii vďaka technickému pokroku pribúdajú štúdie s novšími operačnými metódami, ako sú napr. laparoskopická rektopexia, laparoskopická resekcia rektosigmy a Longova transanálna resekcia. Na príklade našej kazuistiky však chceme prezentovať,

Obrázok 3. Resekcia pred ukončením**Obrázok 5.** Výsledný stav po 5 mesiacoch od operácie

že obzvlášť pri veľkých prolapsoch resekčná liečba transanálnou rektosigmoidektómii na spôsob prievlekovej operácie s koloanálnou, ručne či staplerom šitou anastomózou v epidurálnej anestézii je pre staršieho a polymorbidného pacienta šetrným, bezpečným a efektívnym riešením.

Literatúra

1. Altman D, Zetterstrom J, Schultz I. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women with surgically managed rectal prolapse: a population-based case-control study. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(1): 28–35.
2. Byrne C, Smith S, Solomon M. Long-term functional outcomes after laparoscopic and open rectopexy for the treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51(11): 1597–604.
3. Brown AJ, Anderson JH, McKee RF. Surgery for occult rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2004; 6(3): 176–9.
4. Dvorkin L, Chan C, Knowles Ch. Anal sphincter morphology in patients with full-thickness rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(2): 98–203.
5. Farouk R, Bhardwaj R, Dehn T. Stapled transanal resection of the rectum for the obstructed defaecation syndrome. *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91(4): 287–291.
6. Jones O, Cunningham Ch. The assessment and management of rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and enterocoele in adults. *BMJ*, 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.c7099
7. Kim M, Reibetanz J, Boenicke L. Quality of life after transperineal rektosigmoidektomy. *Br J Surg*. 2010; 97(2): 269–72.
8. Portier G, Iovino F, Lazorthes F. Surgery for rectal prolapse: Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(8): 1136–40.
9. Sakaguchi D, Ishida H, Yamada H, Tsuzuki S. Incarcerated recurrent rectal prolapse with ileal strangulation: report of a case. *Surg. Today* 2005; 35(5): 415–7.
10. Steven D, Wexner M, Cera M. Procedures for rectal prolapse, 2008, <http://www.acssurgery.com/acs/abstracts/0536.htm>

MUDr. Miroslav Mýtnik, PhD.

Chirurgická klinika FNsP J. A. Reimana
Hollého 14, 081 81 Prešov
mytnik@fnsppresov.sk