BÖLÜM 6

STAPLER HEMOROİDOPEKSİ SONRASI GELİŞEN HEMOROİDAL NEKROZ

Arda Şakir YILMAZ [1]
Xaver RZA [2]

GİRİŞ

Hemoroidal hastalık, normal anal yastıkçıkların semptomatik genişlemesi ve distale yer değiştirmesi olarak tanımlanan yaygın bir anorektal rahatsızlıktır. Dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen, önemli bir tıbbi ve sosyoekonomik sorunu temsil eder. Kabızlık ve defakasyon sırasında uzun süreli ıkınma gibi faktörler hemoroid gelişiminin etiyolojisinde önemli rol oynar. Vasküler kanalın anormal genişlemesi ve bozulması, anal yastıkçık içindeki destekleyici bağ dokusundaki yıkıcı değişiklikler sonucunda hemeroidal hastalık ortaya çıkar (1).

Hemoroidal hastalığın tedavisinde konservatif tedavinin yanı sıra birçok cerrahi tedavi formları kullanılmaktadır. Özellikle grade 3-4 hemoroidal hastalıkta (beraberinde prolapsusun eşlik ettiği) cerrahi tedavi seçenekleri arasında stapler hemoroidopeksi de yer almaktadır.

Stapler hemoroidopeksi, dentat çizginin yaklaşık 2-3 cm yukarısında çevresel bir mukoza halkası keserek prolapsusu azaltan, özel olarak tasarlanmış transanal dairesel zımba tabancası kullanılarak gerçekleştirilir. Aynı zamanda hemoroidal arter ligasyonuna benzer şekilde hemoroide giden besleyici arterleri de keserek hemoroid pakelerine giden kan akımını azaltır (2).

[1] Dr. Öğr.Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., dr.ardayilmazz@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1269-0814
[2] Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., xaverrza@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2333-8445

DOI: 10.37609/akya.3941.c2864

Yapılan meta-analizlerde stapler hemoroidopeksinin daha az ağrılı ve güvenli olduğunu ve hastanede kalış süresinin daha kısa olduğunu ve normal aktivitelere daha hızlı dönüldüğünü göstermektedir (3). Ancak literatürde işlem sonrası gelişen çok sayıda komplikasyonu mevcuttur. Bunlar arasında rektal perforasyon, pelvik sepsis, rektovajinal fistül, intraabdominal kanama ve fournier gangreni bildirilmiş olup, sıklıkla ek bir cerrahi girişim ile tanısal laparotomi ve/veya diversiyon gerektirmiştir (4-9).

Biz de belirgin hemoroidal hastalık ve mukozal prolapsusu olan hastada stapler hemoroidopeksi sonrası hemoroid pakelerinde gelişen nekrozdan bahsettik.

OLGU

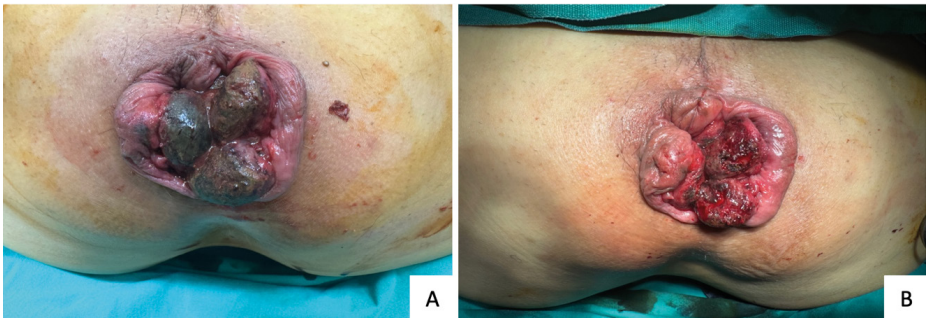
60 yaşında erkek hasta prolabe hemoroid pakelerinin olması sebepli tarafımıza başvurdu ve yapılan ayrıntılı fizik muayene sonrasında mukozal prolapsusun da eşlik ettiği, grade 4 internal hemoroidal hastalık tanısıyla stapler hemoroidopeksi planlandı (Resim 1A). Bilinen hastalık ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastaya anestezi hazırlığı sonrası, aydınlatılmış onamları alınarak operasyona alındı. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda anal dilatasyonu takiben usulüne uygun stapler hemoroidopeksi uygulandı (Resim 1B). Hemostaz kontrolü ardından komplikasyonsuz şekilde operasyona son verildi (Resim 1C). Postoperatif 1. günde oral alımı tolere etmesi ve gaz deşarjı olması üzerine hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Stapler hemoroidopeksi (A. Prolabe hemoroid pakeleri, B. Cerrahi prosedürün uygulanması, C. Cerrahi sonrası görünüm)

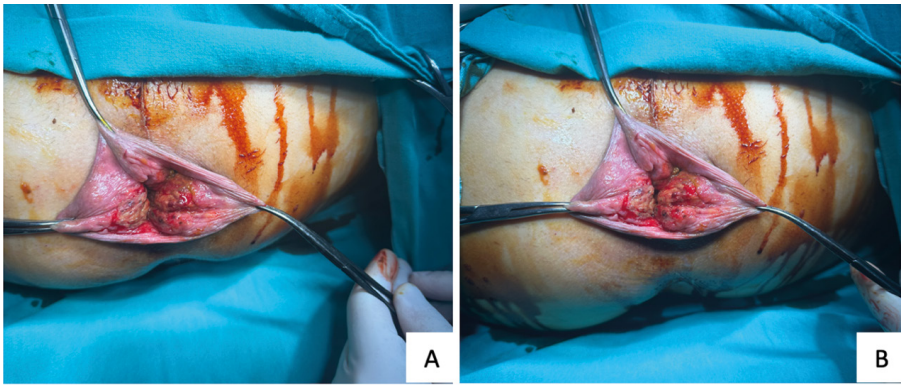
Operasyondan yaklaşık 48 saat sonra başlayan anal bölgede progresif özellikte ağrı şikâyeti ile hasta kliniğimize başvurdu. Çalışılan kan parametrelerinde beyaz küre 14700 uL, C-reaktif protein (CRP) değeri; 84 mg/L izlendi. Diğer

değerleri normal olarak görüldü. Anestezi altında muayene amacıyla yatışı yapılan hasta, onamları alındıktan sonra operasyona alındı. Litotomi pozisyonunda anal bakıda saat 3, 6, 9 ve 12 hizasında hemoroid pakelerinin oldukça ödemli ve mukozasının nekroze olduğu görüldü (Şekil 2A). Stapler hattı salim izlendi. Ardından nekrotik dokular debride edildi. Debride edilen alanın altında kalan dokuların kanlanmasının iyi olduğu görüldü (Şekil 2B). Bol serum fizyolojik ve povidon iyot solüsyonuyla yıkama yapılmasının ardından operasyona son verildi.



Resim 2. A. Hemoroid pakelerinde izlenen mukozal nekroz, B. Debritman sonrası hemoroid pakeleri

Klinik ve laboratuvar takiplerinde gerileme olan hasta, gün aşırı debritman ve yıkama amacıyla seri operasyonlara alındı. 4 kez debritman yapılan hastanın son operasyonunda hemoroid pakelerinin ödeminin oldukça azaldığı, yeni nekrotik bir alan olmadığı yerini granülasyon dokusuna bıraktığı ve dokuların kanlanmasında sorun olmadığı görüldü (Şekil 3 A, B).



Resim 3. Son debridman sonrası pakelerin görünümü

Serum fizyolojik ve povidon iyot solüsyonu ile yıkamanın ardından operasyon sonlandırıldı. Servis takiplerinde oral alımı tolere eden, ağrı şikâyeti tamamen regrese olan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hemoroidal hastalık, yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya neden olan ve benign nedenlere bağlı alt gastrointestinal sistem kanamalarının önde gelen nedenlerinden biridir (10,11). Patofizyolojisinde hemoroid pleksusunun hiperperfüzyonu, vasküler anormallik, doku inlamasyonu ve internal rektal prolapsus yer almaktadır (12-14). Semptomatik hemoroidal hastalık görülme sıklığının artmasına yatkınlık yaratan durumlar arasında gebelik ve konstipasyona bağlı aşırı ıkınma gibi yüksek intraabdominal basınç durumu bulunur. Bilinen diğer risk faktörleri ise ilerleyen yaş ve ağır kaldırma, dışkılama sırasında ıkınma ve uzun süre oturma gibi aktiviteler nedeniyle destekleyici bağ dokusunun, düz kasların ve damar sisteminin zayıflamasıdır (1, 15).

Hemoroidal hastalığın şiddeti genellikle anüsten sarkma derecesine dayanan Goligher sınıflandırma sistemi ile derecelendirilmektedir (2, 10). Bu sınıflandırmaya göre;

» Grade 1: kanama yapan ancak sarkmayan hemoroid,
» Grade 2: hemoroid ıkınma sırasında sarkar, ancak kendiliğinden eski haline döner,
» Grade 3: hemoroid ıkınma veya efor sırasında sarkar, ancak elle anal kanala geri itilebilir,
» Grade 4: hemoroid kalıcı olarak sarkar, kendiliğinden veya elle redükte edilemez.

Hemoroidlerin tedavisi için çeşitli seçenekler bulunmaktadır; bunlar arasında konservatif tedaviler (yeme alışkanlıklarında değişiklik, flebotonikler, topikal tedavi), ayaktan tedavi (lastik bant ligasyonu, enjeksiyon skleroterapisi, kızılötesi koagülasyon) ile eksizyonel olmayan cerrahi prosedürler (stapler hemoroidopeksi, transanal hemoroidal dearterializasyon) ve eksizyonel prosedürler (açık veya kapalı hemoroidektomi) yer almaktadır (16).

Cerrahi tedavi, genellikle konservatif tedaviye yanıt vermeyen yaklaşık %5-10 hastaya uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi semptomatik üçüncü veya dördüncü derece hemoroidlerin yönetiminde veya diğer tedavilerle iyileşmeyen akut hemoroidli hastalarda ilk seçenektir (17)

Cerrahi tedavi seçeneklerinden biri olan stapler hemoroidopeksi, çepeçevre olan prolabe internal hemoroidler için ön plandaki seçenekler arasındadır (18). Stapler hemoroidopeksinin prolabe semptomatik hemoroidlerin tedavisi için güvenli ve etkili bir teknik olduğu birçok literatür ile desteklenmektedir (18, 19). Ancak, diğer tüm tekniklerde olduğu gibi komplikasyon riski vardır (18-20). Rektovajinal fistül, sepsis gibi ciddi kısa vadeli komplikasyonların yanı sıra anal stenoz ve fekal inkontinans gibi uzun vadeli komplikasyonlarla ilgili endişeler de literatürde tartışılmaktadır (21). Hemoroidopeksi ile doğrudan ilişkili majör komplikasyonlardan şiddetli rektal kanama, şiddetli kronik ağrı ve rektal obliterasyon vakaları bildirilmiştir. Bu komplikasyonların yönetimi sırasında sıklıkla acil cerrahi eksplorasyon ve bazen de dışkı yönlendirmesi (kolostomi vs.) gerektirir (4, 22-26). Hemoroidopeksi sonrası hastamızda gelişen hemoroid pakelerindeki şiddetli nekroz literatürde komplikasyonlar arasında bahsedilmemiştir. Bu nedenle operasyon sonrası gelişen şiddetli ağrı etiyolojisinde mukozal nekrozda mutlaka akılda tutulmalıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak stapler hemoroidopeksi, birtakım komplikasyonları da beraberinde getirir. Bu nedenle olası komplikasyonları önceden bilmeli, erken tanı ve tedavi ile kötü sonuçlar gelişmeden müdahale edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *The British journal of surgery*. 1994;81(7):946-954. doi:10.1002/bjs.1800810707
2. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2008;336(7640):380-383. doi:10.1136/bmj.39465.674745.80
3. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Diseases of the colon and rectum*. 2007;50(6):878-892. doi:10.1007/s10350-006-0852-3
4. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000;356(9231):730-733. doi:10.1016/S0140-6736(00)02632-5
5. Cirocco WC. Life threatening sepsis and mortality following stapled hemorrhoidopexy. *Surgery*. 2008;143(6):824-829. doi:10.1016/j.surg.2007.10.004.
6. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000;355(9206):810. doi:10.1016/S0140-6736(00)02208-X

7. Pessaux P, Lermite E, Tuech JJ, et al. Pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. *Journal of the American College of Surgeons*. 2004;199(5):824-825. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.04.026
8. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal perforation, retropneumoperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids: report of a case and subsequent considerations. *Diseases of the colon and rectum*. 2002;45(2):268-270. doi:10.1007/s10350-004-6159-3
9. Wong LY, Jiang JK, Chang SC, et al. Rectal perforation: a life-threatening complication of stapled hemorrhoidectomy: report of a case. *Diseases of the colon and rectum*. 2003;46(1):116-117. doi:10.1007/s10350-004-6505-5
10. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World journal of gastroenterology*. 2012;18(17):2009-2017. doi:10.3748/wjg.v18.i17.2009
11. Ray-Offor E, Elenwo SN. Endoscopic Evaluation of Upper and Lower Gastro-Intestinal Bleeding. *Nigerian journal of surgery : official publication of the Nigerian Surgical Research Society*. 2015;21(2):106-110. doi:10.4103/1117-6806.162575
12. Morgado PJ, Suárez JA, Gómez LG, et al. Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. *Diseases of the colon and rectum*. 1988;31(6):474-480. doi:10.1007/BF02552621
13. Chung YC, Hou YC, Pan AC. Endoglin (CD105) expression in the development of haemorrhoids. *European journal of clinical investigation*. 2004;34(2):107-112. doi:10.1111/j.1365-2362.2004.01305.x
14. Aigner F, Gruber H, Conrad F, et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *International journal of colorectal disease*. 2009;24(1):105-113. doi:10.1007/s00384-008-0572-3
15. Lee JH, Kim HE, Kang JH, et al. Factors associated with hemorrhoids in korean adults: korean national health and nutrition examination survey. *Korean journal of family medicine*. 2014;35(5):227-236. doi:10.4082/kjfm.2014.35.5.227
16. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Techniques in coloproctology*. 2020;24(2):145-164. doi:10.1007/s10151-020-02149-1
17. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Diseases of the colon and rectum*. 2011;54(9):1059-1064. doi:10.1097/DCR.0b013e318225513d
18. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Diseases of the colon and rectum*. 2024;67(5):614-623. doi:10.1097/DCR.0000000000003276
19. Faucheron JL, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapled haemorrhoidopexy. *The British journal of surgery*. 2012;99(6):746-753. doi:10.1002/bjs.7833
20. McCloud JM, Jameson JS, Scott AN. Life-threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2006;8(9):748-755. doi:10.1111/j.1463-1318.2006.01028.x
21. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Diseases of the colon and rectum*. 2018;61(3):284-292. doi:10.1097/DCR.0000000000001030
22. McDonald PJ, Bona R, Cohen CR. Rectovaginal fistula after stapled haemorrhoidopexy. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2004;6(1):64-65. doi:10.1111/j.1463-1318.2004.00554.x

23. Vasudevan SP, Mustafa el A, Gadhvi VM, et al. Acute intestinal obstruction following stapled haemorrhoidopexy. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2007;9(7):668-669. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01228.x
24. Naldini G. Serious unconventional complications of surgery with stapler for haemorrhoidal prolapse and obstructed defaecation because of rectocoele and rectal intussusception. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2011;13(3):323-327. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.02160.x
25. Gravié JF, Lehur PA, Huten N, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up. *Annals of surgery*. 2005;242(1):29-35. doi:10.1097/01.sla.0000169570.64579.31
26. Pescatori M. Stapled hemorrhoidectomy: a word of caution. *International journal of colorectal disease*. 2002;17(5):362-363. doi:10.1007/s00384-002-0419-2