

Laparaskopska ventralna rektopeksija

Laparoscopic ventral rectopexy

Gregor Norčič*

KO za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2013; suplement 2: 51–53

Ključne besede: rektopeksija, laparaskopska ventralna rektopeksija, prolaps rektuma, intususcepcija

Keywords: rectopexy, laparoscopic ventral mesh rectopexy, prolapse of the rectum, Intussusception

POVZETEK

Laparaskopska ventralna rektopeksija z mrežico je relativno nova kirurška tehnika zdravljenja prolapsa rektuma. Gre za laparaskopsko različico ene izmed klasičnih transabdominalnih tehnik, ki združuje učinkovitost slednje in minimalno invazivnost. Glede na rezultate iz literature je laparaskopska ventralna rektopeksija z mrežico povezana z dobrimi rezultati zdravljenja in nizko incidenco pooperativnih zapletov. Posledično bi lahko šlo za tehniko izbora pri bolnikih s prolapsom rektuma, ki so sposobni operativnega posega v splošni anesteziji.

ABSTRACT

Laparoscopic ventral mesh rectopexy is a relatively new surgical technique for treating rectal prolapse. It is a laparoscopic version of one of the classic transabdominal techniques that combines its efficiency and minimal invasiveness. Laparoscopic ventral mesh rectopexy is associated with good treatment results and a low incidence of postoperative complications, according to the available published data. It could therefore become a technique of choice in patients with rectal prolapse who are capable of surgical procedure under general anesthesia.

UVOD

Rektopeksija pomeni fiksacijo rektuma na okolišnje strukture. Gre za kirurško tehniko, ki je namenjena zdravljenju prolapsa rektuma.

Prolaps rektuma je bolezen zadnjika, ki prizadene predvsem starejše bolnice. Poleg kozmetične motnje in odvajanja krvi ali sluzi na blato je bolezen povezana tudi s funkcionalno okvaro, ki se kaže kot zaprtje (pri okrog 60 % bolnikov) ali inkontinenca (do 70 % bolnikov). Etiologija prolapsa rektuma ni povsem pojasnjena, obstajajo različne patogenetske teorije njegovega nastanka. (1)

Glede na nejasno teorijo in patogenezo prolapsa rektuma ni presenetljivo, da so se skozi zgodovino razvile različne kirurške tehnike, s katerimi so kirurgi poizkušali odpraviti prolaps rektuma in blažiti pridruženo simptomatiko. Tradicionalno se te kirurške tehnike glede na pristop delijo v dve veliki skupini: perinealne in transabdominalne tehnike.

Pri perinealnih tehnikah je kirurški poseg omejen na zadnjik in odpiranje trebušne votline ni potrebno. Posledično se jih lahko izvaja v regionalni anesteziji. Te tehnike se zato zdijo posebej primerne za starejše bolnike s pridruženimi boleznimi. Danes

*As. mag. Gregor Norčič, dr. med

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Zaloška 2, 1000 Ljubljana

se v praksi uporabljata le še dve perinealni tehniki: perinealna resekcija rektuma po Altemeierju in operacija po Delormu.

Pri transabdominalnih tehnikah se kirurški poseg zaradi prolapsa rektuma izvede v trebušni votlini. Transabdominalne tehnike se med sabo razlikujejo glede na to, ali pri operaciji odstranimo del debelega črevesa in na kakšen način in kam se fiksira rektum. (2)

TRANSABDOMINALNE KIRURŠKE TEHNIKE ZARADI PROLAPSA REKTUMA

Klasične abdominalne operacije zaradi prolapsa rektuma so: rektopeksija po Ripsteinu, rektopeksija po Wellsu, rektopeksija po Orr-Loygueu, in resekcija sigmoidnega kolona z rektopeksijo po Frykman-Goldbergu.

Pri Ripsteinovi operaciji se rektum *anteriorno* fiksira na presakralno fascijo z neresorbilnimi šivi ali neresorbilno mrežico.

Pri Wellsovi operaciji se za *posteriorno* fiksacijo rektuma uporablja posebna spužva (»Ivalon sponge«) ali mrežica.

Pri operaciji po Orr-Loygueu se rektum *vzdolžno lateralno* fiksira na promontorij sakruma s pomočjo mrežice.

Operacija po Frykman-Goldbergu je indicirana v primeru dolgega sigmoidnega kolona. Najprej se napravi *resekcija sigme*, nato pa še fiksacija rektuma s *šivi*.

Z razvojem laparaskopske kolorektalne kirurgije so kirurgi opisane transabdominalne tehnike pričeli izvajati na minimalno invaziven - laparaskopski način. Posebej popularna tehnika je postala ventralna laparaskopska rektopeskija z mrežico. Pri tej tehniki gre pravzaprav za Orr- Loyguevo tehniko na laparaskopski način.

LAPARASKOPSKA VENTRALNA REKTOPEKSIJA Z MREŽICO

Tehniko laparaskopske ventralne rektopeskije z mrežico je opisal D'Hoore s sodelavci leta 2004. Bistvo operacije je laparaskopska mobilizacija rektuma ante-

riorno in lateralno do medeničnega dna, posteriorno pa se mezorektuma naj ne bi ločevalo od presakralne fascije. Na ta način naj bi se kirurgi izognili poškodbam avtonomnega živčevja in s tem povezanim funkcionalnim težavam. Na tako razgaljeno sprednjo steno ekstraperitonealnega dela rektuma se nato s posameznimi šivi prišije mrežica. Mrežica je oblikovana v obliko traku, ožji del naj bi bil širok nekoliko manj od rektuma, po dolžini pa naj bi segala od medeničnega dna pa do promontorija sakruma. Na rektum mora biti prišita tako, da poteka od sprednje stene ekstraperitonealnega rektuma preko desne lateralne stene do presakralne fascije desno pararektalno v predelu promontorija sakruma. Na tem mestu se mrežica nato fiksira na presakralno fascijo s ustreznimi sponkami tako, da se doseže ustrezna poprava prolapsa rektuma. Čez mrežico se nato s tekočim šivom rekonstruira peritonej. (3)

REZULTATI ZDRAVLJENJA Z LAPARASKOPSKO VENTRALNO REKTOPEKSIJO Z MREŽICO

Številni avtorji poročajo o pozitivnih izidih zdravljenja prolapsa rektuma z laparaskopsko ventralno rektopeskijo z mrežico. Tehnika naj bi bila povezana z nizko stopnjo pooperativnih zapletov, visokim deležem izboljšanja funkcionalnih težav in nizko stopnjo recidivov prolapsa rektuma.

D'Hoore in sodelavci so prvi poročali o rezultatih zdravljenja z lapatraskopsko ventralno rektopeskijo z mrežico. Od 109 operiranih bolnikov je bila potrebna konverzija iz laparaskopske v klasično tehniko pri 4 bolnikih. Do manjših zapletov je prišlo pri 7 % bolnikov. Do recidiva prolapsa je prišlo pri 3,66 % bolnikov. (4)

V preglednem članku, ki zajema 12 nerandomiziranih analiz pri skupaj 728 bolnikih zdravljenih z laparaskopsko ventralno rektopeskijo so avtorji ugotavljali recidiv prolapsa pri 0–15,4 %, zmanjšanje simptomov obstipacije pri 23,9 % in zmanjšanje inkontinence pri 44,9 % bolnikov. Do zapletov je prišlo pri 1,4–47 % bolnikov. (5)

Metaanaliza osmih študij pri 467 bolnikih je primerjala laparaskopske tehnike rektopeskije s klasičnimi.

Incidenca recidivov prolapsa je bila pri vseh tehnikah podobna in se je gibala do 10 %. Pri bolnikih po laparaskopski rektopesiji z mrežico je prišlo do izboljšanja inkontinence v 27–90 % primerov, do izboljšanja zaprtja pa v 0–84 % primerov. V posameznih študijah so sicer opisovali tudi poslabšanje obeh simptomov pri operiranih bolnikih. (6)

Dolgoročni rezultati bolnikov, sledenih po laparaskopski ventralni rektopesiji v okviru prospektivne študije, govorijo za recidiv prolapsa pri 6 % bolnikov, za izboljšanje zaprtja pri 72 % bolnikov in pojav na novo nastalega zaprtja pri 7 % bolnikov. Pri bolnikih so po operativnem posegu opažali pomembno izboljšanje kakovosti življenja. (7)

PRIMERJAVA RAZLIČNIH TEHNIK

Obstaja le malo verodostojnih študij, ki bi primerjale različne kirurške tehnike zdravljenja prolapsa rektuma in njihove rezultate. (2)

Na podlagi omenjene metaanalize študij, ki je primerjala klasične in laparaskopske tehnike med seboj, lahko zaključimo da so transabdominalne laparaskopske tehnike najmanj enakovredne transabdominalnim klasičnim tehnikam. Laparaskopske tehnike niso povezane z višjo stopnjo zapletov, niti z višjo stopnjo zapletov od klasičnih tehnik. (6)

Multicentrična študija na 293 bolnikih izvedena v Veliki Britaniji je poizkušala primerjati transabdominalne in perinealne tehnike, nato pa znotraj obeh skupin še po dve izbrani tehniki: Delormovo in Altemeierjevo operacijo med perinealnimi tehnikami oziroma rektopesijo s šivi in resekcijo sigmoidnega kolona v kombinaciji z rektopesijo s šivi. Študija ni pokazala pomembnih razlik med posameznimi tehnikami, vendar je povezana z določenimi pomanjkljivostmi. Največja pomanjkljivost je, da je študija dopuščala diskrecijsko pravico kirurga pri odločitvi za določeno kirurško tehniko. Posledično je bilo med perinealnimi in transabdominalnimi tehnikami dejansko randomiziranih le 49 bolnikov. Druga velika pomanjkljivost pa je ta, da od transabdominalnih operacij ni bila izbrana trenutno najbolj popularna tehnika, to je laparaskopska ventralna rektopesija z mrežico. (8)

Od leta 2010 je v teku nemška multicentrična randomizirana študija, ki med seboj primerja Delormovo tehniko in laparaskopsko resekcijo sigmoidnega kolona v kombinaciji z rektopesijo s šivi. Rezultate študije še čakamo, vendar tudi ta ne bo dala neposredne primerjave med najbolj popularno perinealno in transabdominalno tehniko. (9)

ZAKLJUČEK

Glede na dokaze iz literature je laparaskopska ventralna rektopesija z mrežico povezana z nizko incidenco konverzij, nizko incidenco kooperativnih zapletov, nizko incidenco recidiva prolapsa rektuma in ugodnim funkcionalnim rezultatom zdravljenja. Bolnike s prolapsom rektuma, ki so sposobni kirurškega posega v splošni anesteziji je zato potrebno napotiti h kirurgu, ki obvlada tako laparaskopsko kolorektalno kirurgijo kot tudi perinealne tehnike zdravljenja. Le tako bodo lahko ti bolniki deležni optimalne kirurške oskrbe.

LITERATURA

1. D'Hoore. Rectal Prolapse, Intussusception, Solitary Rectal Ulcer. In: Herold A., Lehur P.A., Matzel K.E., O'Connell P.R.: Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer 2008: 115–119.
2. Melton GB, Kwaan MR. Rectal prolapse. Surg Clin North Am. 2013; 93:187–98.
3. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br J Surg. 2004; 91:1500–5.
4. D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pepy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc. 2006; 20:1919–23.
5. Samaranyake CB, Luo C, Plank AW, Merrie AE, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception. Colorectal Dis. 2010; 12:504–12.
6. Cadeddu F, Sileri P, Grande M, De Luca E, Franceschilli L, Milito G. Focus on abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: meta-analysis of literature. Tech Coloproctol. 2012; 16:37–53.
7. Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y. Laparoscopic ventral rectopexy: a prospective long-term evaluation of functional results and quality of life. Tech Coloproctol. 2013 Jan 23. [Epub ahead of print]
8. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NC, et al.. The PROSPER Collaborative Group. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. Colorectal Dis. 2013 Mar 5. [Epub ahead of print]
9. Rothenhoefer S, Herrle F, Herold A, Joos A, Bussen D, Kieser M, et al.. DeloRes trial: study protocol for a randomized trial comparing two standardized surgical approaches in rectal prolapse - Delorme's procedure versus resection rectopexy. Trials. 2012; 13:155.