

AİLESEL YATKINLIK GÖSTEREN REKTAL PROLAPSUS (VAKA TAKDİMİ)

Dr. Alaeddin DİLSİZ *, Dr. Engin GÜNEL *, Dr. Lütfi DAĞDÖNDEREN *

* S. Ü. T. F. Çocuk Cerrahisi ABD

ÖZET

Rektal prolapsus; rektal mukozanın bazen de tüm duvarının anüsten dışarı doğru dönerek sarkmasıdır. Çocuklarda nadir rastlanan ve genellikle kendiliğinden iyileşen bir hastalık olarak bilinmektedir. Rektal prolapsusun etiyolojisi ve insidansı tam olarak bilinmemekle beraber bazı predispoze faktörler bildirilmektedir. Bu makalede babası, halası ve dedesinde rektal prolapsus öyküsü bulunan, 5 ve 8 yaşlarındaki iki erkek kardeş sunulmuştur. Aile taramasında prolapsusa neden olabilecek predispoze faktör saptanamamıştır. Literatür incelendiğinde ailesel yatkınlık ve geçiş hakkında yeterli bilgi mevcut değildir.

Anahtar Kelimeler:Rektal Prolapsus, Çocukluk Çağı, Heredite

SUMMARY

Rectal Prolapsus Related to Familial Inheritance(Case Report).

Herniation of the rectal mucosa, sometimes whole rectal wall, from anus is known as rectal prolapse. In this report, we presented 5 and 8 year-old brothers whose father, aunt, and grandfather had rectal prolapse during their childhood. There is no predisposing factor causing prolapse in their family investigation. There is not enough knowledge about inheritance of rectal prolapse in the literature.

Key Words: Rectal prolapse, childhood, heredity.

GİRİŞ

Rektal prolapsus, rektal mukozanın -bazan da tüm duvarının- anüsten dışarı sarkmasıdır(1,2). Çocuklarda nadir rastlanan(3) ve genellikle kendiliğinden iyileşen bir hastalık olarak bilinmektedir. Rektal prolapsusun etiyolojisi ve insidansı tam olarak bilinmemekle beraber bazı predispozan faktörler bildirilmektedir.

VAKA 1: 8 yaşındaki erkek hastanın, 2 yaşından beri aralıklarla, son 1.5 yıldır ise hemen her defekasyondan sonra oluşan prolapsus şikayeti mevcuttu. İshal, kabızlık, tenezm anamnezi olmayan hastanın aralıklı olarak ortaya çıkan rektal kanaması vardı. Fizik muayene ve tetkikleri normal, kistik fibrozis için yapılan ter testi negatifti. Operasyon sı-

rasında yapılan rektosigmoidoskopide 20 cm'ye kadar olan rektum ve sigmoid kolon normal olarak değerlendirildi.

VAKA 2: 5 yaşında erkek hasta 1.5 yaşından beri ara sıra, son 1 yıldır hemen her defekasyondan sonra görülen prolapsus şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde kanama, ishal, kabızlık ve tenezm yoktu. Fizik muayene ve tetkikleri normal olup, kistik fibrozis için yapılan ter testi negatifti. Operasyon sırasında yapılan rektosigmoidoskopide 20 cm'lik rektum ve sigmoid kolon normaldi.

Hastaların soygeçmiş sorgulamasında baba, hala ve büyükbabada da rektal prolapsus olduğu öğrenildi. Babaları 32 yaşında olup, 2 yaşında başlayan ve 10 yaşında kendiliğinden kaybolan rektal pro-

lapsus hikayesi vardı. Hala ise 42 yaşında olup, 3 yaşında başlayan ve puberte döneminde kaybolan prolapsus anemnezi mevcuttu. Her ikisinde konsültasyon ve tetkiklerinde özellik saptanamadı.

Ayrıca hastalarımızın, şu an hayatta olmayan büyükbabalarında da 3 yaşlarında başlayan ve puberte döneminde kendiliğinden kaybolan prolapsus anemnezi, eşi ve çocuklarından öğrenildi (Şekil 1).

TARTIŞMA

Çocuklarda rektal prolapsus 1-3 yaşları arasında görülen, genellikle spontan iyileşen bir hastalıktır (2). Genelde rektumun 2-3 cm'lik mukoza kısmında olur ve çocuk ıknırken ortaya çıkar. Bebeklerde rektumun defekasyon, ıknıma ve ağlama süresinde pubokoksigeal bağ içinden dikey olarak geçmesi ve henüz tersine bir "S" harfi şeklini almamış olmasından dolayı rektal prolapsus kolaylıkla gelişebilir(2).

Hastalığın etiyojisi tam olarak aydınlanmamış olmakla beraber; Akut diare, konstipasyon, parazitoz, malnutrisyon, rektal polip, kistik fibrozis, ekstrofi vezikale, meningomiyelose ve anatomik defeklerle beraber ve ayrıca imperfore anüs onarımından sonra görüldüğü bilinmektedir(1-6). Spina bifida gibi pelvik tabanın nöromusküler bozukluklarında rektal prolapsus için uygun bir ortam hazırlar(1,2). Gelişmekte olan ülkelerde, etiyojide beslenme bozukluğu ve malnutrisyon ön sırada iken (4,7), gelişmiş ülkelerde konstipasyon ve kistik fibrozis ilk sıraları almaktadır(3). Rektal prolapsusta spesifik etiyojisi nadiren tespit edilirken, tüm tetkiklere rağmen %17 hastada hiç bir sebep bulunamaz(3).

Aile, defekasyondan sonra çıkan mukoza veya barsağı görmesiyle tedirgin bir şekilde doktora başvurur ve tanı, prolabe olan kısmı görmekle kolayca

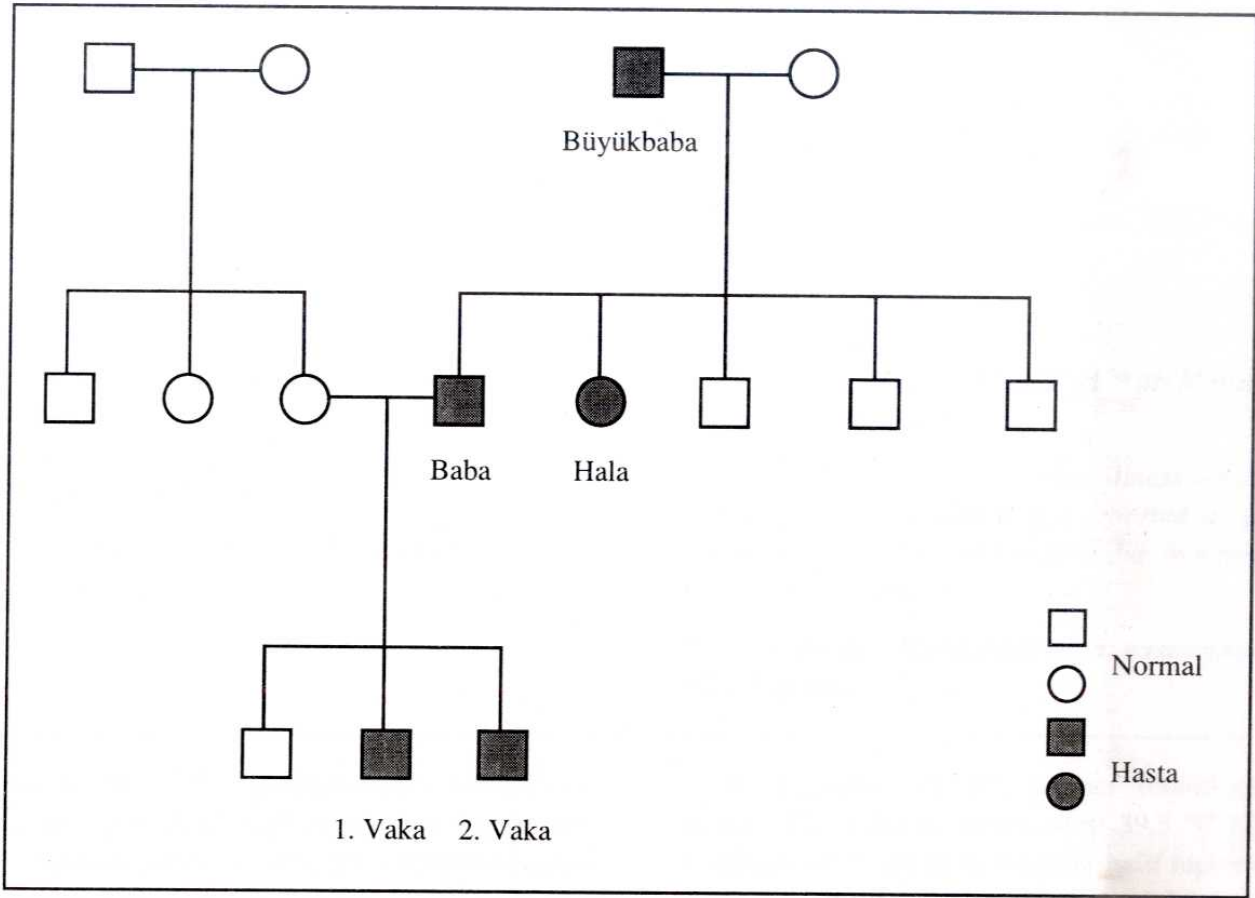
konulur. Ayırıcı tanıda, rektal polipten anemnezle ve rektal tuşe ile kolayca ayırtedilir ve kanama, poliptekinin aksine daima prolapsustan sonra görülür (2). Gaitada parazit ve yumurta araştırılmalı, kistik fibrozis için ter testi yapılmalı, akut diare ve konstipasyon açısından detaylı bir anemnez alınmalıdır. Spina bifida için direk grafiler çekilmelidir.

Neden ne olursa olsun, hastayı ve ailesini tedirgin eden bu patoloji medikal ya da cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Tedavide öncelikle, varsa bariz predispoze faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Parazitoz, diare, konstipasyon, beslenme bozukluğu gibi nedenler medikal olarak tedavi edilmeli, çocuğa düzenli bir tuvalet alışkanlığı kazandırılmalıdır. Beslenmenin düzelmesi ve kilo alımıyla doğru orantılı olarak prolapsusun gerilediği bilinmektedir(3,8). Aile prolabe olan kısmın bakımı ve redüksiyonu konusunda aydınlatılmalıdır.

Hastaların çoğunda, özellikle predispoze faktörler medikal olarak tedavi edilebiliyorsa cerrahi girişime gerek kalmaz. Cerrahi tedavi gerektiren hastalarda abdominal veya perineal yaklaşımdan biri gerekebilir(1,2,10,12). Ancak skleroterapi günümüzde en çok uygulanan tedavi yöntemidir(4,9-11).

Sunduğumuz bu iki hastamız konservatif tedaviye cevap vermemiş, cerrahi olarak (sirkulaj tekniği) tedavi edilmiştir. Hastalarımızda predispoze bir faktör tespit edilememesi ve birinci dereceden akrabalarında da hastalığın görülmesi, rektal prolapsus etiyojisinde ailesel geçiş gösteren bir genetik bozukluğun olabileceğini akla getirmektedir. Ancak, yapılan taramalarda, literatürde ailesel yatkınlık veya genetik bir defekt hakkında yeterli bilgi mevcut değildir. Genetik geçiş hakkında çalışmaların yapılması, rektal prolapsus etiyojisini aydınlatacak faydalı bilgiler vereceği kanısındayız.

Şekil 1: Ailedeki rektal prolapsus olgularını gösteren soyağacı.



KAYNAKLAR

1. Ashcraft KW, Holder TM. Acquired anorectal disorders. "Pediatric Surgery", 2nd ed. Philadelphia; WB Saunders Company, 1993: 411-3.
2. Raffensperger JG. Rectal prolapse. "Swenson's Pediatric Surgery", 5th ed. Connecticut: Appleton-Lange, 1990: 241-2.
3. Zempsky WT, Rosenstein BJ. The cause of rectal prolapse in children. Am J Dis Child 1988; 142:338-9.
4. Fehri M, Harouchi A, Reffas, el-Andaloussi M, Benbachir M, Guessous N. Rectal prolapse in children. Review of 260 cases. Chir Pediatr 1988; 29:313-7.
5. Brandari B, Mandovara SL. Rectal prolapse in childhood. Indian J Pediatr 1984; 51:89-94.
6. Eriksen CA, Hadley GP. Rectal prolapse in childhood —the role of infections and infestations. S Afr Med J 1985; 68:790-1.
7. Groff DB, Nagaraj HS. Rectal prolapse in infants and children. Am J Surg 1990; 160:531-2.
8. Badejo OA. Pediatric rectal prolapse. Br J Clin Proct 1985; 39:379-381.
9. Severijnen R, Festen C, von der Staak F, Rieu P. Rectal prolapse in children. Neth J Surg 1989; 41:149-51.
10. Freeman NV. Rectal prolapse in children. J R Soc Med 1984; 77(supp3): 9-12
11. Lukram AS. Management of complete rectal prolapse. J Indian Med Assoc. 1989; 87:284-5.
12. Loygue J, Nordlinger B, Cunci O, Malafosse M, Huguot C, Parc R. Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse. Report of 257 cases. Dis Colon Rectum.1984; 27:356-9.