

PELVİK TABAN HASTALIKLARI

19. BÖLÜM

Yüksel ALTINEL¹

ÖZET

Pelvik taban kaslarının fonksiyonel anatomisine bağlı bozukluklardan dolayı, farklı pelvik taban hastalıkları görülmektedir. Ayrıca, yeni görün-tüleme ve fizyolojik çalışmalar, pelvik tabanın fonksiyonlarının oldukça farklı olduğunu göstermektedir. Bu sebepten, pelvik taban hastalıklarını daha etkili bir şekilde tedavi etmek için bu hastalık grubunun iyi anlaşıl-ması önemlidir.

Giriş

Pelvik taban fasciae ile kaplı hem çizgili hem de düz kaslar (rabdo- ve lisso mus-culofibrous sistemler) ile beraber iki katlı işlev görmektedir. Örneğin, pelvik boş-luğun kapatılması işlevi için intrapelvik organlara, mesane ve rektumun kontrollü açılıp kapanması ve doğum olayında ise ayrıca destek görevi sağlamaktadır. Dişi pelvik taban bazı zayıflıklar nedeniyle genellikle daha hassastır. Bu anatomik ve fizyolojik zayıflığı nedeniyle (daha az kas gücü, daha az sinir invazyonu, daha geniş ürogenital açıklık) ve stresli doğum sırasında meydana gelen gerginliklere bağlı, perine sendromu, pelvik organ prolapsusu ve boşalma bozuklukları bayan hastalarda daha çok görülmektedir.

¹ Uzm. Dr. Yüksel ALTINEL, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü dyukselaltinel@gmail.com

Soliter rektal ülser sendromu

Fibrotik, ülser zemininde, eritemli ve polipoid kitle yapısında olan, restoskopide anal kanalda proksimalde veya rektum ön duvarında lokalize ülsere tümör görünümüne bir lezyondur. Defekasyon sırasında ağrı, mukuslu ve kanlı akıntı eşlik edebilmektedir. Tanıda kullanılmak üzere dinamik görüntüleme (kolpo-sisto-defekografi veya manyetik rezonans defekografisi) yöntemleri, anorektal manometri ⁽⁴¹⁾ ve rektoskopi eşliğinde biopsi yapılmaktadır. Tedavi seçeneği olarak bi-feedback ile yüksek lifli diyet ⁽⁴²⁾ yada son olarak cerrahi yöntemleri düşünülür.

Risk Faktörleri

Pelvik taban hastalıklarının erken tanı konması ve etkili tedavinin en uygun şekilde verilmesi bu hastalıklara ait risk faktörlerinin belirlenmesi ile mümkündür. Özellikle bu risk faktörlerini ayrıntılı olarak incelediğimizde, predispozan faktörler olarak genetik, konjenital, ırk, yaş, anatomik, nörolojik ve kas ile ilgili hasarları içermektedir. Pelvik taban fonksiyon bozukluklarının bir kısmı, Ehlers-Danlos ve Marfan sendromları gibi genetik etyolojiye bağlı kollajen doku hastalıklarında bulunmaktadır ⁽⁴³⁾. Tetikleyen faktörler ise teorik olarak doğum, radyasyon ve pelvik cerrahi sonrası oluşabilmekte ve özellikle üç veya daha fazla doğum yapmış kadınlarda % 30 fazla saptanmaktadır ⁽⁴⁴⁾. Teşvik edici faktörler olarak, kabızlık, vücut kitle indeksi (VKİ), artmış bel çevresi, sigara kullanımı, ek hastalıklar, mesleki aktiviteler, ilaçlar, enfeksiyonlar ve hormonal tedavi yer almaktadır. Kronik kabızlık, sfinkter innervasyon yaralanmasına neden olsa da, pelvik organ prolapsusu ile ilişkilidir ⁽⁴⁵⁾.

KAYNAKLAR

1. Fritsch H, et al. Clinical anatomy of the pelvic floor. *Adv Anat Embryol Cell Biol.* 2004;175:1–64.
2. Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin.*2008; North Am 37:493-509
3. Neels, H., Pacquée, S., Shek, K. et al. Is vaginal flatus related to pelvic floor functional anatomy?. *Int Urogynecol J.* 2020. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04371-9>
4. DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvis.1994. In: Kursh ED, McGuire EJ (eds) *Female urology*, 1st edn. Lippincott, Philadelphia
5. Ducey A, Donoso C, Ross S, et al. From anatomy to patient experience in pelvic floor surgery: Mindlines, evidence, responsibility, and transvaginal mesh. *Soc. Sci. Med* 2020; 260-113151
6. Contemporary views on female pelvic anatomy. *Cleve Clin J Med.* 2005; 72:3-11
7. Wallner C, van Wissen J, Maas CP et al. The contribution of the levator ani nerve

- and the pudendal nerve to the innervation of the levator ani muscles; a study in human fetuses. *Eur Urol.* 2008; 54:1136-1142
8. Prather H, Dugan S, Fitzgerald C, et al. Review of anatomy, evaluation, and treatment of musculoskeletal pelvic floor pain in women. *PM R.* 2009; 1:346-358
 9. Stoker J, et al. Pelvic floor imaging. *Radiology.* 2001;218:621-41.
 10. Krogh K, Ryhammer AM, Lundby L, Gregersen H, Laurberg S. Comparison of methods used for measurement of rectal compliance. *Dis Colon Rectum.* 2001;44:199-206.
 11. Farmer A, Scott S, Hobson AR. Gastrointestinal motility revisited: the wireless motility capsule. *UEG J.* 2013;1:413-21.
 12. Wald A. Anorectal and pelvic pain in women. *J Clin Gastroenterol.* 2001; 33:293-88. Chiarioni G, Asteria C, Whitehead WE. Chronic proctalgia and chronic pelvic pain syndromes: new etiologic insights and treatment options. *World J Gastroenterol.* 2011;17(40):4447-55.
 13. Andromanakos NP, Kouraklis G, Alkiviadis K. Chronic perineal pain: current pathophysiological aspects, diagnostic approaches and treatment. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;23(1):2-7.
 14. Misirliloglu TO, Akgun K, Palamar D, Erden MG, Erbilir T. Piriformis syndrome: comparison of the effectiveness of local anesthetic and corticosteroid injections: a double-blinded, randomized controlled study. *Pain Physician.* 2015;18(2):163-71.
 15. El Sayed RF, Morsy MM, El Mashed SM, et al. Anatomy of the urethral supporting ligaments defined by dissection, histology, and MRI of female cadavers and MRI of healthy nulliparous women. *AJR.* 2007; 189:1145-1157.
 16. Herold A, Lehur PA, Matzel KE, et al. *Coloproctology*, second edition, European Manual of Medicine. 2017; DOI 10.1007/978-3-662-53210-2
 17. Berman JR, Manning DH, Dudley-Wright K. Anatomic specificity in the diagnosis and treatment of internal rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 1985;28:816-26.
 18. Orrom WJ, Bartolo DC, Miller R, Mortensen NJ, Roe AM. Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defaecation. *Dis Colon Rectum.* 1991;34:41-6.
 19. Wijffels NA, Jones OM, Cunningham C, et al. What are the symptoms of internal prolapse? *Colorectal Dis.* 2013;15:368-73.
 20. Gosselink MP, Adusumilli S, Gorissen KJ, et al. I. Laparoscopic ventral rectopexy for fecal incontinence associated with high-grade internal rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2013;56:1409-14.
 21. Prapasrivorakul S, Gosselink MP, Gorissen KJ, et al. I. Sacral neuromodulation for faecal incontinence: is the outcome compromised in patients with high-grade internal rectal prolapse? *Int J Colorectal Dis.* 2015;30:229-34.146
 22. Collinson R, van Duivendijk P, Cunningham C, et al. Laparoscopic anterior rectopexy improves obstructed defecation in patients with rectal intussusception. *Colorectal Dis.* 2007; 9 (Suppl1):31-104.
 23. Boccasanta P, Venturi M, Salamina G, et al. New trends in the surgical treatment of outlet obstruction : clinical and functional results in two novel transanal stapled techniques from a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:359-69.
 24. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective multicenter trial. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1285-97.
 25. Ommer A, Albrecht K, Wenger F, et al. Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Langenbecks Arch Surg.* 2006;391:32-7.

26. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, et al. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR for obstructed defecation. *Tech Coloproctol.* 2003;7: 148–53.
27. Wong M, Meurette G, Abet E, Podevin J, Lehur PA. Safety and efficacy of laparoscopic ventral mesh rectopexy for complex rectocele. *Colorectal Dis.* 2011;13(9):1019–23.
28. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4):CD004014.
29. Lubowski DZ, Meagher AP, Smart RC, et al. Scintigraphic assessment of colonic function during defaecation. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10:91–3
30. Ruhl A, Thewissen M, Ross HG, et al. Discharge patterns of intramural mechanoreceptive afferents during selective distension of the cat's rectum. *Neurogastroenterol Motil.* 1998;10:219–25
31. Dietz, H.P., Scoti, F., Subramaniam, N. et al. Impact of subsequent pregnancies on pelvic floor functional anatomy. *Int Urogynecol J.* 2018; 29, 1517–1522.
32. DeLancey JO, The anatomy of the pelvic floor. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1994; 6:313–316
33. Gagliardi G, Pescatori M, Altomare DF, et al. Italian Society of Colo-Rectal Surgery (SICCR). Results, outcome predictors, and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:186–95; discussion 195
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 49. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. June 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/.CG49NICEGuidance>. Accessed Jan 2012.
35. Madoff R, Laurberg S, Lehur PA, et al. Surgery for fecal incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein AJ, editors. *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence.* Paris:ICUD-EAU; 2013.
36. Norton C, Whithead W, Bliss DZ, et al. Conservative and medical management of fecal incontinence in adults. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein AJ, editors. *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence.* Paris: ICUD-EAU; 2013.
37. Sjö Dahl J, Walter SA, Johansson E, et al. Combination therapy with biofeedback, loperamide, and stool-bulking agents is effective for the treatment of fecal incontinence in women – a randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50:965–74.
38. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009; 23:555–73
39. Lehur PA, Stuto A, Fantoli M et al. Outcomes of stapled transanal rectal resection vs. biofeedback for the treatment of outlet obstruction associated with rectal intussusception and rectocele: a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum.* 2008; 51:1611–1618.
40. Lau CW, Heymen S, Alabaz O, et al. Prognostic significance of rectocele, intussusception, and abnormal perineal descent in biofeedback treatment for constipated patients with paradoxical puborectalis contraction. *Dis Colon Rectum.* 2000; 43:478–82
41. Goh JT, Tjandra JJ, Carey MP. How could management of rectoceles be optimized. *ANZ J Surg.* 2002; 72:896–901
42. Rao SSC, Mudipalli RS, Stessman M, et al. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (anismus). *Neurogastroenterol Motil.* 2004;16:589–96.

43. Choi JS, Hwang YH, Salum MR, et al. Outcome and management of patients with large rectoanal intussusception. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:740-4.
44. Strohbehn K, Normal pelvic floor anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am.*1998; 25:683-70.
45. Kearney R, Sawhney R, DeLancey JO, Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:168-173.