

Olgu Sunumu / Case Report

Benign Pnömooperiton: Olgu Sunumu^[*]

Benign Pneumoperitoneum: A Case Report

Doğan ALBAYRAK, Ahmet Rahmi HATİPOĞLU, Abdil Cem İBİŞ, Nihat POLAT, İrfan COŞKUN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

Başvuru tarihi / Submitted: 22.08.2007 **Kabul tarihi / Accepted:** 12.09.2007

Fleksibl kolonoskopi kolon patolojilerinin tanı, tedavi ve takibinde kullanılan en iyi yöntem olarak kabul edilmektedir. Kolonoskopi sonrası karın ağrısından yakınan her hastada, perforasyondan şüphelenilmelidir. Kolonoskopi sonrası perforasyon sıklığı tanısız amaçlı yapılan kolonoskopide %0.01 ile %0.4 arasında değişmektedir. Yaygın peritoneal irritasyon bulguları olması durumunda cerrahi girişim şarttır. Erken cerrahi girişim birçok yazar tarafından mortalite ve morbiditeyi azaltan en iyi stratejik yaklaşım olarak görülmektedir. Seçilmiş olgularda, peritoneal irritasyon bulguları olmaması durumunda ameliyatsız (non-operative) yaklaşım denenebilir. Geniş olgu çalışmaları incelendiğinde ameliyatsız yaklaşılan olguların tüm kolonik perforasyon olgularının ortalama %1 ila %5'ini oluşturduğu görülmektedir. Bu yazıda, kolonoskopi sonrasında intraperitoneal alanda serbest gaz tespit edilen ve ameliyatsız tedavi edilen olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Kolonoskopi; benign pnömooperiton.

Flexible colonoscopy is the gold standard in diagnosis, treatment, and follow-up of colonic pathologies. The acute onset of abdominal pain after colonoscopy may be a clinical sign of colonic perforation. Perforation rate after diagnostic colonoscopies varies between 0.01%-0.4%. If the patient develops signs of peritoneal irritation, the surgical intervention is obligatory. According to the literature, early surgical treatment is the best strategic approach that decreases the morbidity and mortality. Nonoperative treatment could be a choice in selected patients without signs of peritoneal irritation. In large colonoscopy series, only 1-5% of the cases with colonic perforation secondary to the colonoscopy were treated conservatively. We reported a case with colonic perforation after diagnostic colonoscopy which we successfully treated nonoperatively without further need of surgery.

Key Words: Colonoscopy; benign pneumoperitoneum.

Kolonoskopi kolon patolojilerinin tanı, tedavi ve takibinde kullanılan en iyi yöntem olarak kabul edilmektedir.^[1] Bununla birlikte kolonoskopi, kanama ve perforasyon gibi hayati

tehdit eden majör komplikasyonları da olan invaziv bir girişimdir.^[1-4] Kolonoskopi sonrası karın ağrısından yakınan her hastada, perforasyon akla gelmelidir.^[5] Kolonoskopi sonrası

perforasyon sıklığı tanısıl amaçlı yapılan kolonoskopilerde %0.01-0.4 arasında değişmektedir.^[1-11] Bu oran işlem sırasında polipektomi yapılması durumunda %1'e kadar yükselmektedir.^[1,2] Yaygın peritoneal irritasyon bulguları olması durumunda cerrahi girişim şarttır.^[1-12] Seçilmiş olgularda, peritoneal irritasyon bulguları olmaması durumunda ameliyatsız (non-operative) yaklaşım denenebilir.^[1,2] Bu yazıda, kolonoskopi sonrasında, karın içi serbest hava tespit edilerek ameliyatsız takip edilen olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında kadın hasta acil servisi-mize karında şişkinlik ve ağrı yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 24 saat önce kendisine dış merkezde tanısıl amaçlı kolonoskopi yapıldığını, işlem sırasında çok şiddetli karın ağrısının başladığını, şiddeti azalmakla birlikte ağrısının devam ettiğini belirten hastanın yapılan kolonoskopisinde patolojik bulguya rastlanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede karında yaygın distansiyon ve sağ alt kadranda belirgin olmak üzere alt kadranda hassasiyet tespit edildi. Defans, rebaund yoktu. Nabız: 84 atım/dk, vücut sıcaklığı: 36.7 °C olarak ölçüldü. Tam kan sayımında; hemoglobin: 10.1 gr/dl, lökosit: 5350/mm³ idi. Karın ultrasonografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Ayakta direkt karın grafisinde diyafram altında serbest hava olduğu görüldü (Şekil 1). Bu bulgular sonucunda hasta, kolonoskopi sırasında meydana gelen perforasyon tanısı ile yatırılarak gözlem altına alındı. Taşikardisi, ateş yüksekliği, lökositoz ve periton irritasyon bulguları olmayan hasta, karın içinde perforasyona sekonder serbest hava olmasına rağmen destek tedavisi ile takip edildi. Oral alımı kesilen hastaya antibiyotik profilaksisi ve sıvı tedavisi yapıldı. Takibinin 3. gününde karın muayene bulgularının tamamen gerilediği görülen hastaya gaz çıkışı ve defekasyonun sağlanması sonrasında 5. günde sulu gıdalar, 7. günde katı gıdalar başlandı. Takibi sırasında lökositoz ve ateşi olmayan hasta takibinin 10. gününde şifa ile taburcu edildi. Yaklaşık bir ay sonra kontrol amaçlı çekilen ayakta direkt karın grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Günümüzde kolonoskopi kolon patolojilerinin tanı, tedavi ve takibinde çok sık kullanılan invaziv endoskopik bir yöntemdir. Tanı ve tedavi amaçlı kullanımındaki üstünlüklerinin yanında kolonoskopi ciddi komplikasyonları olabilen invaziv bir girişimdir.^[1-4] Birçok hastada perforasyonun nedeni kolonoskopun sivri ucunun direkt mekanik etkisidir.^[1,3,6] Ayrıca agresif gaz insüflasyonuna bağlı olarak meydana gelen barotravma da etkili olabilmektedir.^[1,3,6] Tedavi edici kolonoskopik girişimler esnasında oluşan kolon perforasyonu ise daha çok yüksek ısı ve elektrik etkisi ile meydana gelmektedir.^[1,3,6]

Perforasyonun erken semptomları arasında persistan karın ağrısı ve distansiyon varken, geç dönemde ortaya çıkan bulgular sekonder peritonit sonucu ortaya çıkan ateş ve lökositozdur.^[4]

Kolonoskopi sonrası perforasyon, daha çok divertiküler hastalık varlığında ve geçirilmiş abdominopelvik cerrahi öyküsü olan hastalarda, striktür olan kolon segmentlerinde meydana



Şekil 1. Kolonoskopi sonrası çekilen ayakta direkt karın grafisinde diyafram altında serbest hava tespit edildi.

Tablo 1. Kolon perforasyonu için risk faktörleri^[1-4,6-9]

1. Kadın cinsiyet
2. Kolon divertiküler hastalığı
3. Geçirilmiş abdominopelvik cerrahi öyküsü
4. İnflamatuvar bağırsak hastalığı
5. İleri yaş

na gelmektedir.^[1] Kadın cinsiyet, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve ileri yaş risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Tablo 1).^[1-4,6-9]

Kolonoskopi sonrası perforasyon en sık sigmoid kolonda (%62) görülmekte, bunu sırasıyla çıkan kolon (%16), rektum (%11), çekum, transvers kolon ve splenik fleksura takip etmektedir.^[1-2,6]

Tanı daha çok kolonoskopi sırasında veya işlemden hemen sonra konmaktadır.^[2,6] Tanı için çoğu zaman direkt karın grafisinde diyafram altında serbest hava görülmesi yeterli olmaktadır.^[3,13] Bu yöntem ile yaklaşık 1 ml'ye kadar intraperitoneal serbest hava saptanabilmektedir.^[13] Bizim olgumuzda da tanı direkt karın grafisi ile kondu.

Yaygın peritoneal irritasyon bulguları olması durumunda erken cerrahi girişim şarttır.^[1-12] Karın içi serbest hava tespit edilmesi durumunda peritoneal irritasyon bulguları olmasa da acil laparotomiye öneren yazarlar vardır.^[3] Erken cerrahi girişim birçok yazar tarafından mortalite ve morbiditeyi azaltan en iyi stratejik yaklaşım olarak görülmektedir.^[1-11] Perforasyon saptanan ve ameliyata alınan olgularda eğer hasta erken dönemde başvurmuşsa, peritoneal kirlenme yoksa ve perforasyon düzgün kenarlı ve küçük ise geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi yanında primer onarım uygulanabilir.^[12,14-16] Ancak olguların çoğunda fekal kontaminasyon olduğundan, perforasyon alanı tamir edilerek yaranmanın yerine göre proksimaline loop kolostomi ya da sigmoid uç kolostomi ve Hartmann işlemi yapılması gerektiği bildirilmiştir.^[12,14-16] Selülit, Fournier gangreni veya apse şeklinde kendini gösteren peritoneal refleksiyonun altındaki perforasyonlarda, hastaya göre girişim seçilmelidir.^[12] Bu hastalarda intraperitoneal serbest gaz tespit edilemez. Uç kolostomi ve müköz

fistül tarzında fekal diversiyon önerenlerin yanı sıra, takip ve gerektiğinde presakral drenaj önerenler de vardır.^[14-16]

Seçilmiş olgularda, peritoneal irritasyon bulguları olmaması durumunda ameliyatsız yaklaşım denenebilir.^[1,2] Tedavi şeklinin belirlenmesinde ve prognozda, perforasyonun oluş mekânı, yeri ve büyüklüğü, bağırsak hazırlığının yeterli olup olmaması, perforasyon sonrası tanı konana kadar geçen süre, hastanın klinik bulguları (karın muayene bulguları varlığı, lökositoz, taşikardi, ateş vb.) önemlidir.^[1-3,6] Geniş çalışmalar incelendiğinde ameliyatsız takip edilen olguların tüm kolonik perforasyon olgularının %1-5'ini oluşturduğu görülmektedir.^[1,2] Farley ve ark. 57.028 olguluk kolonoskopi çalışmalarında toplam 43 perforasyon olgusu (%0.075) bildirmişler ve bu olgulardan sadece birini (%2) ameliyatsız takip etmişlerdir.^[1] Korman ve ark.^[2] 116.000 olguluk kolonoskopi çalışmalarında toplam 37 perforasyon olgusu (%0.03) bildirmişler ve bu olguların sadece ikisini (%5) ameliyatsız takip etmişlerdir.

Sonuç olarak, ameliyatsız takibin genel durumu stabil, peritoneal irritasyon bulguları olmayan hasta grubu için, akılda tutulması gereken bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz. Takip sırasında hasta yatırılarak, oral alımı, gaz çıkışı ve defekasyon durumu yakından takip edilmeli gerekirse sıvı desteği ve intravenöz antibiyotik profilaksisi açısından değerlendirilmelidir. Unutulmaması gereken kolon perforasyonunun ciddi bir komplikasyon olduğu ve ameliyatsız takibin de bir o kadar riskli olabileceğidir. Bundan dolayı ameliyatsız takibin, ancak seçilmiş hasta grubunda ve hastalar her türlü komplikasyondan haberdar edilerek, hasta ve doktorun alacağı ortak karar sonrasında uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Tulchinsky H, Madhala-Givon O, Wasserberg N, Lelcuk S, Niv Y. Incidence and management of colonoscopic perforations: 8 years' experience. *World J Gastroenterol* 2006;12:4211-3.
2. Korman LY, Overholt BF, Box T, Winker CK. Perforation during colonoscopy in endoscopic ambulatory surgical centers. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:554-7.
3. Kavic SM, Basson MD. Complications of endoscopy.

- Am J Surg 2001;181:319-32.
4. Dominitz JA, Eisen GM, Baron TH, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;57:441-5.
 5. Mattei P, Alonso M, Justinich C. Laparoscopic repair of colon perforation after colonoscopy in children: report of 2 cases and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2005;40:1651-3.
 6. Wong SH, Wong VW, Sung JJ. Virtual colonoscopy-induced perforation in a patient with Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2007;13:978-9.
 7. Vieira A, Fernandes V, Freitas J. Post-colonoscopy polypectomy pneumoperitoneum successfully treated by paracentesis. *Endoscopy* 2005;37:782.
 8. Janes SE, Cowan IA, Dijkstra B. A life threatening complication after colonoscopy. *BMJ* 2005;330:889-90.
 9. Yakobi-Shvili R, Cheng D. Tension pneumoperitoneum-a complication of colonoscopy: recognition and treatment in the emergency department. *J Emerg Med* 2002;22:419-20.
 10. Pham BV, Raju GS, Ahmed I, Brining D, Chung S, Cotton P, et al. Immediate endoscopic closure of colon perforation by using a prototype endoscopic suturing device: feasibility and outcome in a porcine model (with video). *Gastrointest Endosc* 2006; 64:113-9.
 11. Fu KI, Sano Y, Kato S, Fujii T, Sugito M, Ono M, et al. Pneumoscrotum: a rare manifestation of perforation associated with therapeutic colonoscopy. *World J Gastroenterol* 2005;11:5061-3.
 12. Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA, Trunkey DD. Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981;142:85-8.
 13. Karahan Öİ, Kurt A, Baykara M, Coşkun A. İntraperitoneal serbest havanın US ile saptanabilirliği. *Tanusal ve Girişimsel Radyoloji* 2003;9:60-62.
 14. Şahin A, Çağa T, Javadı M, İhtiyar E, Yaşar B, Karahüseyinoğlu E, ve ark. Rektal yabancı cisimler. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi* 1995;5:12-4.
 15. Hellinger MD. Anal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 2002;82:1253-60.
 16. Lyons MF 2nd, Tsuchida AM. Foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Med Clin North Am* 1993; 77:1101-14.