

Tanısal Kolonoskopi Sonrası Benign Pnömoertion: Olgu Sunumu

Benign Pneumoperitoneum After Diagnostic Colonoscopy: Case Report

ŞÜKRÜ TAŞ, ÖMER FARUK ÖZKAN, ÖZTEKİN ÇIKMAN, MUHAMMET KASIM ARIK, FARUK ÖZKUL,
MUAMMER KARAAYVAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. Çanakkale - Türkiye

ÖZET

Son yıllarda endoskopik, laparoskopik, ve torakoskopik girişimlerin artmasına bağlı olarak görülen benign pnömoertion olgularında artış gözlenmektedir. Daha önceleri bu tip vakalara cerrahi girişim ilk yaklaşım iken, tanı ve tedavi yöntemlerinde sağlanan ilerlemelerle seçilmiş olgularda konservatif yaklaşımlar giderek artış göstermektedir. Endoskopik girişimler sonrası, periton irritasyon bulguları vermeyen ve karın içi serbest hava tespit edilen hastalar; klinik ve laboratuvar olarak izlenebilir. Böylece konservatif olarak tedavi edilen bu hastalarda; cerrahiden kaynaklanan komplikasyonlar ortadan kalkacaktır.

Bu çalışmada kolonoskopi sonrasında karın içinde serbest hava tespit edilen ve cerrahi girişim uygulanmadan tedavi

ABSTRACT

In recent years, an increase in benign pneumoperitoneum cases is observed related to the increase in endoscopic, laparoscopic and thoracoscopic interventions. While previously surgical approach was the first choice in these types of cases, conservative treatments gradually increased in selected cases with the innovations obtained in diagnostic and treatment methods. Patients in whom intra-abdominal free air are detected and who does not present peritoneum irritation findings, can be observed in clinics and laboratories. Complications arising from surgery will be removed in these patients treated conservatively. In this study we aimed to present the benign pneumoperitoneum case in which intra-abdominal free air is determined and treated without surgical

Başvuru Tarihi: 12.11.2012, Kabul Tarihi: 29.01.2013

Dr. Şükrü Taş
Cumhuriyet Mah. Sahilyolu Cad. Çomü Eğitim Ve Arş Hast.
Genel Cerrahi AD. Kepez 34000 Çanakkale-Türkiye
Tel: 0530.3037992
e-mail: tassukru@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:138-141

edilen benign pnömoperiton olgusunun sunulması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Pnömooperiton, Benign pnömoperiton, Kolonoskopi, Perforasyon

intervention.

Key words: Pnomoperitoneum, Benign pnomoperitoneum, Colonoscopy, Perforation

Giriş

Kolonoskopik inceleme; kolorektal patolojilerin ortaya konmasında, tedavisinde ve takibinde altın standart bir yöntem olarak kabul edilmektedir. İnvazif bir girişim olmasına rağmen, deneyimin artması ile komplikasyon oranı giderek düşmektedir. Günümüzde kolonoskopi sırasında gelişen komplikasyonlar iyi tanımlanmış olup; en sık kanama ve perforasyondur.¹ Bu komplikasyonlar cerrahi girişimler gerektirebileceği gibi sadece medikal takip ile de tedavi edilebilmektedir.² Literatürde değişimle beraber tanısız kolonoskopik girişimlerde perforasyon oranı %0.01-0.4 arasında iken terapötik girişimlerde ise bu oranın %1'e kadar çıktığı gözlenmektedir.³

Pnömooperiton genellikle gastrointestinal organların perforasyonu ve ardından gelişen peritonit tablosu ile karakterizedir. benign pnömoperiton(BP) ise peritonit tablosu gelişmeden karın içerisinde serbest hava olması durumudur. Periton irritasyon bulguları veren barsak perforasyonlarının tedavisinde cerrahi girişim kaçınılmaz iken bu bulguları vermeyen seçilmiş olgular konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir.

Çalışmamızda kolonoskopi sonrasında karın içinde serbest hava tespit edilen ve cerrahi girişim uygulanmadan tedavi edilen BP olgusunun sunulması amaçlandı.

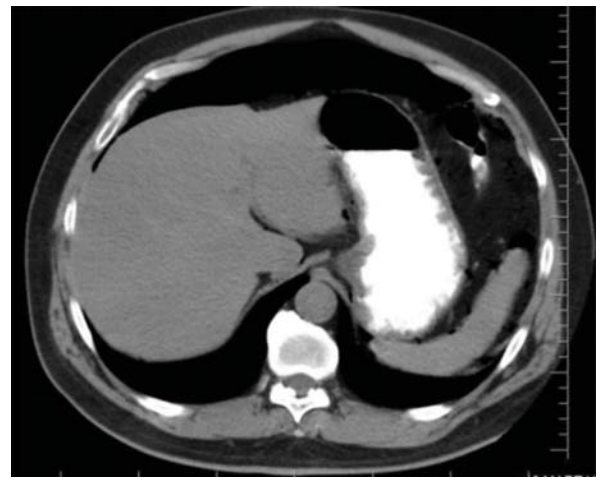
Olgu Sunumu

55 yaşında erkek hasta kronik kabızlık ve karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastaya kolonoskopi planlandı. Yapılan kolonoskopide çekuma ulaşıldı. İncelemede sigmoid kolondaki 3 adet divertikül dışında bir patolojiye rastlanmadı. İşlemden 4 saat sonra hasta karın ağrısı ve distansiyon nedeni ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde; karın bölgesinde hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Hastada periton irritasyon bulguları, ateş ve taşikardi yoktu. Hastanın laboratuvar parametreleri normaldi. Hastanın acil serviste çekilen PA AC grafisinde diafram altında serbest hava tespit edildi (Resim1).

Klinik bulguları ile radyolojik bulguları uyumlu olmayan hastaya kontrastlı karın tomografisi planlandı. Çekilen tomografide karın içinde serbest hava dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı (Resim2).



Resim1. Kolonoskopi işleminden 4 saat sonra çekilen PA AC grafisi: diafram altında serbest hava görülmektedir.



Resim2. Bilgisayarlı karın tomografisi: karın içerisinde yaygın serbest hava izlenmektedir.



Resim 3. Hasta takibinin 4. günü çekilen PA AC grafisi.

Parenteral sıvı ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Bir gün sonra çekilen direk karın grafisinde karın içi serbest havanın devam etmesi üzerine ultrasonografi eşliğinde karın sağ üst kadranda perkütan olarak karın içindeki serbest hava boşaltıldı. İşlem sonrasında çekilen kontrol grafide karın içindeki serbest hava miktarının azaldığı ve hastanın şikayetlerinin gerilediği gözlemlendi. Takibinin 4. günü klinik ve radyoloji bulguları (Resim3) tamamı ile gerileyen hastaya oral gıda başlandı. 6. gün taburcu edilen hastada 1 ay sonraki kontrolünde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Tartışma

Fleksibl kolonoskopi; kolon ve rektum hastalıklarında etkin bir tanı ve tedavi yöntemi aynı zamanda düşük komplikasyon oranı ile güvenli bir prosedürdür. Kolonoskopi sırasında gelişen perforasyonlar nadir olmasına karşın mortalite ve morbiditesi yüksek olan ciddi bir klinik durumdur. Tanısal kolonoskopi sonrasında %0.01-0.4, tedavi amaçlı kolonoskopi sonrasında %0.09-1 oranında perforasyon gözlenmektedir.³ Pnömooperiton içi boş organ perforasyonları sonrasında gözlenen ve tüm vakaların %85-95'inde acil cerrahi müdahale gerektiren klinik bir durumdur. Geri kalan %5-15 vakada ise BP olarak tanımlanan durum söz konusudur. BP asemptomatik karın içi serbest hava veya peritonit tablosu gelişmeyen pnömooperiton olarak da tanımlanır. BP; kolonoskopi, perkütan endoskopik gastrotomi, laparotomi, laparostomi, pnömsistis intestinalis, vaginal insüflasyon ve peritoneal diyaliz

uygulanan olgularda gözlenebilir.⁴

Kolonoskopi esnasında kolon perforasyonlarında risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, kolonun divertiküler hastalığı, geçirilmiş abdominopelvik cerrahi öyküsü, steroid kullanımı, malignensi varlığı, ileri yaş ve inflamatuvar barsak hastalığı gösterilmektedir.⁵ Perforasyon sıklıkla sigmoid kolon(%62), çıkan kolon(%16) ve proksimal rektumda (%11) gözlenir.⁶ Cerrahiye rağmen perforasyon alanının görülemediği vakalar da bildirilmiştir.⁷ Tanısal kolonoskopi esnasında perforasyon; direkt kolonoskopi aletinin mekaniksel etkisi ve aşırı gaz insüflasyonu nedeni ile meydana gelen baro-travma sonucu oluşur. Tedavi amaçlı kolonoskopide ise mekanik yaralanma sonucu veya koter cihazı kullanımına bağlı olarak termal ya da elektriksel yaralanma sonucu meydana gelmektedir.⁸

Perforasyona bağlı semptom ve bulgular karın ağrısı, distansiyon, bulantı, ateş, taşikardi, respiratuvar distres ve diffüz peritonittir. Tanı; işlem sırasında perforasyonun fark edilmesi ya da daha sonra şikayeti olan hastalarda çekilen düz karın grafisinde serbest hava görülmesi ile konur. Retroperitoneal perforasyonlarda (özellikle rektum yaralanmalarında) retroperitondaki havayı görüntülemek için bilgisayarlı tomografi gerekebilir.⁹

Kolonoskopiye bağlı perforasyonlar operatif ve nonoperatif yöntemlerle tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi diffüz peritonit gelişen vakalarda, geniş yaralanmalarda ve konservatif tedaviye cevap vermeyen yaralanmalarda gereklidir. Hastanın genel durumu, perforasyon alanının büyüklüğü, perforasyona eşlik eden kolorektal patoloji, barsak hazırlığının kalitesi, yaralanma zamanı ile cerraha refere edildiği zaman arasındaki sürenin uzunluğu, uygulanacak cerrahi prosedürü belirler.⁵

Laparoskopik girişimlerin ilerlemesi ve laparoskopik sütür materyallerinin gelişmesi sayesinde kolonoskopik perforasyonlarda başarılı laparoskopik onarımlarda bildirilmektedir.¹⁰

Seçilmiş olgularda konservatif yaklaşımlar denenebilir. Böylece; konservatif olarak tedavi edilen başarılı olgularda cerrahiye ve anesteziye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar ortadan kalkmış olacaktır. İşlem esnasında iyi hazırlanmış barsak temizliği, transmural yaralanma sonucu meydana gelen ince barsak perforasyonları, diffüz peritonit semptomları olmayan olgular ile perforasyon alanı düzgün sınırlı ve küçük olan olgularda konservatif tedavi denenebilir.³

Konservatif tedavide; enteral gıda alımı kesilerek hastaya parenteral sıvı desteği sağlanmalıdır. Peritonit alanını sınırlamak için geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanır.² Hasta klinik olarak periton irritasyon bulguları yönünden ve laboratuvar olarak izlenmelidir. Bizim olguda olduğu gibi; eğer karın serbest hava nedeni ile ileri derecede distandü ise perkütan olarak serbest havanın boşaltılması hastada semptomatik rahatlık sağlar. Son yıllarda endoskopik tekniklerdeki ilerleme, multikanal endoskop cihazlarının ve intraluminal endokliplerin geliştirilmesi ile başarılı endoskopik onarımlar da bildirilmiştir. Endoskopik onarım için en önemli endikasyon perforasyon alanınının 10 mm den küçük olmasıdır.¹¹

Sonuç

İyatrojenik kolonoskopik perforasyonlar nadir olmasına rağmen ciddi komplikasyonlara yol açarlar. Bu olgularda erken tanı ve tedavi temel esastır. Kolonoskopi planlanan hastalarda yeterli barsak temizliği; görüntü kalitesi açısından önemli bir faktör olmasının yanında gelişebilecek bir komplikasyonun tedavi yönteminin belirlenmesinde de önemlidir. Konservatif tedavi planlanan hastalarda usg eşliğinde bir intraketle karın içindeki serbest havanın boşaltılması, olgumuzda olduğu gibi karın içerisindeki serbest hava miktarını azaltarak klinik rahatlama sağlayabilir. Bu öneri literatürlerde sık karşılaşılmadığından yapılacak olan klinik çalışmalarla desteklenebilir. Konservatif yaklaşımla tedavi edilebilecek hastaların belirlenmesi ve bu hastaların sadece medikal olarak tedavi edilmesi bu hastaları operasyona bağlı gelişecek komplikasyonlardan uzak tutacaktır.

Kaynaklar

1. Kavic SM, Basson MD. Complications of endoscopy. *Am J Surg* 2001;181:319-32.
2. Avgerinos DV, Llaguna OH, Lo AY *et al.* Evolving management of colonoscopic perforations. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1783-89.
3. Kang HY, Kang HW, Kim SG, *et al.* Incidence and management of colonoscopic perforations in Korea. *Digestion* 2008;78:218-23.
4. Richard AM, Jeffery MS, Molly LO. *et al.* Pnomoperitoneum: a review of nonsurgical casues. *Crit Care Med* 2000;28:2638-44.
5. Varut L. Review of colonoscopic perforation: incidence, risk factors, managment and outcome. *World J Gastroenterol.* 2010;28:425-30.
6. Wong SH, Wong VW, Sung JJ. *et al.* Virtual colonoscopy induced perforation in patient with crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2007;13:978-9.
7. Ustek S, Boran M, Kısmet K., *et al.* Bening pneumoperitoneum after colonoscopy. *Hindawi Publishing Corporation; Case Reports in Medicine* 2010, article ID 631036.
8. Doğan A, Ahmet RH, Abdil Cİ *et al.* Bening pnomoperiton: olgu sunumu. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2008;25:156-9.
9. Cheng L, Jui-Ho W, Tai-Ming K *et al.* İndicence and managamnet of iatrogenic colonoscopic perforations. *J Soc Colon Rectal Surgeon* 2010;june:53-57.
10. Hansen AJ, Tessier DJ, Anderson ML, *et al.* Laparoscopic repair of colonoscopic perforations and guidelines. *J Gastrointest Surg.* 2007;11:655-9
11. Barbagallo F, Castello G, Latteri S, *et al.* Succesful endoscopic repair of an unusual colonic perforation following polypectomy using an endoclip device. *World J Gastroenterol* 2007;13:2889-91.