

Rektosigmoid Yabancı Cisim

Rectosigmoid Foreign Body

AHMET ZİYA BALTA¹, ERGÜN YÜCEL¹, DURSUN ÖZGÜR KARAKAŞ², İLKER SÜCÜLLÜ¹, MEHMET LEVHİ AKIN¹
¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul-Türkiye ²Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ağrı-Türkiye

ÖZET

Rektumda yabancı cisimler genel cerrahların meslek hayatları boyunca sık olmasa da karşılaşılabilecekleri klinik bir durumdur. Sıklıkla homoseksüel yaklaşımlar veya oto-erotik eylemler sonucunda meydana gelirler. Rektumda yabancı cisim tanısı konan hastalarda öncelikle perforasyon varlığı araştırılmalıdır. Perforasyon olan hastaların tedavisinde operatif tedavi yöntemleri ön planda iken perforasyon olmayan hastaların tedavisinde yatak başı nonoperatif işlemlerden laparotomiye kadar varan birçok tedavi seçeneği mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: *Rektum, Yabancı cisim, Perforasyon, Endoskopi*

ABSTRACT

Presence of foreign bodies in the rectum is not an uncommon condition for general surgeons during their careers. This clinical condition generally occurs due to homosexual habits and autoerotic actions. When foreign body is diagnosed in the rectum, probability of a perforation should be evaluated first. While operative management is forefront in the patients with perforation, there are various treatment modalities from bedside non-operative procedures to laparotomy for the patients without perforation. In this case, the presentation of non-operative management of a patient with a rectal foreign body in the operating room under general anesthesia is aimed.

Key words: *Rectum, Foreign body, Perforation, Endoscopy*

Başvuru Tarihi: 26.10.2011, Kabul Tarihi:15.11.2011

Dr. Ahmet Ziya Balta

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi,
Üsküdar 34668 İstanbul - Türkiye

Tel: 0505.5694960

e-mail: ahmetzbalta@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:198-201

Giriş

Rektal yabancı cisimler genel cerrahların meslek hayatı boyunca karşılaşılabilecekleri çok nadir olmayan bir klinik durumdur. Rektal yabancı cisimler sıklıkla homoseksüel yaklaşımlar veya oto-erotik eylemler sonucunda meydana gelirler. Nadir de olsa oral yolla yutulan yabancı cisimler ya da komşu organlardan rektuma migrasyon sonucunda da karşımıza çıkabilirler. Genellikle acil ünitelerinde non-operatif olarak tedavi edilirler ancak hastada peritoneal iritasyon bulguları veya rektosigmoid bileşke ve yukarısında yerleşen, büyük yabancı cisimler endoskopik ve/veya cerrahi müdahale gerektirebilir. Burada, sigmoid kolonda saptanan yabancı cisim nedeniyle nonoperatif yöntemle tedavi edilen bir olgunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu

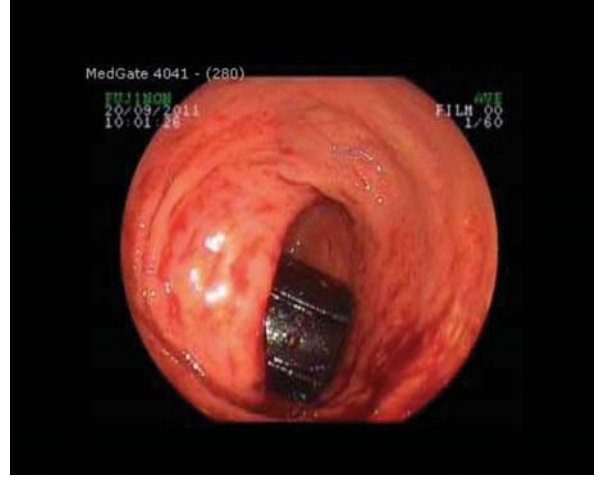
Rektal yolla yabancı cisim (tahta kalemi) tatbiki nedeniyle hastanemiz acil servisine sevk edilen 22 yaşındaki erkek hastada yakınma yoktu. Hastanın yapılan batin muayenesinde sol alt kadranda yabancı cisim palpe edilmekteydi. Anorektal muayenede ciltte abrazyon ya da kanama saptanmadı, ancak rektal tuşede de özellik yoktu. Rektal yoldan verilen kontrast madde ile yapılan direkt karn grafisinde yabancı cisim ortaya kondu (Resim 1).



Resim 1. Rektal opaklı ADKG'de yabancı cisim görünümü.

Hastaya alt kolonik lavman sonrasında yapılan endoskopik incelemede, yabancı cismin ucunun

rektosigmoid köşede, gövdesinin ve arka ucunun ise sigmoid kolonda olduğu görüldü (Resim 2).



Resim 2. Kolonoskopide yabancı cisim görünümü.

Yabancı cismin büyüklüğü ve yerleşim yeri nedeniyle endoskopik olarak çıkarma işlemi 2 kez denenmesine karşın başarısız oldu. On iki saatlik bekleme sonrasında pozisyonunda değişiklik saptanmayan cismin çıkarılması işleminin ameliyathane koşullarında yapılmasına karar verildi. Anestezi indüksiyonu sonrasında hastaya Lloyd-Davies pozisyonu verildi. Anestezi ve kas gevşetici uygulaması sonrası rektal tuşe ile batin ön duvarında belirginleşen ve palpe edilebilir hale gelen yabancı cismin rektal ve abdominal yolla bimanuel olarak hareketlendirilerek önce alt rektuma oradan da el ile dışarı alındı (Resim3). İşlem sonrası olası perforasyon varlığını araştırmak için kontrol sigmoidoskopisi yapıldığında herhangi bir anormallik saptanmaması üzerine işleme son verildi.



Resim 3. Rektal yabancı cisim.

Tartışma

Literatür incelendiğinde çeşitli büyüklüklerde ve birçok türden (ampul, şişe, kalem, sebze, seksüel amaçlı kullanılan aletler gibi) rektal yabancı cisme bağlı acil servislere başvurular olduğu görülebilir. Bu durum bütün yaş gruplarında rastlanmakla beraber sıklıkla 4. ve 5. dekattaki erkeklerde daha sık karşımıza çıkmaktadır. Etiyolojik yönden incelendiğinde hastalar samimi cevaplar verememekle birlikte sıklıkla seksüel dürtü nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir. Hastalar kabızlık, belli belirsiz karın ağrısı ve bazen de rektal kanamadan yakınırken hastamızda olduğu gibi bazı hastalarda yakınma olmayabilir. Ancak rektum ya da kolonda perforasyon olan olgularda peritonite bağlı şiddetli karın ağrısı hatta gecikmiş vakalarda septik tablo ile karşımıza çıkabilirler.^{1,3}

Rektumda yabancı cisim olan hasta ile karşılaştığında hastanın genel ve psikoseksüel durumu değerlendirildikten sonra dikkatli karın muayenesi ile peritoneal irritasyon bulguları olup olmadığı araştırılmalıdır. Peritonit varlığında olası perforasyona sekonder serbest peritoneal havanın varlığı düz grafilerde aranmalıdır. Anorektal bölgenin muayenesine inspeksiyon ile başlanmalı, ciltte travmatik dermal abrazyon, yırtıklar olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ardından rektal tuşe ile yabancı cisim varlığı tanımlanmalıdır. Ciltte herhangi bulgu olmaması, psikoseksüel muayene bulguları da destekliyorsa yabancı cismin seksüel amaçla kullanıma bağlı olması hakkında bilgi verebilir.¹

Rektumda yabancı cisim saptandığında yapılacak girişim yatak başında yapılacak basit çıkarılmadan laparotomiye kadar uzanan bir spektrumda olabilir. Girişimin şekli hastada peritonit varlığı, yabancı cismin rektumdaki seviyesi ve başvuru birimin olanakları düşünülerek belirlenmelidir.²⁻⁶ Eftaiha ve ark.⁷ çalışmalarında rektal yabancı cisimleri yüksek yerleşimli ve alçak yerleşimli olarak sınıflamışlar ve tedavi planının buna göre belirlenmesini önermişlerdir. Acil serviste hastanın tam sedasyonu ve perianal bölge anestezisi sağlandıktan sonra öncelikle yatak başı çıkarılma denir. Yatak başı çıkarılmada cismin boyutu ve türüne göre birçok metot kullanılabilir. Bunlardan bazıları Foley kateteri, Sengstaken-Blakemore tüpü, mıknaş ve obstetrik vakum cihazıdır.^{8,9} Lake ve ark.⁴ yaptığı çalışmalarında hastaların %74'ünde yabancı cisim yatak başında çıkarılabilirken, Choen ve ark.¹⁰ yaptığı çalışmada bu oran %63 olarak

bulunmuştur. Olgumuzda yabancı cismin yüksek yerleşimli olması nedeniyle yatak başı çıkarılma yapılamamıştır.

Yatak başı çıkarılma yapılamadığında hasta sedatize edilerek rijit ya da fleksibl rektosigmoidoskopik muayene altında çıkarılma denir. Rektumdaki yabancı cismin tipine göre literatürde birçok endoskopik metod denenmiştir. Özellikle yüksek yerleşimli, yuvarlak ya da oval cisimlerde polipektomi kementi kullanılabilir. Singaporewalla ve ark.¹ 2007 yılındaki çalışmalarında bu yöntemin yüksek yerleşimli yabancı cisimlerde ilk denenecek metot olması gerektiği sonucuna varmışlardır. Yine aynı çalışmada çıkarma denemelerinde cisim daha proksimale kaçtığına işlemin bırakılması ve daha tecrübeli ellerden yardım alınması salık verilmektedir. Olgumuzda cismin genişliği ve rektosigmoid köşeye oturması nedeniyle kement ile çıkarılma işlemi iki kez denemesine karşın başarısız oldu.

Rektumda yabancı cisim nedeniyle muayene edilen hastada eğer peritonit bulguları, intraperitoneal serbest hava varsa cerrahi, ilk seçilecek tedavi yöntemi olmalıdır. Bu durumda diversiyona kadar varabilen ameliyatlar yapılabilir. Bunlar olmadığında non-operatif ve endoskopik işlemler denenmeli, başarısız olduğunda endoskopi yardımcı laparoskopik veya doğrudan laparotomi ile tedavi edilmelidir. Laparotomi yapılan hastalarda ise öncelikle yabancı cisim sağma yöntemiyle distal rektuma oradan da dışarı alınmalı, başarısız olduğunda kolotomi ile müdahale denemelidir.^{2,4,11,12} Rektumdan yabancı cisim çıkarılan tüm hastalar işlem sonrasında mutlaka izleme alınmalı ve rektal ve/veya kolonik perforasyon için endoskopik olarak incelenmelidir.¹³ Olgumuz genel anestezi altında, tam bir kas gevşemesi sağlandığında hastanın zayıf olmasının da yardımıyla abdominal ve rektal yolla yapılan bimanual muayene ile cisim hareketlendirildi ve rektumdan dışarı alındı. Böylelikle cerrahi işleme gerek kalmadı.

Sonuç olarak; rektumda yabancı cisim tanısı alıp yatak başında cismin çıkarılmadığı hastalarda ameliyathane şartlarında girişim yapılmasına karar verildiğinde operatif girişimlerden önce genel anestezi ve tam bir kas gevşemesi sağlandığı halde daha önceden başarısız olan nonoperatif çıkarılma işlemlerinin bu şartlar altında başarılı olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Singaporewalla RM, Tan DE, Tan TK, *et al.* Use of endoscopic snare to extract a large rectosigmoid foreign body with review of literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007;17:145-8.
2. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, *et al.* R. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis* 2007;9:543-8.
3. Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. *Surg Clin North Am* 2010;90:173-84.
4. Lake JP, Essani R, Petrone P, *et al.* Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1694-8.
5. Fry RD. Anorectal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 1994;74:1491-505.
6. Coulson CJ, Brammer RD, Stonelake PS, *et al.* Extraction of a rectal foreign body using an electromagnet. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:194-5.
7. Eftaiha M, Hambrick E, Abcarian H, *et al.* Principles of management of colorectal foreign bodies. *Arch Surg* 1977;112:691-5.
8. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, *et al.* Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003;66:607-12.
9. Mackinnon RP. Removing rectal foreign bodies: is the ventouse gender specific? *Med J Aust* 1998;169: 670-1.
10. Cohen JS, Sackier JM, Management of colorectal foreign bodies. *J R Coll Surg Edinb* 1996;41:312-5.
11. Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, *et al.* Management of foreign bodies of the rectum: report of 21 cases. *J R Coll Surg Edinb* 1997;42:246-7.
12. Ruiz J, Selle´s R, Milla'n M, *et al.* Colorectal trauma caused by foreign bodies introduced during sexual activity: diagnosis and management. *Rev Esp. Enferm Dig* 2001;93:631-4.
13. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, *et al.* Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005;7:98-103.