

Peptik ülser perforasyonu ile karıştırılabilen rektosigmoid perforasyon: Olgu sunumu

Recto-sigmoid perforation mimicking peptic ulcer perforation: a case report

Alper Yavuz*, Duray Şeker**, Hakan Buluş*, Altan Aydın*

Kolonun spontan perforasyonu çok ender görülen bir hastalıktır ve genellikle yaşlılarda ve kronik konstipasyonu olanlarda izlenir. Bu hastalık yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Biz bu yazıda, literatürün aksine, genç ve konstipasyon hikayesi olmayan spontan kolon perforasyonlu bir olguyu sunuyoruz. Kolon perforasyonu çok ender gözleendiği için genellikle hekimler tarafından gözardı edilmektedir. Özellikle yaşlı ve konstipasyonu bulunan hastalarda ön-tanımlar arasında mutlaka yer almalı ve ayrıca, genç hastalarda da görülebileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolon, spontan perforasyon, kabızlık

*Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye
**Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

Dr. Alper Yavuz
E-posta: alperyavuz@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 05.11.2010
Makale Kabul Tarihi: 05.01.2011

GİRİŞ

Kolonun spontan perforasyonu patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte normal kolon mukozasında tümör, divertikül veya travma olmadan kolonun kendiliğinden perfore olması olarak tanımlanır (1). Berry, spontan perforasyonları, etiyo-patojenik sebeplerine göre sterkorral ve idiopatik olmak üzere iki gruba ayırmıştır (2). Kolonun spontan perforasyonu çok ender gözlenir (2,3). Sıklıkla gözden kaçır ve mortalite oranı yüksektir (% 35-47) (4,5,6). Bu yazıda acil servise akut karın tablosu ile gelen etyolojisi bilinmeyen spontan rektosigmoid perforasyonlu genç erkek olgu ve konu ile ilgili literatür irdelenmiştir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 12 saat önce başlayan yaygın karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma şikâyeti olan 25 yaşında erkek hasta acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinde özellikle epigastrik bölgede olmak üzere karında yaygın hassasiyet, tahta karın tablosu ve rebaund hali mevcuttu. Bağırsak sesleri normoaktifti. Rektal muayenesinde gaita bulaşı mevcuttu, kan ve kitle yoktu.

Hasta doğuştan görme engelliydi, özgeçmiş ve soy geçmişinde ek özellik bulunmamaktaydı. Ayrıca hastada, rektal yakınma (kanama, ağrı, vb.), rektuma yabancı cisim maruziyeti ve travma hikayesi yoktu. Acil serviste yapılan tetkiklerinde

beyaz küre sayımı 14.5 U/L (referans aralığı: 4.3-10.3), Hb:15.6 g/dl (referans aralığı: 13.6-17.3), Plt: 229 K/mm³ (referans aralığı: 156-373) olarak saptandı. Ayakta direkt karın grafisinde sağda diyafragma altı serbest hava (pnömoperitoneum) mevcuttu.

Epigastrik hassasiyeti tahta karın ve pnömoperitoneum tablosu olan genç erkek hasta ilk planda peptik ülser perforasyonu ön tanısıyla acil operasyona alındı ve karın içerisinde yaklaşık 300 cc sero-pürülan mayi mevcuttu. Mide, duodenum eksplore edildi, perforasyon odağı saptanmadı, diğer ince bağırsak ansları, sağ kolon, transvers kolon ve inen kolonda perforasyon alanı arandı bulunamadı. Rektosigmoid bölgede peritoneal refleksiyonun 3-4 cm üzerinde antimezenterik kesimde yaklaşık 2x1x1 cm genişliğinde etrafında 0.5 cm' lik çepçevre hiperemik alan içeren perforasyon alanı mevcuttu. Kolon ansı özellikle perforasyon alanında dilateydi, kolon duvarında incelleme mevcuttu ve kolonik anslarda ek kitle, divertikül izlenmedi. Perforasyon alanından frozen gönderildi malign bulgu saptanmaması üzerine bu alan primer olarak saptandı. Hastada post-operatif dönemde sorun izlenmedi, drenleri çekilerek 5. günde taburcu edildi. Takiplerde 3. ayda rektosigmoidoskopi ile değerlendirilen hastada intra-lüminal patolojiye rastlanmadı.

TARTIŞMA

Spontan kolon perforasyonları genellikle yaşlı hastalarda izlenir (ortalama yaş : 60) ve kronik konstipasyon eşlik eder (4, 5, 7). Bizim olgumuz literatürde bildirilenlerin aksine gençti ve kronik konstipasyon hikayesi yoktu.

Spontan kolon perforasyonunun sebebi genellikle belli değildir. Ancak oluşumuna en sık taşlaşmış gaita sebep olmaktadır. Şöyle ki, hastalık genellikle kronik konstipasyonu olan hastalarda gelişmektedir, katı gaita bu hastalarda kolon duvarına bası yapar ve kan akımını engelleyerek bası alanında kolonun beslenmesini bozar. Daha sonra mukozada ülser, iskemi ve nekroz oluşumuna yol açar. Diğer bir sebebi de kolon lümenindeki basınç artımı ve bu basıncın asimetrik dağılımı, perforasyon alanındaki mukozaya aşırı basınç yansımaya sebep olur. Bu alanda kolonda aşırı dilatasyon ve kolon duvarında incelme oluşur ve bu zemin üzerinden perforasyon izlenir (6,8). Bizim olgumuzda kronik konstipasyonun olmayışı, perforasyon alanında katı gaita kütesinin yokluğu ve kolon duvarında incelme ve kolonik dilatasyonun oluşu, perforasyonun oluşu etyolojisinde ikinci senaryonun rolü olduğunu düşündürmektedir.

Kolon perforasyonlu hastaların etyolojisinde kolonun malign ve benign hastalıkları haricinde, kollajen doku hastalıkları, enfeksiyöz durumlar, travma, ilaçlar irdelenecek unsurlardır. Bağ dokusu hastalıklarından sistemik lupus eritematosus (SLE), romatoid artrit (RA), Behçet hastalığı literatürde kolon tutulumuna ve perforasyonuna yol açtığı bildirilmiş hastalıklardır. Enfeksiyöz durumlardan genellikle immünsüprese olgularda sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonunun ko-

lon perforasyonuna yol açtığı bildirilmiştir. NSAİ ve steroidler kolon perforasyonuna en sık yol açtığı bildirilen ilaçlardır (9,10). Olgumuzun sorgusunda uzun süreli enflamatuar eklem ağrısı, kilo kaybı, aft (oral, genital) hikayesi yoktu. Kollajen doku hastalığını veya enfeksiyöz durumu düşündürecek ek bulgu veya belirti saptanmadı. Doğuştan görme engeli mevcuttu ancak göz muayenesinde kollajen doku hastalığını veya enfeksiyöz durumu düşündürecek muayene bulgusu saptanmadı. İlaç kullanım veya travma öyküsü yoktu. Romatolojik testler (sedim, RF, ANA, ASMA) normal izlendi ve immünsüpresyonu olmayan olguda aktif CMV enfeksiyonu izlenmedi.

Bu hastalık, antimezenterik alanda ve sigmoid ve rektosigmoid bileşkede en sık izlenir. Bu alan, sigmoid arter ile süperior rektal arter arasında anastomoz olmadığı için fizyolojik iskemiye en yatkın alandır. Maurer'in 81 olgulu çalışmasında, yine bu alan %64 oranla en fazla perforasyon alanı olarak rapor edilmiştir (8). Bizim olgumuzda da yine antimezenterik alanda, sigmoid ve rektosigmoid bileşkede perforasyon alanı izlenmiştir.

Spontan kolon perforasyonlarında rektal kanama, tenezm, akut karın triadı olmadıkça genellikle pre-operatif dönemde tanı konulamaz. Ayrıca, bazı hastalarda epigastrik bölgede belli belirsiz ağrı yankınması ve gastrik veya duodenum ülser anamnezi olabilir ve bu durum, tanıyı daha da zorlaştırır. En önemli klinik tanı göstergesi radyolojik olarak pnömoperitoneumun gösterilmesidir (11). Bizim olgumuzda pnömoperitoneum tablosu ve akut karın tablosu mevcuttu, ancak rektal kanama, tenezm veya ek rektal yakınmanın olmaması ve epigastrik ağrı, tahta karın ve pnömoperitoneum tablosu bizi

ilk planda peptik ülser perforasyonuna yöneltti. Rektosigmoid perforasyon tanısı, preoperatif dönemde düşünülmedi, ancak dikkatli ve titiz bir eksplorasyon sonrası intra-operatif dönemde izlendi.

Hastalıkta, perforasyona bağlı karın içi sayısız bakterilerle kontamine olur ve bu hastalar tanı konulur konulmaz ameliyat edilmelidir. Ameliyat tekniği olarak primer onarım, kolostomi, primer onarım ve kolostomi veya Hartman prosedürü seçilebilecek cerrahi prosedürlerdir. Ameliyat tekniğini, karının kontaminasyon durumu, perforasyonun yeri ve büyüklüğü belirler (12-13). Biz olgumuzda, onarım tekniği olarak çok gecikmiş olmadığı ve karın içinde ileri düzeyde kontaminasyon izlenmediği için primer onarımı tercih ettik.

SONUÇ

Spontan kolon perforasyonları rektal yankınma olmadan, epigastrik bölgede ağrı, pnömoperitoneum, tahta karın tablosu ile seyredebileceği için peptik ülser perforasyonu cerrahların aklına ilk gelebilecek tanıdır. Genellikle böyle bir tabloda pre-operatif dönemde tanı konulması çok zor, hatta imkansızdır. Eğer intra-operatif dönemde gastro-duodenal patoloji saptanmazsa, rektosigmoid perforasyon ön-tanılar arasında yer almalı ve rektosigmoid bölgenin de dikkatlice explore edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu şekilde ender gözlenen ve mortalitesi yüksek olan bu hastalığın tedavisi mümkün olabilir.

TEŞEKKÜR

Prof. Dr. Hakan Kulaçoğlu'na makaledeki verilerin analizi ve yorumlanmasında göstermiş olduğu katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

SUMMARY

Recto-sigmoid perforation mimicking peptic ulcer perforation

Spontaneous perforation of the colon is a rare condition. It is often seen in elderly patients and especially associated with chronic constipation. This disease has a high mortality rate. In contrast with the literature, in this article we report a spontaneous colonic perforation

case in a young man without chronic constipation. Colonic perforation is usually misdiagnosed by the clinicians since it occurs rarely. It must be taken into consideration by the clinicians in the pre-diagnostic period, especially in elderly patients with constipation and it should also be kept in mind that it can be also observed in young patients.

Key Words: Colon, spontaneous perforation, constipation

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Alper Yavuz, Duray Şeker

Verilerin elde edilmesi:

Hakan Buluş, Alper Yavuz

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Altan Aydın, Hakan Kulaçoğlu

Yazının kaleme alınması:

Alper Yavuz

İstatistiksel değerlendirme:

KAYNAKLAR

1. Zhang MJ, Wu JB. Treatment of spontaneous perforation of the large intestine: a report of 9 cases. *Zhongguo Putong Waike Zazhi* 2002; 32: 836-839.
2. Basile M, Montini F, Cipollone G, Errichi BM. Spontaneous perforations of the large intestine. *Ann Ital Chir* 1992; 63: 625-629.
3. Yang B, Huai-Kun N. Diagnosis and treatment of spontaneous colonic perforation: Analysis of 10 cases. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 4569-4572. doi:10.3748/wjg.14.4569 <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.14.4569>
4. Serpell JW, Nicholls RJ. Stercoral perforation of the colon. *Br J Surg* 1990;77:1325-1329.
5. Kasahara Y, Matsumoto H, Umemura H, Shirafa S, Kuyama T. Idiopathic perforation of the sigmoid colon in Japan. *World J Surg* 1981;5:125-130.
6. Yaman İ, Kara C, Karabuğa T, Sözütek A, Tansuğ T, Bozdağ AD, Nazlı O. Non-travmatik kolon perforasyonlu hastaların klinik değerlendirilmesi ve tedavi sonuçları. *Kolon Rektum Hast Derg* 2010; 20:11-18
7. Haddad R, Bursle G, Piper B. Stercoral perforation of the sigmoid colon. *ANZ J Surg* 2005;75:244-246.
8. Maurer CA, Renzulli P, Mazzucchelli L, Egger B, Seiler CA, Buchler MW. Use of accurate diagnostic criteria may increase incidence of stercoral perforation of the colon. *Dis Colon Rectum* 2000;43:991-998.
9. Takahashi H, Ohara M, Imani K. Collagen diseases with gastrointestinal manifestations. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* 2004; 27: 145-55
10. Kram HB, Shoemaker WC. Intestinal perforation due to cytomegalovirus infection in patients with AIDS. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 1037-40 doi:10.1007/BF02139220 <http://dx.doi.org/10.1007/BF02139220>
11. Herbert M, Olnick MD, Charles M, Haris MD. Spontaneous perforation of the colon. *South Med J* 1980; 73: 326-28. doi:10.1097/00007611-198003000-00015 <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-198003000-00015>
12. Xu M. Clinical manifestation and etiology analysis for 6 cases with spontaneous colon sigmoideum. *Hebei Yixue* 2003;7:431.
13. Guo ZS, Chen RZ. Treatment of 13 old men with spontaneous colon sigmoideum. *Linchuang Yiyaoxue* 2001;3:145.