

OLGU SUNUMU

Doğum sırasında oluşan, perine intakt rektovaginal septum tip-III defektli bir olgunun sunumu

Rectovaginal septum type-III injury during parturition: A case report

Fatih Altıntoprak*, Enis Dikicier*, Betül Kuru**, Gökhan Akbulut***

Travay esnasında rektum yaralanması çok sık rastlanılan bir yaralanma türü değildir. Önemli olan bu tür yaralanmaların olduğu anda saptanabilmesidir. Yirmi dokuz yaşındaki gebe doğum eyleminin başlaması üzerine kadın hastalıkları ve doğum servisine yatırılmış. Dilatasyon dönemi 9 saatte tamamlanan olgunun doğum sonrası yapılan pelvik muayenesinde, veginanın posterior duvarındaki yaralanmayla birlikte 3 cm'lik tam kat rektum yaralanması saptandı. Olgu, nadir görülmesi ve bu tür rektum yaralanmalarına yaklaşımın tartışılması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rektum yaralanması, doğum, rektovaginal yaralanma

GİRİŞ

Rektum yaralanmaları nadir görülür ve yüksek morbidite ve mortalite ile seyredebilir. Rektum yaralanmalarının klinik seyri hakkındaki bilgilerimiz başlarda savaşırlardan elde edilen deneyimlere dayanmakta iken, günümüzde farklı mekanizmalarla sivil yaşamda da artan sıklıkta karşımıza çıkmaya başlamıştır. Savaşlarda olduğu gibi geniş doku kayıpları ile birlikte olan yaralanmalar ile çok sık karşılaşılmasa da, morbidite oranları halen arzu edilen düzeylerde değildir (1). Düşük ivmeli ateşli silahlar, delici-kesici aletler, medikal amaçlı veya kaza sonrası rektumun sert cisimler ile teması, yakın anatomik komşuluk nedeniyle doğum travması ve çeşitli jinekolojik girişimler günümüzde sivil yaşamda karşılaşılan rektum yaralanmalarının başlıca nedenleri arasında yer almaktadırlar.

OLGU SUNUMU

Gebelik takipleri hastanemizde yapılan ve sorunsuz seyreden 29 yaşındaki gebe, travayın başlaması nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum servisine yatırıldı. Son adet tarihine göre 39 hafta gebeliği mevcut olan olgunun ultrasonografik ölçümleri gebelik haftası ile uyumluydu. Başvuru anında aktif amnion mayisi gelişti. Servikal dilatasyonu 1 cm olarak saptanan olgunun dilatasyon dönemi 9 saatte tamamlandı. Dilatasyonun tamamlanması ile fetus başı hızlı bir şekilde

perineye ulaştı ve sağ mediolateral epizyotomi ile oksiput anterior küçük fontanel gelişli, 3700 gr ağırlığında, 1. dakika Apgar'ı 8-9 olan kız bebek doğurtuldu. Doğum sonrası yapılan pelvik muayenede; vagina 1/3 alt posterior duvarda, 5 cm uzunluğunda laserasyon olduğu saptandı. Yapılan rektal tuşede tuşe parmağının veginadan çıktığının saptanması üzerine hasta ayrıntılı muayene edildi ve cerrahi onarım amacıyla doğumhane ameliyathaneye alınarak genel anestezi uygulandı. Genel anestezi altında yapılan ayrıntılı pelvik muayenede, rektum ön duvarında, dentat çizginin 2 cm proksimalinden başlayıp 3 cm daha proksimale giden, lineer uzanımı, parçalı olmayan ve vagina posterior duvardaki yaralanma ile iştirakli tam kat yaralanma olduğu saptandı (Resim 1). Perine intaktınd sfinkter hasarı yoktu. Rektumdaki yaralanma düzgün sınırlı olduğundan ve vaginadan eksplorasyonu net olduğundan, genel anestezi altında transvajinal olarak tek tek emilebilir dikişlerle primer onarım uygulandı. Rektum tamirini takiben vagina posterior duvardaki yaralanma ve epizyotomi emilebilir dikişlerle kapatıldı. Ameliyat sonrası üçüncü günde oral beslenmesi başlanan hasta ameliyat sonrası 5. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Takiplerinin 7. ayında olan hastada inkontinans veya rektovaginal fistül gelişmedi.

*Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Sakarya, Türkiye
**Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Sakarya, Türkiye
***Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Sakarya, Türkiye

Dr. Fatih Altıntoprak
E-posta:
fatihaltintoprak@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 27.09.2010
Makale Kabul Tarihi: 28.01.2011

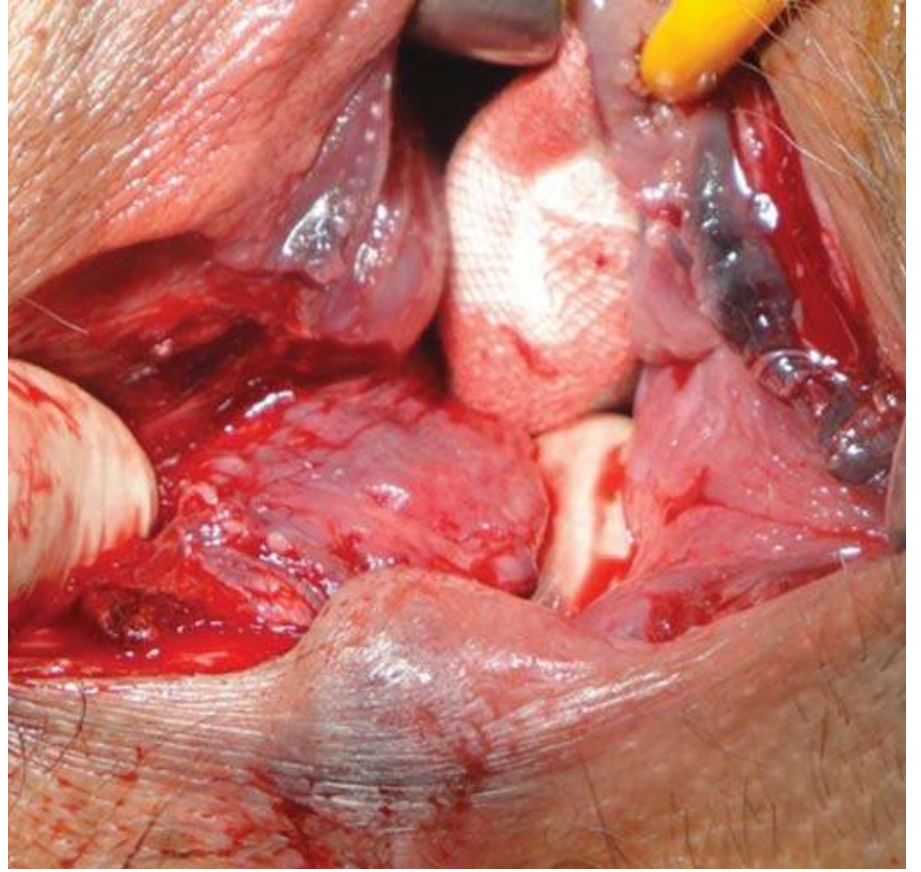
Tablo 1. Rosenshein tarafından önerilen rektovaginal septum yaralanmalarının sınıflaması

Tip 1: Fistülsüz, perineal yapının kaybı
Tip 2: Alt 1/3 vagina fistülü, perineal yapının kaybı
Tip 3: Alt 1/3 vagina fistülü, intakt perine
Tip 4: Orta 1/3 vagina fistülü
Tip 5: Üst 1/3 vagina fistülü

TARTIŞMA

Sivil yaşamda ekstrapéritoneal rektum yaralanmaları sık karşılaşılan bir durum değildir ve en sık nedeni düşük ivmeli ateşli silahlar ile olan yaralanmalardır (2,3). Rektum yaralanmalarının tedavisi hakkındaki bilgilerin temeli savaşlarda elde edilen deneyimlerle atılmıştır. Birinci Dünya Savaşı sırasında çok yüksek mortalite ile seyreden kolorektal yaralanmalar, uç kolostominin kullanılmaya başlanması ve transfüzyon olanaklarının artması ile birlikte İkinci Dünya Savaşı sırasında önemli ölçüde azalmıştır.

Kolorektal yaralanmalarının tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemlerin gelişimi proksimal kolostomi, yaralanma bölgesinin tamiri, presakral drenaj ve distal segmentin irrigasyonu şeklinde sıralanabilir. Fekal alımı saptırmak ve ileri kontaminasyonu engellemek amaçlı kolostomi açılması ve abse gelişimini engellemek amaçlı presakral drenaj yöntemleri yaygın olarak kabul görmüş ve birçok merkez tarafından uygulanmıştır (4,5). Fakat daha sonra diversiyon yapılmadan primer tamir uygulanarak başarılı tedavilerin bildirilmeye başlanması ile kolostomi gerekliliği prospektif çalışmalarla araştırılmış ve kolostominin morbiditeyi arttırdığı bulunmuştur (6,7). Daha sonra presakral drenajın gerekliliği sorgulanmaya başlanmış ve tek başına diversiyon ile diversiyon ve presakral drenaj uygulanan hastaları içeren prospektif randomize bir çalışma ile tek başına diversiyon uygulanan hastalarda mortalite ve morbiditenin artmadığı gösterilmiştir (8). Amacı distalde kalan fekal alımı azaltarak bakteriyel translokasyonu engellemek olarak özetlenebilecek olan distal segmentin irrigasyonu, rektum yaralanmalarında vazgeçilmez bir yöntem olarak görülmüştür. Bu yöntemle pelvik sepsisin azaldığını bildirilmiştir (9). Fakat faydası olmadığı gibi, rektum yaralanması olan ve tamir uygulanamayan hastalarda fekal içeriğin yayılmasına neden olacağı da savunulmuştur (1). Sonuçta kolorektal yaralanmalarda



Şekil 1. Spontan vaginal doğum sırasında rektovaginal septum yaralanması: Sağ mediolateral epizyotomi, doğum sonrası yapılan rektal tuşede tuşe parmağının vaginadan çıktığı ve sfinkterlerin salim olduğu görülüyor.

uygulanabilecek tüm bu yöntemlerin uygulanabilirliği ameliyat bulgularına, cerrahın ve çalıştığı merkezin deneyimine göre değişebilmektedir.

Vaginal yaralanmaya eşlik eden rektum yaralanmaları, obstetrik veya cerrahi nedenlerle rektovaginal septumun herhangi bir noktasında oluşabilir. Obstetrik nedenlerle oluşan rektovaginal yaralanmalar anneye, fetusa ve doğum sırasında uygulanan manevralara bağlı olarak gelişebilmekle birlikte, en sık etken fetus başının hızlı inişine pelvik tabanın koordineli olmamasıdır (10). Bizim olgumuzda da dilatasyon tamamlandıktan sonra fetus başının hızlı inişinin yaralanmaya neden olduğu düşünüldü.

Rektovaginal septum yaralanmaları; anatomik lokalizasyon ve eşlik eden yaralanmanın olup olmasına göre 5 alt gruba ayrılmıştır (Tablo 1) (11). Obstetrik yaralanmalar genellikle alt 1/3 bölümde görülmeyle birlikte cerrahi yaralanmalar üst 1/3 bölümde görülmektedir. Alt 1/3 bö-

lüm yaralanmalarında, eşlik eden yaralanma olup olmasına göre sfinkter tamiri, flep prosedürleri veya sadece primer tamir seçenekleri uygulanabilirken; üst 1/3 yaralanmalarda, yine olgunun bulgularına göre değişmekle birlikte, tedaviye kolostomi eklenmesi gerekebilmektedir. Olgumuzda rektum yaralanması hemen farkedildiği için, yaralanma düzgün sınırlı olduğu için ve eksplorasyonu net olarak yapılabildiği için primer tamir seçeneği tercih edildi.

Sonuç olarak hastada hem fiziki hem de olası bir kolostomi nedeniyle psikolojik olarak tamir edilemeyecek boyutlardaki hasarın oluşmasının önlenmesi için en önemli nokta, rektovaginal yaralanmaların oluştuğu anda tespit edilmesidir. Bunun için spontan doğum sonrası rektal tuşe mutlaka rutin olarak yapılmalıdır. Rektal tuşede saptanacak izole bir rektum yaralanmasının, eğer eksplorasyon net olarak yapılabiliyorsa, sadece primer tamir ile tedavi edilebileceğini düşünüyoruz.

SUMMARY

Rectovaginal septum type-III injury during parturition: A case report

Isolated rectal injury during parturition is a rare clinical entity and it is very important to determine this complication immediately. A 29 year-old pregnant woman was admitted to our hospital to give birth.

The dilatation period lasted 9 hours. In the pelvic examination performed after parturition, there was a rectal injury 3 cm in length including the posterior vaginal wall with intact perineum. This case has been reported because of its rare incidence and to discuss the management of these types of rare rectal injuries.

Key Words: Rectal injury, parturition, rectovaginal injury

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Fatih Altıntop, Enis Dikicier, Gökhan Akbulut

Verilerin elde edilmesi:

Fatih Altıntop, Enis Dikicier, Gökhan Akbulut, Betül Kuru

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Fatih Altıntop, Enis Dikicier, Gökhan Akbulut

Yazının kaleme alınması:

Fatih Altıntop, Enis Dikicier, Gökhan Akbulut

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Shatnawi NJ, Bani-Hani KE. Management of civilian extraperitoneal rectal injuries. *Asian J Surg*, 2006; 29:11-6. doi:10.1016/S1015-9584(09)60286-4 [http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584\(09\)60286-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584(09)60286-4) doi:10.1111/j.1443-9573.2006.00245.x <http://dx.doi.org/10.1111/j.1443-9573.2006.00245.x>
2. Burch JM. Injury to the colon and rectum. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. *Trauma*. New York: McGraw-Hill, 1999; 763-782.
3. El-Ashaal YI, Al-Olama AK, Abu-Zidan FM. Trans-anal rectal injuries. *Singapore Med J*, 2008; 49:54-56.
4. Grasberger RC, Hirsch EF. Rectal trauma. A retrospective analysis and guidelines for therapy. *Am J Surg*, 1983; 145:795-799. doi:10.1016/0002-9610(83)90143-5 [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(83\)90143-5](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(83)90143-5)
5. Ganchrow MI, Lavenson GS Jr, McNamara JJ. Surgical management of traumatic injuries of the colon and rectum. *Arch Surg*, 1970; 100: 515-520. doi:10.1001/archsurg.1970.01340220191032 <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1970.01340220191032>
6. George SM Jr, Fabian TC, Voeller GR, Kudsk KA, Mangiante EC, Britt LG. Primary repair of colon wounds. A prospective trial in nonselected patients. *Ann Surg*, 1989; 209:728-734. doi:10.1097/0000658-198906000-00010 <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-198906000-00010>
7. Sasaki LS, Allaben RD, Golwala R, Mittal VK. Primary repair of colon injuries: A prospective randomized study. *J Trauma*, 1995; 39:895-900. doi:10.1097/00005373-199511000-00013 <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-199511000-00013>
8. Gonzalez RP, Falimirski ME, Holevar MR. The role of presacral drainage in the management of penetrating rectal injuries. *J Trauma*, 1998; 45:656-660. doi:10.1097/00005373-199810000-00002 <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-199810000-00002> doi:10.1097/00005373-199812000-00033 <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-199812000-00033>
9. Shannon FL, Moore EE, Moore FA, McCroskey BL. Value of distal colon wash-out in civilian rectal trauma- reducing gut bacterial translocation. *J Trauma*, 1988; 28:989-994. doi:10.1097/00005373-198807000-00013 <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-198807000-00013>
10. Kaplan PB, Yardım T. Doğum sonrası oluşan izole rektal laserasyonlar. *T Klin Jineköl Obst*, 2000; 10:167-171.
11. Rosenshein NB, Genadry RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. *Am J Obstet Gynecol*, 1980; 137:439-442.