



Akut karınla birlikte olan spontan idiyopatik pnömoperitoneum

Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum with acute abdomen

Nidal İflazoğlu¹, Oruç Numan Gökçe¹, Mefküre Mine Kıvrak¹, Betül Kocamer²

ÖZET

Pnömoperitoneum sıklıkla visceral perforasyon sonucu oluşmakta ve genellikle acil cerrahi girişim gerektiren peritonit bulgularıyla kendini göstermektedir. Cerrahi olmayan spontan pnömoperitoneum (organ perforasyonu ile ilişkili olmayan) intratorasik, intraabdominal, jinekolojik, iyatrojenik ve diğer çeşitli sebeplere bağlı nadir görülen bir tablodur ve genellikle konservatif olarak tedavi edilir. Spontan idiyopatik pnömoperitoneum, visceral perforasyonlar veya karın içi serbest havaya yol açan diğer nedenlerden daha da nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu yazıda, idiyopatik spontan pnömoperitoneum olgusu sunulmaktadır. Yetmiş beş yaşında kadın hasta akut abdominal ağrı, subfebril ateş, bulantı ile başvurdu. Karın bulguları net değildi, lökositozu yoktu. Direkt radyografide serbest hava varken hasta bir gün oral alımı kesilip nazogastrik sonda, sıvı replasmanı ve profilaktik antibiyotikle takip edildi. Takibin birinci gününde muayenede derin palpasyonda yaygın karın hassasiyeti dışında diğer akut karın bulguları yoktu. Hafif lökositoz, lökositlerde sola kayma ve direkt radyografide pnömoperitoneum mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografide karın içi serbest hava ve Douglas boşluğunda minimal serbest sıvı dışında tanımlanabilen bir patoloji yoktu. Geçirilmiş (10 yıl önce) kolesistektomi ameliyatı dışında öyküsünde kronik hastalık veya ilaç, sigara, alkol tüketimi yoktu. Hastaya acil laparotomi yapıldı. Tanımlanabilir bir sebep saptanmamasına ve etiyojisi belirsizliği sürmesine rağmen hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. Tam bir öykü ve uygun laboratuvar testleri ve radyolojik teknikler ile birlikte fizik muayene, cerrahi olmayan pnömoperitoneum olan hastaların belirlenmesi ve gereksiz laparotomileri önlemek açısından özenle kombine edilmeli ve laparoskopi gibi minimal invaziv teknikler gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik pnömoperitoneum, spontan pnömoperitoneum, akut karın

ABSTRACT

Pneumoperitoneum often occurs following a visceral perforation and is usually seen with peritonitis, requiring urgent surgical intervention. Non-surgical spontaneous pneumoperitoneum (not associated with organ perforation) is a rare situation caused by intrathoracic, intra-abdominal, gynaecologic, iatrogenic, and other reasons, and may be treated conservatively. Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum is seen much less often than visceral perforation or other reasons causing intraabdominal gas. We present a case of idiopathic spontaneous pneumoperitoneum. A 75-year-old female patient applied with acute abdominal pain, subfebrile fever and nausea. Abdominal findings were not definitive, there was no leucocytosis but free intraabdominal air on the abdominal X-ray. The patient was observed for one day without oral feeding, nasogastric tubing, prophylactic antibiotics and saline infusion. At the first day of follow up she had only generalized abdominal pain on deep palpation, without other acute abdominal signs. She had mild leucocytosis, neutrophilia, and pneumoperitoneum on direct abdominal X-ray. On abdominal computerized tomography there was no pathologic sign other than intraabdominal free air and minimal free fluid in Douglas pouch. There was only a cholecystectomy (10 years ago) in her history, no chronic illness or other situation such as drug abuse, smoking or alcohol consumption. An emergency laparotomy was performed. Although no abdominal pathology could be found and the etiology could not be determined, the patient was discharged on the 5th postoperative day. Good patient history, appropriate laboratory tests, and radiologic tests combined with physical examination should be combined to avoid unnecessary laparotomy on non-surgical pneumoperitoneum, and minimally invasive techniques should also be considered.

Key Words: Idiopathic pneumoperitoneum, spontaneous pneumoperitoneum, acute abdomen

GİRİŞ

Pnömoperitoneumların %90'dan fazlası gastrointestinal perforasyonların sonucu olarak meydana gelmektedir (1). Peptik ülser nedeniyle mide veya duodenum perforasyonu pnömoperitoneumun en yaygın nedeni olarak kabul edilir. Pnömoperitoneum aynı zamanda abdominal travma veya divertiküler perforasyonlarda da meydana gelir (1). Yaygın peritonit belirtileri olan bir hastada akciğer grafisinde serbest hava en sık rastlanan radyolojik bulgudur. Çoğu durum acil eksplorasyon ve müdahale gerektirir.

Ancak bazen pnömoperitoneum visceral perforasyonla ilişkili değildir ve buna spontan pnömoperitoneum (SP) veya cerrahi olmayan pnömoperitoneum denir. Spontan pnömoperitoneum intratorasik, karın içi, jinekolojik, iyatrojenik veya diğer çeşitli nedenler ile ilişkilidir (1). Genellikle SP, peritonit ile komplike değildir, selim seyirlidir ve konservatif olarak tedavi edilebilir (1-4). İdiyopatik SP etiyojisi bilinmeyen çok nadir bir durumdur, çünkü visceral perforasyonlar ve karın içi serbest hava yapan diğer tüm durumlar dışlanmış olmalıdır (1, 5-7). Spontan pnömoperitoneum tanısı, genellikle negatif laparotomilerden sonra konur. Özellikle laparotomiden önce peritonit bulguları silik ve pnömoperitoneum sebebi bilinmiyorsa cerrahlar için çözmesi zor bir ikilem oluşturur.

¹Kilis Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kilis, Türkiye

²Kilis Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Kilis, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Nidal İflazoğlu

Kilis Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kilis, Türkiye
Tel.: +90 348 813 52 02

e-posta:
nidal1933@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 18.10.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 22.11.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 30.08.2013

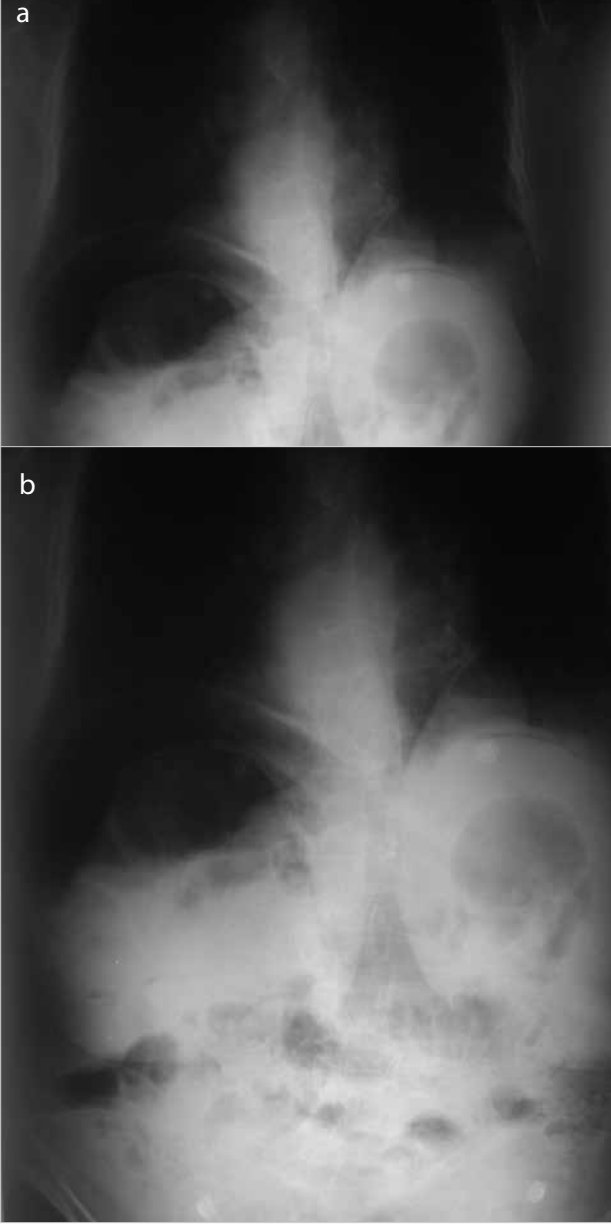
©Telif Hakkı 2015

Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015
by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org



Şekil 1a, b. Direk grafide subdiyafragmatik serbest hava görünümü

OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşında kadın hasta, 24 saattir varolan akut abdominal ağrı, bulantı ile hastanemize başvurdu. Öyküsünde 10 yıl önce kolesistektomi dışında kronik hastalık, ilaç kullanımı, sigara, alkol kullanımı yoktu. Hastanın yüz ifadesi keyifsizdi. Kan basıncı 110/70 mm-Hg, nabız: 90 vuru/dakika, vücut sıcaklığı: 37,6°C olarak saptandı. Karında net bir hassasiyet saptanmadı. Lökosit 7000/µL; nötrofiller %72 olarak saptandı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde nazogastrik ile hava verilmeden subdiyafragmatik serbest hava mevcuttu (Şekil 1a, b).

Hasta oral alımı kesilip intravenöz sıvı ve profilaktik antibiyotik tedavisi ile bir gün boyunca gözlemlendi. Ertesi gün hafif lökositoz (10.500/µL); nötrofiller %78, kan basıncı: 100/70 mm-Hg, nabız: 92 vuru/dakika, vücut sıcaklığı: 37,8°C olarak saptandı. Karın muayenesinde tüm kadrarlarda derin palpasyonla hassasiyet saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) ka-



Şekil 2. Abdominal bilgisayarlı tomografide üst kesitte karın içi serbest hava görünümü



Şekil 3. Abdominal bilgisayarlı tomografide yaygın karın içi serbest hava

rın içi serbest hava ve Douglas'ta minimal serbest sıvı dışında bulgu saptanmadı (Şekil 2-5).

Hasta gastrointestinal perforasyon şüphesiyle acil laparotomiye alındı. Geçirilmiş kolesistektomi nedeniyle üst karında yapışıklıklar mevcuttu. Douglas boşluğunda 100 cc seröz vasıfta serbest sıvı mevcuttu. Mide, duodenum tam olarak mobilize edildi ve "Bursa omentalis" gözlemlendi. Distal özofagus, mide ve duodenumda perforasyona ait bulguya rastlanmadı. Tüm ince barsaklar, kolon ve rektum eksplere edildi. Ancak herhangi bir etyolojik nedene rastlanmadı. Sonuçta pnömoperitoneum nedeni anlaşılamadı ve karın 1000 mL serum fizyolojik ile yıkanıp Douglas boşluğuna bir adet dren kondu.

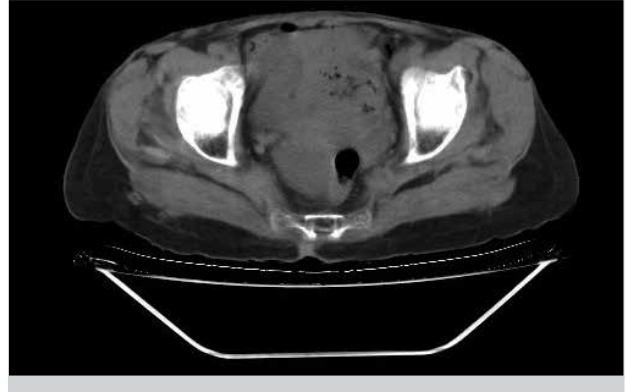
Hasta postoperatif 5. gününde taburcu edildi. Ameliyattan bir ay sonra hastaya abdominal BT, özefagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Herhangi bir patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA

Spontan pnömoperitoneum; intratorasik, intraabdominal, jinekolojik, iatrojenik ve diğer çeşitli nedenlerle ilişkilendirilir (1, 2). Travmalar (barotavma dahil), pnömotoraks, bronkoperitoneal fistül gibi ciddi torasik sebepler SP ile ilişkilendirilmiştir (1). Pozitif son ekspiratuar basınç (PSEB) ile desteklenmiş, mekanik ventilatöre bağlı hastalarda SP ile birlikte pnömomediastinum ve pnömoperikardium görülmüştür (1). Pnömomatozis sistoides intestinalis SP'a en sık yol açan karın içi nedendir (1).



Şekil 4. Abdominal bilgisayarlı tomografide alt kesitte karın içi serbest hava



Şekil 5. Abdominal bilgisayarlı tomografide pelvik kesitte minimal serbest sıvı

Amfizematöz kolesistit, spontan bakteriyel peritonit, rüptüre karaciğer apsesi ve kadınlarda perforate pyometra SP'un nadir nedenlerindendir (1). Kaba cinsel ilişki sonrası veya jakuzi kullanımı sonrası havanın endometrium ve salpenksler yoluyla intraabdominal kaviteye ulaşabilmesi nedeniyle pnömoperitoneum bildirilmiştir (1). Laparoskopik ve endoskopik (kolonoskopi) girişimler iyatrojenik SP sebebi olabilirler (1).

Pnömoperitoneumun sebebi ve klinik belirtileri, tedavinin cerrahi olup olmaması gerektiğini belirler. Akut karın belirti ve bulguları varlığında cerrahi kaçınılmazken, daha hafif belirtili olgularda peritonit yokken konservatif tedavi endikedir (2). Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene gereksiz laparotomiden kaçınarak, cerrahi olmayan pnömoperitoneumu, cerrahi pnömoperitoneumdan ayırmada çok yararlı olabilir (2). Ayrıca, bir nazogastrik tüp (pnömogastrogram) aracılığıyla mide lümenine hava insüflasyonu öncesi ve sonrası radyolojik görüntüleme, üst gastro-intestinal viseral organ perforasyonunun tanısını koymak veya onaylamanın kolay ve güvenli bir yöntemidir (8). Düz karın grafileri ve akciğer grafisi küçük miktarda intraabdominal havanın bile tanısını koymada yaygın tetkik araçları olmalarına karşın, abdominal BT pnömoperitoneumu tanıma ve akut karın ayırıcı tanısını yapmada daha duyarlı bir yöntemdir (9, 10).

Bazı olgularda subklinik ince barsak perforasyonlarının sadece hava kaçağı olacak şekilde barsak içeriği karına akmadan pnömoperitoneum olabileceği söylenmektedir (1). Diğer olgularda bilinmeyen başka sebepler de idiyopatik pnömoperitoneum yapabilir (1).

Pnömoperitoneum olgularının çok azı idiyopatik tanısı alır ancak çoğu cerrahi eksplorasyon geçirir. Van Gelder ve ark. (5) akut abdomen bulguları olan ancak laparotomi ile herhangi bir sebep saptanamayan altı pnömoperitoneum olgusu bildirmişlerdir. Chandler ve ark. (11) cerrahi olmayan pnömoperitoneumda %28 oranında laparotomi oranı bildirmişlerdir. Mularski ve ark. (12) 36 cerrahi olmayan pnömoperitoneum olgusundan 11 tanesine (%31) laparotomi yapıldığını işaret etmişlerdir.

SONUÇ

Tam bir öykü, uygun laboratuvar testleri ve radyolojik teknikler ile birlikte fizik muayene, cerrahi olmayan pnömoperitoneum hastalarının belirlenmesi ve gereksiz girişimleri önlemek açısından yararlı araçlardır. Günümüzde laparoskopi ve laparotominin her ikisi de pnömoperitoneum olgularında tanı ve tedavide başarılı olmalarına karşın, minimal invaziv cerrahinin avantajlarının kullanımı tercih edilebilir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - N.İ., O.N.G.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - N.İ., B.K.; Analiz ve/veya yorum - N.İ., M.N.K.; Yazıyı yazan - N.İ., O.N.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - N.İ., O.N.G.; Data Collection and/or Processing - N.İ., B.K.; Analysis and/or Interpretation - N.İ., M.N.K.; Writer - N.İ., O.N.G.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Mularski RA, Ciccolo ML, Rappaport WD. Nonsurgical causes of pneumoperitoneum. West J Med 1999; 170: 41-46.
2. Karaman A, Demirbilek S, Akin M, Gürnlüoğlu K, Irşi C. Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. Pediatr Surg Int 2005; 21: 819-824. [CrossRef]
3. Omori H, Asahi H, Inoue Y, Irinoda T, Saito K. Pneumoperitoneum without perforation of the gastrointestinal tract. Dig Surg 2003; 20: 334-338. [CrossRef]
4. Eslick GD, Chalasani V, Salama AB. Idiopathic pneumoperitoneum. Eur J Intern Med 2006; 17: 141-143. [CrossRef]
5. van Gelder HM, Allen KB, Renz B, Sherman R. Spontaneous pneumoperitoneum. A surgical dilemma. Am Surg 1991; 57: 151-156.
6. Fick TE, van Oorschot FH, Mallens WM, Kitslaar PJ. Pneumoperitoneum without peritonitis. Neth J Surg 1988; 40: 152-154.
7. Breen ME, Dorfman M, Chan SB. Pneumoperitoneum without peritonitis: a case report. Am J Emerg Med 2008; 26: 841. [CrossRef]
8. Lee CW, Yip AW, Lam KH. Pneumogastrogram in the diagnosis of perforated peptic ulcer. Aust N Z J Surg 1993; 63: 459-461. [CrossRef]
9. Stapakis JC, Thickman D. Diagnosis of pneumoperitoneum: abdominal CT vs. upright chest film. J Comput Assist Tomogr 1992; 16: 713-716. [CrossRef]
10. Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, See TC, Beharry NA, Housden BA, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. BMJ 2002; 325: 1387. [CrossRef]
11. Chandler JG, Berk RN, Golden GT. Misleading pneumoperitoneum. Surg Gynecol Obstet 1977; 144: 163-174.
12. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med 2000; 28: 2638-2644. [CrossRef]