

A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Şirürji Kliniği

**DİSTAL KOLONUN TRAVMATİK RÜPTÜRLERİ
İKİ VAKANIN TAKDİMİ**

Dr. Şadan Eraslan *

Dr. Sabri Acartürk **

Kolon ve rektum delinmeleri akut karına sebep olan hastalıkların % 10 - 15 ini teşkil ederler (18). Karının dışarıdan zedelenmeleri yanında teşhis ve tedavi amaçları ile yapılan muayeneler esnasında da kolon ve rektum zedelenebilir. Intraluminal basınç artmasını doğuran faktörler, kolon ve rektum içi yabancı cisimleri, karın içi basıncının artması yırtılmalara sebep olabildiği gibi, nadiren de kendiliğinden yırtılmalar olur (4, 7, 18). Intraluminal basınç, barsak tıkanması veya anüs yolu ile lavman mayii veya basınçlı hava tıbbiki sonucu artar. Kolonda spesifik veya non - spesifik ülseratif kolit, divertikülit, granülomalar veya karsinomaların bulunması delinmeleri kolaylaştırır (15). Biz burada kliniğimizde rastladığımız biri lavman ile diğeri anüs yolu ile basınçlı hava tıbbikine bağlı olarak husule gelen iki kolon delinmesi vakasını takdim edeceğiz.

Vak'a 1 : M. K. (Prot no 771/1379) 29 yaşında, erkekle, marangoz ustası. 12.6.962 günü atelyede çalışmaları bittikten sonra her zaman elbiselerinin tozunu temizlemek için kullandıkları basınçlı hava borusunu, aynı amaç ile kullanırken, atelyedeki arkadaşları tarafından şaka maksadı ile hava hortumunun ucu hastanın antüsüne sokulmak istenmiştir. Bu esnada yüksek basınçlı havanın anüsten içeri dolması sonucu ani bir karın ağrısı meydana geldiğinden, hasta 30 dak. içinde kliniğimize müracaat ederek yatırıldı. Fizik muayenesinde : Karın tahta sertliğinde, ağrılı ve çok hassas olup bulantı mevcut ve muayene esnasında 5 - 6 defa kustı. Çok ızdıraplı olduğundan rektoskopi yapılamadı. Ayakta baş karın grafisinde, sağ diafragma altında hava tespit edildi (Resim 1).

Kan tetkikleri normal limitlerde bulundu. Bu bulgularla barsak delinmesi düşünülerek acilen ameliyata alındı. Endotrakeal genel anestezi altında sol

* A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Şirürji Kliniği Doçenti

** A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Şirürji Kliniği Asistanı



Şekil : 1

paramedian bir kesi ile karına girildi. Gözlemlerde pelvis içinde kanlı bir mayli mevcuttu. Rektosigmoid bölgeden takriben 10-12 cm yukarıda ve 20 cm lik bir bölgede sigmoid ve inen kolonun alt kısmının serozası yer yer yırtılmıştı. Sigmoid kolonun mezosu hava ile dolu ve amfizemli olduğu dikkati çekti. Mezosigmoid açıldığında takriben 4 cm lik bir yırtık tesbit edildi. Rezeksiyona karar verilip 20 cm lik kolon kısmı rezeke edildi. Termino-Terminal anastomoz yapıldı. Postoperatif devresi normal seyretti. i.v. ve drenlerden yüksek doz antibiyotik verildi. Üçüncü günü gaz çıkardı 5. günü defekasyona çıktı ve 21.6.962 günü şifa ile taburcu edildi.

Vak'a 2 : C. D. (Prot No 508/1161), 51 yaşında, erkek. Hastanın kronik konstipasyon şikayetleri mevcuttur. 17.4.968 günü bir lastik borunun ucuna yerleştirdiği sert bir cismi anüsten sokup, lastiğin diğer ucunu musluğa takıp kendi kendine lavman yapmak istiyor. Musluğu açıp su geçmeğe başladıktan sonra şiddetli bir karın ağrısı husule geliyor, bir müddet ağrı geçer diye bekliyor. Fakat ağrı devam ettiğinden kliniğimizle müracaat ederek yatırılmıştır. Fizik muayenesi : T. A. : 100/80 mm Hg. nabız 96/dak, karında yaygın defans, ileri derecede hassasiyet, bastırmakla ağrının şiddetinde artma mevcut. Solunum sık ve yüzeysel. Koltuk altı ısı 37 derece. Kan tetkikleri normal limitler içinde bulundu. Hastanın ızdıraplı durumu ve peritonit mevcudyeti dolayısı ile direkt karın grafisi çektilerilemedi ve rektoskopi yapılmadı. Hastada kolon perforasyonu ve buna bağlı peritonit düşünülerek acilen ameliyata alındı. Endorthrakeal genel anestezi altında göbek üstü ve altı orta kesi ile karına girildi. Karın boşluğunun feçes parçaları ve lavman mayli ile dolu

olduğu görüldü ve bunlar temizlendi. Rektosigmoid bölgede, antimezantrik kenarda 2×2 cm lik bir delik vardı. Treitz den itibaren bütün barsaklar kontrol edildi. Başka bir patoloji mevcut değildi. Delik primer olarak iki sıra dikişle kapatıldı ve karın boşluğu serum ile yıkandı. Karın içine penroz ve antibiyotik dren konup karın kapatıldı. Postoperatif devre yara infeksiyonu dışında normal seyretti. Yüksek doz antibiyotik tedavisine devam edildi. Yara infeksiyonu geçti ve 9.5.968 günü şifa ile taburcu edildi. Bılahare hastada kesi fıtığı husule geldi. 8.10.968 de ameliyatla onarım yapıldı. Hasta üç senedir kliniğimiz kontrolünde olup herhangi bir şikayeti yoktur.

TARTIŞMA

Kolonda intraluminal basıncı artıran faktörler nedeni ile kolon muhtelif yerlerinden delinebilir. Bu hususta ilk tecrübe 1882 de Quenu tarafından yapılmıştır (18). Bu araştırmacı kolonu bütünü ile vücuttan ayırıp, distal ucunu kapatarak, proksimalinden pompa ile basınç tatbik etmiş ve direngenliğini incelemiştir. Bu koşullar altında kolon yırtılmaksızın 50 - 60 cm civa basıncına kadar dayanabilmektedir. Fakat basınç 70 cm civa olduğu zaman kolon bazı yerlerinden yırtılmaktadır (4, 6). Intraluminal basınç ve travmaya direngenlik yönünden kolon anatomisi özellik arz eder (4, 18, 19). Kolon duvarının çekum, assendens, transvers, dessendens ve sigmoid bölgelerindeki lümen çapları ve duvar kalınlıkları farklıdır. Kolon duvarının rüptüründe önemli bir rol oynayan bu iki faktörün incelenmesi için kolon vücuttan ayrılıp transvers kolondan 30 cm su basıncı tatbik edilmiştir. Bu basınçlar altında öncelikle yırtılan bölge çekum olmaktadır. Fakat ani basınç tatbik edilen vakalarda yüksek basınçlı hava önce rektosigmoid bölgesinde veya sigmoidde delinmelere sebep olmaktadır. Doku beslenmesinin ve direngenliğinin daha az olması nedeni ile delinmelere antimezanterik kenarda daha sık rastlanır (1, 18, 22). Baryum lavmanları esnasında kolon ve rektum perforasyonlarına nadiren rastlanılmaktadır (9, 11). Genellikle böyle yırtılmalar hastalıklı kolonlarda olmaktadır (15). Labram, Flamin, Hills (9, 15) baryum avmanı esnasında husule gelen delinmeler hakkında muhtelif vakalar bildirdiler ve 4 günlük bebekten 75 yaşında bir hastaya kadar perforasyon geçiren vakalarını yayınladılar. Kolon ve rektumun hasta olmasının perforasyondaki önemi yanında, hastanın daha önceden bir ameliyat geçirmiş olması da yapışıklıklar ve doku mukavemetinin azalmasından dolayı değer taşır. Mesela hastanın daha önceden bir histe-

rülmemiş ve morbidite de uzamamıştır. Her iki vakada da erken müdahale nedeni ile proksimal kolostomi veya çekostomiye lüzum görülmemiş, bir komplikasyon husule gelmemiştir.

ÖZET

Kliniğimizde son yıllarda rastladığımız iki distal kolon delinmesi vakası sunuldu. Bunlardan bir tanesi musluk suyu ile hastanın kendisi tarafından lavman yapılırken, diğeri şaka maksadı ile kompressör havasının kolonları doldurması ile meydana gelmiş distal kolon delinmeleridir. Bu gibi delinmelerde erken müdahalenin mortaliteyi azalttığı dikkati çekmektedir.

SUMMARY

Traumatic Ruptures of the Distal Colon and Report of Two Cases.

Two cases of distal colon rupture, encountered in recent years at the first surgical service, were presented.

One of these developed during top water enema performed by the patient himself through a water-hose inserted from coccy into anus.

The other followed an abrupt distention of the distal colon by air inflation through anus pressure air hose which was inserted by the patient's friend as a joke.

It is our opinion that mortality rate under these circumstances can be decreased by early surgical therapy.

LİTERATÜR

- 1 -- ANDREWS E. W. : Rupture of the Bowel Caused by Compressed Air. Surg. Gyn. Obst. 17 : 63, 1911.
- 2 -- BEFELER. D. : Proctoscopic perforation of the Large Bowel. Dis. Colon Rectum 10 : 376 - 8, 1967.
- 3 -- BLUMBERG, R. M. : The Seat Belt Syndrome Sigmoid Colon Perforation. Ann. Surg. 165 : 637 - 639 - Apr 1967.
- 4 -- BOWERS. W. F. : Diagnosis and management in wounds of the Colon, Rectum, anus and perineum. DISEASE OF THE COLON and RECTUM : 803 : 821, 1959.
- 5 -- BUTTERS A. G. : An Unusual Rectal Injury. Brit. Med. J 2 : 602, 1955.

- 6 — CLAYDON C.: Trauma of the Rectum *Amer. Surg.* **34**: 317-20, 1968.
- 7 — EADIE J. W.: Spontaneous perforations of normal pelvic colon. *Brit. J. Surg.* **43**: 189, 1955.
- 8 — GEIGLE, C. F.: Rectal perforations, during administration of barium enema: Report of three cases. *Dis. Colon Rectum*: **13**: 29-30, 1970.
- 9 — HARTMAN A. W, and HILLS W. J.: Rupture of colon in infants during barium enema, report of two cases. *Ann. Surg.* **145**: 712, 1957.
- 10 — HUGHES L. E.: Penetrating injuries of the extrâperitoneal rectum. *Brit. J. Surg.* **56**: 169-172, 1969.
- 11 — ISAACS I.: Intraperitoneal escape of barium enema fluid, perforation of sigmoid colon. *J. A. M. A.* **159**: 645, 1952.
- 12 — KAUFER, N.: Implantation injury of the rectum an unusual case *Dis. Colon Rectum* **10**: 395-b, 1967.
- 13 — KLEIN, R. and SCARBOROUGH, R. A.: Traumatic perforation of the rectum and distal colon. *Am. J. Surg* **86**: 515, 1953.
- 14 — KLEINSASSER, L. J. and WARSHAW, H.: Perforation of colon during barium enema. *Ann. Surg.* **135**: 560, 1952.
- 15 — LABRAM C. et al.: Perforation of the rectum during a barium enema. *Sem. Hop. Paris.* **43**: 1338, 40.
- 16 — LOWICKI E. M.: Accidental introduction of giant foreign body into the rectum. Case report. *Ann. of Surg.* **163**: 395, 1966.
- 17 — MONGES, A. et al.: Apropos of the thermometric ulceration. *Marseille Med*: **106**: 99-102, 1969.
- 18 — RAFFENSPERGER E. C.: Rupture of the colon and rectum and foreign bodies of the colon and rectum. 1076-1087 *Gastroenterology* (ed BOCKUS H. L.) Saunders 1964.
- 19 — RANKIN F. W., GRAHAM, A., S.: The colon and rectum injures and foreign bodies in surgical treatment of the abdomen. (ed. Bancroft W. F.) 744, Lippincott 1947.
- 20 — SMIDY, F. G. et al.: Rectal perforation by thermometer *Lancet* **2**: 805, 1969.
- 21 — SHAW, E. B.: Rectal perforation by thermometer *Lancet* **1**: 416, 1970. feb 970.
- 22 — STONE G. W.: Pneumatic rupture of the intestine, a new type of industrial accident *Lancet* **2**: 216, 1904.
- 23 — SUBE, J., ZIPERMAN, H., H., Mc IVER W.; J.: Seat Belt trauma to the abdomen. *Am J. Surg* **113**: 346-350, 1967.