

# Künt Abdominal Travmaya Bağlı Rektum Perferasyonu

## *Rectum Perforation Due To Blunt Abdominal Trauma*

Selim SÖZEN<sup>1</sup>, Metin PİRİ<sup>1</sup>, Ömer TOPUZ<sup>1</sup>, Mustafa KEÇELİ<sup>1</sup>,  
Halil Mert BAHADIR<sup>1</sup>, Oğuz IŞIK<sup>2</sup>, Ahmet Feran AĞAÇHAN<sup>1</sup>

*1 Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri*  
*2 Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Acil Tıp Kliniği, Kayseri*

### ABSTRACT

Traumatic rectal injuries are rare entities with increased morbidity and mortality. In traumatic rectal injuries, primary repair is preferred in patients with early diagnosis, whereas inclusion of fecal diversion could reduce the morbidity and mortality in patients with generalized peritonitis. In this article we report a case of rectum perforation that occurred due to blunt abdominal trauma. This perforation had been primarily sutured. Postoperative course was favorable without any wound infection or intraabdominal sepsis.

**Keywords:** Trauma, injury, rectum

**Received :**31.12.2010

**Accepted:** 03.01.2011

### ÖZET

Travmatik rektum yaralanmaları nadir görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek, cerrahi tedavisi halen tartışmalı bir klinik antitedir. Travmatik rektum yaralanmalarında erken tanı konulan hastalarda primer tamir, generalize peritonitin eşlik ettiği hastalarda primer tamir ve saptrıcı stoma uygulanması mortalitesi ve morbiditesi düşük yaklaşımlardır. Biz bu makalede, rektum perforasyonu ile sonuçlanan künt batın travmalı bir olguyu sunmaktayız. Perforasyon primer sütür ile onarıldı. Postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu veya intraabdominal sepsis ile karşılaşılmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, yaralanma, rektum

**Başvuru Tarihi :**31.12.2010

**Kabul Tarihi :** 03.01.2011

**Yazışma Adresi/Corresponding to:**  
Selim Sözen  
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri -Türkiye  
GSM: 905055979773 [SMS]  
e-mail: selimsozen63@yahoo.com

## GİRİŞ

Travmatik rektum yaralanmaları nadir görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek cerrahi tedavisi halen tartışmalı bir klinik antitedir. İyatrojenik rektal yaralanmalar genellikle enema uygulamalarında enema başının rektuma yerleştirilmesi sırasında gerçekleşmektedir. Ayrıca nadiren de olsa kolonoskopi, polipektomi, elektrokoagulasyon, biyopsi ve rektal yabancı cisime bağlı olarak rektal perforasyonlar bildirilmiştir.<sup>1,2</sup> Rektum yaralanmalarında yaralanmanın yeri, şiddeti, kirlenmenin derecesine ve cerrahın tercih ve tecrübesine bağlı çeşitli tedavi alternatifleri mevcuttur. Günümüzde kolorektal yaralanmalarda primer onarıma eğilim görülmektedir. Seçilmiş hastalarda kolon diversiyonu yapmaksızın primer tamirin uygulanabileceğini bildiren çalışmalar vardır.<sup>3</sup>

Bu yazıda, yüksekte düşmeye bağlı oluşan künt batın travmasına sekonder rektum perforasyonu tanısıyla takip ettiğimiz hastayı sunuyoruz.

## OLGU

Altmış sekiz yaşında erkek hasta, 4 saat önce gerçekleşen inşaatın 2. katından düşme sonucu acil servise başvurdu. Fizik muayenede ateş: 36.8°C Nb:112/dk KB:120/100 mmHg idi. Batın muayenesinde, palpasyonla yaygın hassasiyet, istemsiz defans ve rebound mevcuttu. Barsak sesleri alınamıyordu. (Resim 1) Rektal muayenede anüsden ileum anslarının prolobe olduğu gözlemlendi. (Resim 2) Laboratuvar tetkiklerinde Htc : 12 g/dl Hct: %37.<sup>4</sup> lökosit: 15600/µl trombosit: 223000/µl glu: 61 mg/dl idi. Ayakta direkt karın ve PA akciğer grafilerinde her iki diafragma altında serbest hava görüldü. Hasta, kolon perforasyonu tanısı ile intravenöz sefepim 1 g ve metronidazol 500 mg uygulamasını takiben acil olarak ameliyata alındı. Pelviste hemorajik mayi ve minimal fekal kontaminasyon gözlemlendi. Eksplozasyonda rektumun antimezenterik yüzü boyunca ilerleyen ve periton refleksiyonunun 5 cm üzerinde sonlanan, barsak uzun eksenine paralel, 5 cm uzunluğunda perforasyon tespit edildi. Perforasyon alanından yaklaşık 60 cm'lik ileum ansı prolobe olmuştu. Aynı bölgede mukozada lineer laserasyonlar ve kanama, perforasyon alanı çevresinde transmural hematoma mevcuttu. Prolobe ince barsak ansları redükte edildikten sonra perforasyon alanına primer rafi uygulandı. Postoperatif dönemde sefepim 2 x 1 g + Metronidazol 3 x 500 mg ile antibiyotik tedavisine devam edildi. Postop 5. gün oral gıda verilmeye başlanan hastanın 8. gün antibiyotik tedavisi sonlandırıldı ve 9. gün şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Kolonoskopi ve baryumlu lavman tetkikleri esnasında gelişen iyatrojenik kolon ve rektum perforasyonları cerrahi literatürde sıklıkla yer almıştır.<sup>4</sup> Daha nadir olarak sıkıştırılmış hava kaynakları ile yapılan şakalara bağlı pnömatik kolon hasarları bildirilmiştir.<sup>5</sup>

Rektum duvarı ağrıya duyarlı değildir, intraperitoneal rektum perforasyonunda peritonit hızla gelişir.<sup>6</sup> Postoperatif morbidite ve mortalite gelişiminde yaralanmanın şiddeti ve eşlik eden yaralanma sayısı etkilidir. En sık eşlik eden yaralanmalar mesane ve üretra yaralanmasıdır.<sup>7</sup>

Robertson ve arkadaşları künt travmada peritoneal lavajın yararlı

bir tanı aracı olduğunu bildirmesine karşın izole rektal ve rektosigmoid perforasyonlarda yalancı (-) sonuçlar verebileceğini savunmuştur. Anal kanal ve perine yaralanmaları olan alt 1/3 rektum yaralanmalarında inspeksiyonla tanı konabilir, ancak genel anestezi altında muayene ve üriner kanalın kateterizasyonu sonrası yaralanmanın boyutunu anlamak olasıdır.

Intraperitoneal rektum yaralanmaları, batın alt kadranlarda hassasiyet, rigidite ve visseral perferasyona ait bulgular ile kolayca tanı konabilir. Ancak künt batın travmalarına bağlı ekstraperitoneal rektum yaralanmalarını tanımak zordur. Rektal tuşe ve rektosigmoidoskopi yaralanma yerini saptamak için kullanılan en önemli tanı yöntemleridir.<sup>8</sup>

Rektum yaralanmalarında yaralanmanın yeri, şiddeti, kirlenmenin derecesine ve cerrahın tercih ve tecrübesine bağlı çeşitli tedavi alternatifleri mevcuttur. Günümüzde kolorektal yaralanmalarda primer onarıma eğilim görülmektedir. Seçilmiş hastalarda kolon diversiyonu yapmaksızın primer tamirin uygulanabileceğini bildiren çalışmalar vardır.<sup>3</sup> Literatürde; iyatrojenik küçük perforasyonlarda, barsakta mekanik barsak temizliği yapılmış olgularda, erken dönemde tanısı konmuş batının kirli olmadığı sınırlı perforasyonlarda primer onarım önerilmektedir



Resim 1. Hastanın genel durumu



Resim 2. Rektal muayenede anüsden ileum anslarının prolobe olduğu gözlemlendi.

Stone ve Fabian'ın 1979 yılında yayınladıkları prospektif çalışma adeta bir dönüm noktası olmuş ve bazı risk faktörlerini taşımayan kolon yaralanmalarının primer onarım işlemleriyle başarıyla tedavi edilebileceği gündeme gelmiştir.<sup>10</sup> Yaralanmadan ameliyata kadar geçen sürenin 4-6 saatten uzun olması

morbidite ve mortaliteye olumsuz etkisi olduğunu belirten yayınlar vardır.<sup>9,11</sup>

Sol kolon acillerinin tedavisi halen tartışmalıdır. Hastada septik şok, fekal peritonit, immun yetmezlik söz konusu değilse ve hasta ASA (American Society of Anesthesiologists) fizik durum sınıflandırmasında IV. gruba girmiyorsa lokal veya diffüz peritonit bulguları olsa bile tek basamaklı ameliyat önerilmektedir.<sup>12</sup>

Travmatik kolon ve rektum perforasyonlarında da genel eğilim bariz kontaminasyon veya ekstraperitoneal rektal yaralanma yoksa primer onarım yapılması yönündedir.<sup>13</sup>

Olgumuzun erken prezentasyonu, genel durumunun iyi olması ve intraabdominal septik bulgular taşımaması göz önüne alınarak intraoperatif lavaj sonrası anastomoz yapılmış ve saptırıcı kolostomiye gerek görülmemiştir.

Tanı ve tedavide gecikme nedeniyle önemli bir morbidite ve mortaliteye neden olabilecek rektal yaralanmaların gözden kaçmaması için çoklu travmalı bir hastada, ilk muayenede rektal muayenenin önemini tekrar hatırlatmak amacıyla bu vaka sunulmuştur.

Sonuç olarak; rektum yaralanmalarının cerrahi tedavisi hastanın yaşına, yaralanmadan ameliyata kadar geçen süreye, yaralanmanın yerine ve şiddetine, fekal kontaminasyon derecesine, eşlik eden yaralanma varlığına, hastanın genel durumuna, cerrah tercih ve tecrübesine göre değişiklikler göstermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Seamon WB, Wells J. Complication of the barium enema. *Gastroenterology* 1965;48:728.
2. Fielding J, Lumsden K. Large bowel perforations in patients undergoing sigmoidoscopy and barium enema. *Br Med* 1973;1:471.
3. Gonzalez RP, Phelan H, Hassan M, et al. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? *J Trauma* 2006;61:815-9.
4. Gedebou TM, Wong RA, Rappaport WD, et al. Clinical presentation and management of iatrogenic colon perforations. *Am J Surg* 1996;172:454-458.
5. Suh HH, Kim YJ, Kim SK. Colorectal injury by compressed air - a report of two cases. *J Korean Med Sci* 1996;11:179-82.
6. Grosberg RC, Hirsch EH. A retrospective analysis and guidelines for therapy. *Rectal Trauma. Am J Surg* 1983;145:795-9.
7. Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG, et al. Civilian rectal trauma: a changing perspective. *Surgery* 1999;126:693-8.
8. Robertson HD, Ray JE, Ferrari BT, Gathright JB: Management of rectal trauma. *Sur. Gynecol Obstet* 1982;154:161-164
9. Adesanya AA, Ekanem EE. A ten-year study of penetrating injuries of the colon. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 2169-77.
10. Stone HH, Fabian TC. Management of perforating colon trauma: randomization between primary closure and exteriorization. *Ann Surg* 1979;190:430-6.
11. Demetriades D, Murray JA, Chan L, Ordonez C, Bowley D, Nagy KK, et al. Committee on Multicenter Clinical Trials. American Association for the Surgery of Trauma. Penetrating colon injuries requiring resection: diversion or primary anastomosis? An AAST prospective multicenter study. *J Trauma* 2001;50:765-75.
12. Biondo S, Jaurrieta E, Marti Ragué J, et al. Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis. *Br J Surg* 2000; 87: 1580-1584.
13. George SM, Fabian TC, Voeller GR, et al. Primary repair of colon wounds. *Ann Surg* 1989; 209:728-734.