

Case Report/ Olgu Sunumu

Colon perforation due to inflammatory bowel disease: Delayed diagnosis and rare complication

İnflamatuvar bağırsak hastalığına bağlı kolon perforasyonu: Gecikmiş tanı ve nadir bir komplikasyon

Turgut Anuk^{1*}

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic disease involving the gastrointestinal tract, with acute exacerbations and subsequent remissions. This case report aims to present the diagnosis and treatment of a patient who was taken to surgery with the preliminary diagnosis of acute appendicitis, who had multiple micro perforation areas in the colonic loops during the operation, and who was diagnosed with IBD in the pathology. A 25-year-old female patient complained of abdominal pain, nausea and vomiting. On physical examination, there was defence and rebound in the right lower quadrant of the abdomen. There was normal stool contamination on rectal examination. Laboratory examination was unremarkable except for leukocytosis ($14.1 \times 10^3/\text{mm}^3$). The abdominal ultrasonography observed a heterogeneous appearance in the mesenteric fatty planes and intestinal loops in the right lower quadrant. There was free fluid at the subhepatic and lower abdominal quadrant. In addition to ultrasonography, edematous appearances in intestinal loops and air-fluid levels in intestinal loops were observed in tomography. During the operation, in addition to minimal fluid in the abdomen, it was observed that the appendix vermiformis had an acute hyperemic and erectile appearance. In addition, multiple microperforations were observed on the anti-mesenteric surface of the colonic loops from the cecum to the sigmoid colon. Subtotal colectomy and ileostomy were performed. The patient was discharged on the 4th postoperative day without any problems in the follow-up. In the pathological evaluation of the specimen, the findings were reported to be compatible with IBD. The patient was referred to the gastroenterology outpatient clinic for IBD follow-up.

Keywords: Inflammatory bowel disease, delayed diagnosis, intestinal perforations.

Öz

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) gastrointestinal sistemi tutan kronik, akut alevlenmeler ve bunu takip eden remisyonlarla seyreden bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan, ameliyat sırasında kolon anslarında çok sayıda mikro perforasyon alanı olan ve patolojisinde İBH tanısı konulan bir hastanın tanısı ve tedavisinin sunulması amaçlanmıştır. 25 yaşında bir bayan hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede batın sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Rektal tuşede normal gayta bulaşı vardı. Laboratuvar incelemesinde lökositoz ($14,1 \times 10^3/\text{mm}^3$) dışında özellik yoktu. Karın ultrasonografisinde sağ alt kadranda mezenterik yağlı planlarda ve barsak anslarında heterojen görünüm izlendi. Subhepatik düzeyde ve batın alt kadranda serbest sıvı mevcuttu. Tomografide ultrasonografiye ek olarak intestinal anslarda ödematöz görünümler ve intestinal anslarda hava sıvı seviyelenmeleri izlendi. Operasyon sırasında batında minimal sıvıya ilaveten apendiks vermiformisin akut hiperemik ve erektil görünümde olduğu görüldü. Ayrıca çekumdan başlayıp sigmoid kolona kadar olan kolonun anti mezenterik yüzeyinde multiple mikroperforasyonlar gözlemlendi. Subtotal kolektomi ve ileostomi yapıldı. Takibinde herhangi bir sorun olmayan hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi. Piyesin patolojik değerlendirmesinde bulgular İBH ile uyumlu rapor edildi. Hasta İBH takibi için gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı, gecikmiş tanı, intestinal perforasyonlar.

1. SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum, Türkiye

Gönderilme Tarihi: 31/12/2022

Kabul Tarihi: 23/01/2023

Yayınlanma Tarihi: 28/02/2023

*Sorumlu Yazar

Turgut Anuk, SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD, Erzurum, Türkiye

E-mail: turgutanuk@gmail.com

Telefon No: +90 532 6974498

Cite this article: Anuk T. İnflamatuvar bağırsak hastalığına bağlı kolon perforasyonu: Gecikmiş tanı ve nadir bir komplikasyon. Ağrı Med J. 2023;1(1): 15-17

Giriş

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) gastrointestinal sistemi tutan kronik seyirli, akut alevlenmeler ve bunu takip eden remisyonlarla seyreden intestinal mukozanın kontrolsüz inflamasyonudur. İBH'nin en çok bilineni Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK)'tir. İBH dünyada en sık batı toplumlarında görülmektedir. Batı ülkelerinde İBH prevalansı, genel popülasyonun yaklaşık %0,5'idir.¹ Son yıllarda Asya ülkeleri de dahil olmak üzere batı tarzı diyetle beslenme ve yaşam stiliyle yaygınlaşan bu risk faktörleri, artık dünya genelinde bir sorun haline gelmiştir.

Son yıllarda İBH insidansında tüm dünyada belirgin artış dikkati çekmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden biri endoskopik tanı olanaklarının artmasıdır.² İBH her yaşta görülmekle birlikte, sıklıkla 30'lu yaşlarda ortaya çıkmakta, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmekte ve yaşlılıkta ikinci bir pik yapmaktadır.³ İBH etiyojisinde birçok çevresel faktör olmakla birlikte genetik bir yatkınlık da görülmektedir ve hastaların %10'undan fazlasının ailesinde İBH öyküsü vardır. Bugüne kadar yapılan genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, 230'dan fazla İBH duyarlılık gen bölgesiyle bağlantı kurmuştur. Sigara içimi, ÜK ve CH'de zıt etkileri olan en çok çalışılan çevresel faktördür. ÜK'de sigara içmek semptomları bastırma eğilimindeyken, CH'de sigara içmek semptomları şiddetlendirme eğilimindedir. Erken yaşlarda antibiyotik kullanımı, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımında olduğu gibi, inflamatuvar bağırsak hastalığına yatkınlık oluşturduğu da düşünülmüştür.⁴

Bu olgu sunumunda akut apandisit ön tanısı ile cerrahiye alınan, operasyon sırasında çekumdan başlayıp sigmoid kolona kadar çok sayıda mikroperforasyon alanı tespit edilen ve patolojide İBH tanısı konulan hastanın tanı ve tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu

25 yaşında bir bayan hasta üçüncü basamak sağlık kuruluşumuzun acil servisine karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyeti ile başvurdu. Hastanın karın ağrıları uzun zamandan beri dönem dönem olmakla beraber, son üç gündür şikâyetleri artıp karının sağ alt kısmında belirginleşmiş. Hastanın öz geçmişinde hafif mental retardasyon dışında özellik yoktu. Hastanın vital bulguları sırasıyla şöyle idi: kan basıncı: 123/77 mm Hg, nabız: 83/dk, vücut ısısı: 37,9°C ve solunum sayısı: 17/dk. Yapılan fizik muayenede inspeksiyonda operasyon skarı olmayıp, batın sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Rektal tuşede normal gayta bulaşı vardı.

Laboratuvar incelemesinde hemogramda lökositoz ($14,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$) mevcuttu. Biyokimyasal ve koagülasyon parametrelerinde özellik yoktu. Hastanın akciğer grafisinde ve düz karın grafisinde patolojik bulgu yoktu. Karın ultrasonografisinde sağ alt kadranda mezenterik yağlı planlarda ve barsak anslarında heterojen görünüm izlenip, apendiks net vizüalize edilemedi. Subhepatik düzeyde ve batın alt kadranda serbest sıvı mevcuttu. Ayrıntılı tanı için intravenöz kontrastlı abdominal tomografi planlandı. Tomografide ultrasonografiye ek olarak intestinal anslarda ödematöz görünüm ve intestinal anslarda hava sıvı seviyelenmeleri izlendi (Resim1).

Hasta ve yakınlarına olası tanılar ve yapılacak cerrahi işlemler hakkında detaylı bilgi verildikten sonra onam alınıp, hasta acil şartlarda operasyona alındı. Genel anestezi altında batın orta hat insizyonla katlar geçilerek batına girildi. Yapılan eksplorasyonda batında minimal sıvıya ilaveten apendiks vermiformisin akut hiperemik ve erektil görünümde olduğu görüldü. Ayrıca çekumdan başlayıp sigmoid kolona kadar olan kolonun anti mezenterik yüzeyinde multiple mikroperforasyonlar gözlemlendi.

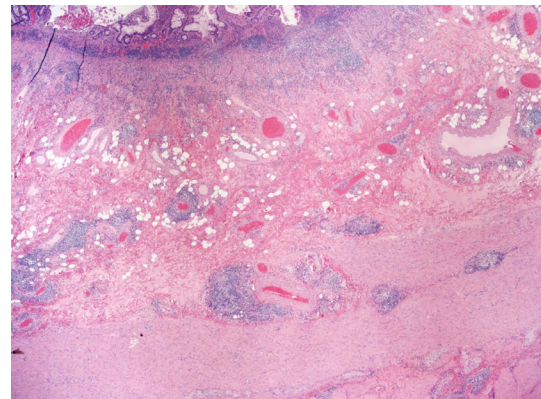
Daha sonra yapılan batın içi detaylı eksplorasyonda diğer organlarda patolojiye rastlanılmadı. Mevcut haliyle en uygun cerrahi seçiminin subtotal kolektomi ve ileostomi olduğuna karar verildi (Resim 2). Sağ alt kadranda uç ileostomi açıldı. Pelvise 1 adet pezzer dren konularak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde hasta serviste takip edildi. Servis takibinde hastaya seftriakson 1 gr intravenöz olarak günde 2 defa ve metronidazol 500 mg/100 mL intravenöz olarak günde 3 defa başlandı. Ostomiden gastrointestinal içeriğin postoperatif 6. saatte gelmesi nedeniyle oral beslenme açıldı. Servis takibinde herhangi bir sorun olmayan hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi. Piyesin patolojik değerlendirmesinde, kolon mukozasında ülserasyon, reaktif boyama paterni gösteren lenfoid agregatlar, barsak duvarlarındaki damar yapılarında yaygın trombüs varlığı görülmüş olup öncelikle bu bulgular İBH ile uyumlu rapor edildi (Resim 3). Hasta İBH takibi için gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi.



Resim 1. Tomografide intestinal anslarda ödematöz görünüm ve intestinal anslarda hava sıvı seviyelenmeleri görülmekte.



Resim 2. Rezeke edilen kolon ansının görüntüsü.



Resim 3. Fokal olarak görülen transmural lenfoid agregatlar.

Tartışma

İBH gastrointestinal sistemi tutan kronik seyirli, akut alevlenmeler ve bunu takip eden remisyonlarla seyreden intestinal mukozanın kontrolsüz inflamasyonudur. İBH, ÜK ve CH olarak ikiye ayrılmakta olup; ÜK'de iltihabi olay kolonun mukoza ve submukozasını tutarken, CH'de iltihap transmural olup, gastrointestinal sistemin her segmentinde tutulma yapabilmektedir. ÜK ve CH'nin tedavileri ve prognozları açısından aralarında farklılıklar bulunmakla birlikte, klinik ve epidemiyolojik yönden birbirine benzeyen yönleri bulunmaktadır. Sadece kolonun tutulduğu olguların yaklaşık %10'unda ÜK ve CH ayrımını yapmak zordur.² Her iki hastalığın klinik prezantasyonu benzer olabilmekte olup; kanlı, mukuslu ishal ve karın ağrısı bu hastalığın en önemli klinik bulguları arasındadır. Hastalığın kolondaki tutulumuna göre bu bulgular değişken olmakla beraber; ÜK'de yaygın ve şiddetli kanlı ishal karakteristik olarak olabilmektedir. Hastalarda eş zamanlı anemi kliniği olabilmektedir. Ayrıca CH'de karın ağrısı semptomları baskın olabilmektedir.

ÜK'de fizik muayene bulguları hastalığın yaygınlık derecesi ve süresi ile ilgili olarak farklılık gösterebilmektedir. Klinik olarak ÜK'nin derecesini belirlemek için değişik aktivite kriterleri geliştirilmiştir. Bunlar içinde en çok kullanılanlardan biri Witts ve Truelove tarafından geliştirilmiştir.⁵ Hafif formda fizik muayene bulgularında patolojik bulguya rastlanmaz iken; ağır formda anemi ve kilo kaybına bağlı olarak genel durum bozukluğu, takipne, taşikardi, barsak seslerinde azalma, çomak parmak gibi ekstra gastrointestinal bulgular görülebilmektedir. Hatta bazı olgularda sigmoid kolon sert bir şekilde ele gelebilmektedir.⁶ Ayrıca İBH düşünülen hastalarda fizik muayeneye mutlaka perianal muayene ve rektal tuşe eklenmelidir.

ÜK şüphesi bulunan hastalarda ilk basamakta temel hematolojik parametreler incelenmesi ve ayrıntılı biyokimyasal parametre değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ayrıca ishal ayırıcı tanısı için gaita kültürü ve mikrobiyolojik testler yapılmalıdır. Kolon mukozasındaki kriplerin inflamasyonu ve bu apselerin lümene boşalması sonucunda görülen pürülan ishal ÜK'i irritable bağırsak ve fonksiyonel bağırsak hastalıklarından ayırır.⁷ İBH tanısını koymada en iyi yöntem kolonoskopidir. Kolonoskopide sırasında hem tutulum olan ve olmayan bölgeden histopatolojik inceleme için multiple biyopsi alınmalıdır. ÜK'de iltihaplanma dentat çizgisi seviyesinde başlayıp proksimale doğru uzanırken; CH'de ise rektum tutulumu nadirdir ve kolonoskopi inceleme mutlaka terminal ileuma kadar bakılmaz. CH'de hastalığın süresi ve aktivitesine göre farklılık olabilir. CH'nin şiddetli formunda kaldırım taşı görüntüsü mevcuttur. Derin ülserasyon veya toksik megakolon şüphesinde kolonoskopi kontrendikedir. Bazı durumlarda ikisi arasındaki fark hem endoskopik hem de histolojik olarak zor olabilir.⁸ Olgumuzun laboratuvar incelemesinde lökositöz dışında özellik olmayıp, hasta acil şartlarda cerrahi alındığından dolayı kolonoskopi yapılamamıştır.

Diyet, düzenli doktor kontrolü, yaşam tarzı değişiklikleri, konservatif ilaç tedavisi veya diğer tedaviler başarısız olduğunda, ciddi beslenme bozukluğunda, İBH semptomları giderilmediğinde, ameliyat kaçınılmazdır. Cerrahi girişim endikasyonları acil ve elektif olarak ikiye ayrılır. Elektif cerrahi endikasyonların en başında medikal tedaviye yanıt alınamaması gelir. Hastalığın akut fulminan kolit, intestinal perforasyon, masif kanama ve toksik megakolon gibi hayati tehdit eden komplikasyonlarda ise acil cerrahi girişim gerekebilir. ÜK hastalarının %29'unda akut komplikasyonlar nedeni ile acil cerrahi girişim gerekebilir.⁹

Sonuç

İBH bazen uzun süre devam eden şikayetlerle başvuran hastalarda detaylı anamnez, fizik muayene ve ileri görüntüleme teknikleri ile tanısı konulmaktadır. Bazen de acil şartlarda

başvuran hastalarda yapılan laparotomide peroperatif tanısı konulmaktadır. Olgumuzda görüldüğü üzere daha önce tanısı olmayan İBH'nin komplikasyonu sonucu intraoperatif olarak konulmuştur. Sağ alt kadranda ağrısı, bulantı ve kusma şikâyeti ile acil polikliniğine başvuran hastalarda nadirde olsa İBH olabileceği akıldaki tutulmalıdır.

Etik Kurul Kararı

Olgu sunumu olduğundan etik kurul onamına gerek olmayıp; olgunun sunulması için hastanın yazılı onamı alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Tüm yazarlar çıkar çatışması olmadığını teyit etmektedir.

Finansal Destek

Tüm yazarlar finansal destek olmadığını teyit etmektedir.

Yazar Katkıları

Yazının tüm aşamalarında makale yazarı görev almıştır.

KAYNAKÇA

1. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12(12):720-727. DOI: 10.1038/nrgastro.2015.150
2. Göktürk S, Karaca Ç. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics*. 2012;5(3):11-6.
3. Loftus EV, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota 1940-1993: Incidence, prevalence and survival. *Gut*. 2000; 46:336-43. DOI: 10.1136/gut.46.3.336
4. Turpin W, Goethel A, Bedrani L, et al. Determinants of IBD heritability: Genes, bugs, and more. *Inflamm Bowel Dis*. 2018; 24:1133-1148. DOI: 10.1093/ibd/izy085
5. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis: Final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1955;2:1041-8. DOI: 10.1136/bmj.2.4947.1041
6. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2012;380(9853):1606-19. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60150-0
7. Demir N, Erzin YZ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Klinik Belirtiler. *Güncel Gastroenteroloji*. 2014, 18.4: 423-439.
8. Geboes K., Van Eyken P. Inflammatory bowel disease unclassified and indeterminate colitis: The role of the pathologist. *J. Clin. Pathol*. 2009;62:201-5. DOI: 10.1136/jcp.2008.059311.
9. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL; ECCO -EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013;7(4):322-37. DOI: 10.1016/j.crohns.2013.01.010