

DIAGNOSTİK KOLONOSKOPİ SONRASI PNÖMOPERİTONEUM VE CİLT ALTI AMFİZEMİ: OLGU SUNUMU

PNEUMOPERITONEUM AND SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA AFTER DIAGNOSTIC COLONOSCOPY: CASE REPORT

Ahmet GÜRER, Nuraydın ÖZLEM, Eyüp SELVİ, İsmail GÖMCELİ, Selma GÖĞKUŞ, Raci AYDIN

OLGU SUNUMU

ÖZET

Kolonoskopi alt gastrointestinal sistemde tanı ve tedavi amaçlı en sık kullanılan girişimsel yöntemdir. Teşhis amaçlı kolonoskopilerin yaklaşık %0.2 sinde kolon perforasyonuna rastlanılmaktadır. Seksen yaşında bayan hasta, 6 ay önce kolon obstrüksiyonu nedeniyle acil olarak operasyona alınmış ve loop ileostomi yapılmış. Preoperatif tanısal amaçlı ileostomiden kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopiden sonra hastada pnömoperitoneum ve cilt altı amfizemi gelişti ve laparotomi planlandı. Laparotomide hepatik fleksurada yoğun yapışıklık mevcuttu ve makroskopik olarak perforasyon saptanmadı. Bazen herhangi bir mukozal yırtık olmaksızın retroperitoneum, mediastinum veya da peritonda serbest hava saptanabilir ve bu da gözle görülür bir defekt olmadan pnömoperitoneuma sebep olabilir.

Anahtar kelimeler: Kolonoskopi, pnömoperitoneum, cilt altı amfizemi.

GİRİŞ

Kolonoskopi, alt gastrointestinal sistem hastalıklarının teşhis ve tedavisinde en sık kullanılan girişimsel tekniktir. Kolonoskopik girişimlerin tedavi amaçlı yapılanlarında daha fazla görülmesine karşın teşhis amaçlı kolonoskopilerde de komplikasyonlara rastlanılmaktadır (1,2). Komplikasyon oranı tecrübeli ellerde bile % 12 ye varabilmektedir (1,3). Kolon perforasyonu major komplikasyonlardan biridir. Biz burada loop ileostomiden yapılan teşhis amaçlı kolonoskopi sonrası pnömoperitoneum, ve cilt altı amfizemi gelişen olguyu sunmaktayız.

Geliş Tarihi/Received: 11/11/2009 Kabul Tarihi/Accepted: 04/01/2010

İletişim:

İsmail GÖMCELİ

Akpınar Mah. 305. Sok. Beyazsaray Apt. No: 6/25 Dikmen Çankaya-ANKARA

Tel: 0505 575 77 35 e-mail: ismailgomceli@yahoo.com

CASE REPORT

ABSTRACT

Colonoscopy is the most used diagnostic and therapeutic method for lower gastrointestinal system. Colon perforation is encountered in approximately 0.2% of diagnostic colonoscopies. An 80-year old woman patient had undergone an emergency surgery 6 months before due to a colon obstruction and performed a loop ileostomy. Colonoscopy was performed at ileostomy site for the preoperative diagnostic purpose. Pneumoperitoneum and subcutaneous emphysema developed after the colonoscopy and laparotomy was planned. There were too many adherences in hepatic flexure and no perforation was macroscopically determined. Free air can sometimes be detected in retro peritoneum, mediastinum or peritoneum without any mucosal rupture, and this can lead to pneumoperitoneum without having any visible defect.

Key words: Colonoscopy, pneumoperitoneum, subcutaneous emphysema.

OLGU SUNUMU

Seksen yaşında bayan hasta; 6 ay önce mekanik intestinal obstrüksiyon tablosu ile başvurduğunda kolon obstrüksiyonu öntanısı ile acil şartlarda eksploratris laparotomi yapılmış, eksplorasyonda sağ kolonda öncelikle inflamatuvar barsak hastalığına bağlı olduğu düşünülen etraf dokulara yapışık kitle saptanmış ve ieoçekal valvin tam çalışabileceği düşünülerek loop ileostomi açılmış. Hasta ileostominin kapatılması için kliniğimize başvurdu ve preoperatif tanısal amaçlı ileostomiden kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopiden hemen sonra hastada cilt altı amfizemi gelişti (Resim 1). Has-



Resim 1- Kolonoskopi sonrası gelişen ciltaltı amfizem

tanın takibinde peritoneal irritasyon bulgularının gelişmesi ve çekilen düz grafilerinde karın içi serbest hava saptanması üzerine acil olarak opere edildi. Anestezi induksiyonu sırasında kardiyak arrest gelişti ve kardiyopulmoner resusitasyona yanıt vermesi üzerine laparotomi yapıldı. Eksplozasyon esnasında karınıçi serbest hava boşaldı, ancak makroskopik olarak perforasyon saptanmadı, hepatik fleksurada çok sayıda yapışıklığı mevcuttu, yapışıklıklara müdahale edilmedi ve karın içine dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Postoperatif dönemde hastanın takibi yoğun bakımda yapıldı ve üçüncü gün exitus oldu.

TARTIŞMA

Fiberoptik kolonoskopi, 1969 yılından beri rektum, kolon ve hatta terminal ileumun görüntülenmesinde kullanılmaktadır (4). Gerek tanı, gerek tedavi amaçlı kolonoskopilerde intraluminal mezenterik yaralanma, seromusküler yırtılma ve splenik tavnaya bağlı olarak hemoraji görülebilir. Perforasyon kolonoskopinin major komplikasyonlarından (1,2,5,6). Tanısal kolonoskopilerde kolon duvarına direkt mekanik penetrasyon, kolonoskop looportun lateral basısı, strüktür veya hastalıklı barsak segmentini geçerken hava basıncı ile meydana gelebilir (7).

Polipektomi sırasında kontrolsüz koter kullanımına bağlı duvar nekrozu ve delinme daha nadir görülmektedir. Yayınlanan geniş kolonoskopi serilerinde barsak perforasyonu oranı tanısal kolonoskopiler için %0,03-%0,05, tedavi amaçlı kolonoskopilerde %0,073-%2 arasındadır. Kolonoskopik perforasyonlar % 64 rektosigmoid, %13 çekum, %8 transvers kolon, %7 inen kolon, %7 çıkan kolon, %1 ileumda gözlenmektedir (1,5).

Otopsi çalışmalarından gösterilmiştir ki intraluminal basınç 210 mm Hg basıncın üstünde perforasyon gelişmektedir; rutin kolonoskopide bu kadar yüksek basınçlara çıkılmaz. Kozarek ve ark. rutin diagnostik kolonoskopi esnasında ortalama basınç değerlerinin 8 ile 57 mm Hg arasında olduğunu ölçmüşlerdir ve maksimum 240 mm Hg basınca çıkmışlardır (8). Monte ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmada 22 kolon perforasyonunun birinde(%5), barotravmaya bağlı perforasyon saptamışlardır (7). Flexible sigmoidoskopi sonrası çekal perforasyon ile ilgili bir makalede pnömatik mekanizmaya ışık tutulmuştur (1,9). Monte ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmada 22 kolon perforasyonunun 1 inde (%5) barotravmaya bağlı perforasyon saptamışlardır (7).

Kolonoskopiye bağlı barsak delinmeleri ya işlem sırasında ince barsak, omentum gibi karın içi organların görülmesiyle ya da gecikmeyle fark edilir. Hastanın aldığı sedatif ve analjezikler nedeni ile ağrı duymaması gecikmeye neden olur (4). Hastanın genel durumu, iyi bir barsak temizliği yapıp yapılmadığı, perforasyonun büyüklüğü, perforasyon ile teşhis arasındaki süre en önemli faktörlerdir (1). Bu hastalarda sık takip gerekir. Medikal tedavide hastanın oral alımı kısıtlanması, İV sıvı replasmanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi önerilir. Hastada peritonit bulguları varsa laparotomi yapılmalıdır. Kolonoskopik yada radyolojik olarak kanıtlanmış büyük perforasyon varlığı, jeneralize peritonit, sepsis cerrahi girişimin kesin endikasyonlarıdır.

Hastamızda kolonoskopi sonrası gelişen peritoneal irritasyon bulguları sonrası oral alımı kesilerek geniş spektrumlu bir antibiyotik başlanmış ve hasta radyolojik olarak pneumoperiton izlendikten sonra geciktirilmeden operasyona alınmıştır. Hastanın kolonoskopik olarak alınan biyopsilerinin patolojik sonucu kronik enflamasyon ve ülserasyon şeklinde rapor edilmiş ve bu hastalık zemininde perforasyonun geliştiği düşünülmüştür.

Bazen de bizim hastamızda olduğu gibi herhangi bir mukozal yırtık olmaksızın retroperitoneum, mediastinum, cilt altı veya da peritonda serbest hava saptanabilir. Bunu açıklamak için farklı mekanizmalar öne sürülsede hala belirsizliğini korumaktadır. Perforasyona sebep olan basınçlara henüz ulaşmamış basınç artış-

larında mukozada hava geçişine izin veren parsiyel yırtıklar olabilir ve bu da gözle görülür bir defekt olmadan pnömoperitoneuma sebep olabilir. Bunlar cerrahi eksplorasyon için tek başına endikasyon teşkil etmezler.

KAYNAKLAR

1. Kavic SM, Basson MD. Complications of endoscopy. *Am J Surg* 2001;181:319-32.
2. Basson MD, Eter L, Panzini LA. Rates of colonoscopic perforation in current practice. *Gastroenterol* 1998;114:1115.
3. Frühmorgen P, Demling L. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy in the Federal Republic of Germany, Results of an injury. *Endoscopy* 1979;2:146-50.
4. Corman M.L. Colon and rectal surgery. In: Corman ML; ed. *Flexible sigmoidoscopy and colonoscopy*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2005: 98-127.
5. Gebedau TM, Wong RA, Rappaport WD, et al. Clinical presentation and management of iatrogenic colon perforations. *Am J Surg* 1996;172:457-58.
6. Wesdorp IC, Bartelsman JF, Huibregtse K, et al. Treatment of instrumental esophageal perforation. *Gut* 1984;25:398-404.
7. Anderson ML, Pahsa TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study. *Am J Gastroent* 2000;95:3418-22.
8. Kozarek RA, Earnest DL, Silverstein ME, Smith RG. Air-pressure-induced colon injury during diagnostic colonoscopy. *Gastroenterol* 1980;78:7-14.
9. Wayne JD, Lewis BS, Yessayan S. Colonoscopy: a prospective report of complications. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:347-51.