

Ağaçtan düşme sonrası perine ve sfinkter yaralanması olmadan penetran rektum ve mesane yaralanması

Penetrating rectum and bladder injury without perineal and sphincter damage after falling down from tree

Altıntoprak F

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet

Travmatik rektum yaralanmaları nadir görülen, yüksek morbidite ve mortalite oranları ile seyredilebilen bir yaralanma türüdür. Tedavi yaklaşımları deneyimlere göre değişebilmektedir. Otoerotizm veya cinsel saldırı amaçlı oluşan yaralanmalar haricinde genellikle tabloya minimal de olsa perine ve/veya sfinkter yaralanmaları eşlik etmektedir. Bu yazıda, yüksekten bir ağaç dalı üzerine düşme sonrası oluşan, perine ve sfinkter yaralanmasının eşlik etmediği ve klinik şüphe üzerine yapılan rektal tuşe ile tanı konulan penetran rektum yaralanması olgusunu sunduk ve bu olgu eşliğinde rektum yaralanmalarının tanı algoritmasını kısaca gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Rektum yaralanması, penetran yaralanma, travma.

Summary

Even though traumatic rectal injuries are rare, they have increased morbidity and mortality. Treatment options may vary based on the experience of the surgeon experiences. Among tramatic rectum injuries, perineum or sphincter injuries are observed, even though their number is small in cases other than those caused by autoeroticism and sexual abuse. In this paper, we present an impalement rectal injury case without perineum and sphincter damage. Since injury was diagnosed by digital rectal examination, we focused the discussion of the diagnosis options on rectal injuries.

Key Words: Rectum injury, penetrating injury, trauma.

Giriş

Travmatik rektum yaralanmalarının klinik seyri hakkındaki en büyük deneyimler savaşlarda oluşan yaralanmalardan elde edilmiştir. Bu tür yaralanmalar genellikle yüksek ivmeli silahlarla olduğundan ve rektumun tamamen parçalanmasına kadar uzanan geniş doku kayıpları ile birlikte olduğundan yüksek mortalite ile seyretmekteydi.

Günümüz şartlarında rektal yaralanma sebepleri ve tedavi yaklaşımları değişmekle birlikte morbidite oranları halen arzu edilen düzeyde değildir (1-3). Sivil yaşamda rektum yaralanmaları en sık düşük ivmeli ateşli silahlar, delici-kesici aletler, sert bir cismin üzerine düşme veya transanal uygulanan yabancı cisimler (seksüel veya medikal amaçlı) nedeniyle oluşmaktadır (4-7).

Olgu Sunumu

Kırkiki yaşında erkek hasta, 1 saat önce olan yüksekten düşme sonrası başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Anamnezinde yaklaşık 3 metre yükseklikten düştüğü ve düştükten yarım saat sonra karın ağrısı başladığı öğrenildi. Acil polikliniğe başvuru anında vital bulguları (tansiyon arteryal:140/90 , nabız dakika sayısı:76) ve hemogram değerleri (Hct:42 %,

Yazışma Adresi: Fatih ALTINTOPRAK

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi,
Sakarya, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 13.02.2010 Kabul Tarihi: 06.04.2010

Hb:12.3 g/dl) normaldi. Fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyet ve defans olduğu saptandı. Barsak sesleri hiperaktifti. Ayakta çekilen direk karın grafisi ve PA- akciğer grafisi normaldi. Tekrarlanan fizik muayene sırasında perianal bölgenin normal olduğu (Resim-1), fakat rektumdan sızıntı tarzında kanama olduğu görüldü. Yapılan rektal tuşede rektum 5. cm de, ön duvarda yaralanma olduğu saptandı (Resim-2). Hastanın anamnezi irdelendiğinde; yaklaşık 3 m yüksekliğindeki kiraz ağacından yerdeki bir ağaç dalının üzerine düştüğü, rektumdan giren ağaç dalını olay yerinde hastanın kendisinin çıkardığı ve olayın oluş şekli ve yaralanma şekli utandırdığı için başvuru anında anlatmadığı öğrenildi. Anlatılan yaralanma şeklinde perianal bölgede minimal de olsa bir yaralanma (cilt laserasyonu vs.) olacağı düşünüldüğü için hikaye, cinsel saldırı olasılığı ve yaralanmaya neden olan cismin aydınlatılması için, tekrar sorgulandığında hasta anamnezini değiştirmemi.



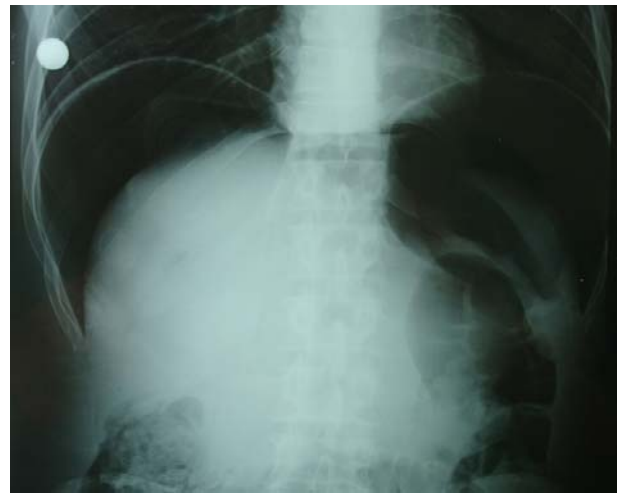
Resim 1. Perianal bölge inspeksiyonu : Perianal bölgede penetran yaralanmayı düşündürecek herhangi bir bulgu (cilt laserasyonu, sfinkter yaralanması gibi) olmadığı, sadece rektumdan sızıntı tarzında kanama olduğu görülüyor.

Hastaya mesane katateri takıldı. Katater mesaneye zorlanmadan yerleştirildi ve hematüri olduğu görüldü. Hemodinamik parametreleri normal olan hastaya fleksible sigmoidoskop ile rektoskopi yapıldı. Endoskopik incelemede; rektum 5.cm'de, ön duvarda, lümenin yaklaşık %30'unu tutan parçalı yaralanma ve yaralanma bölgesindeki mukozadan sızıntı tarzında kanama olduğu görüldü.

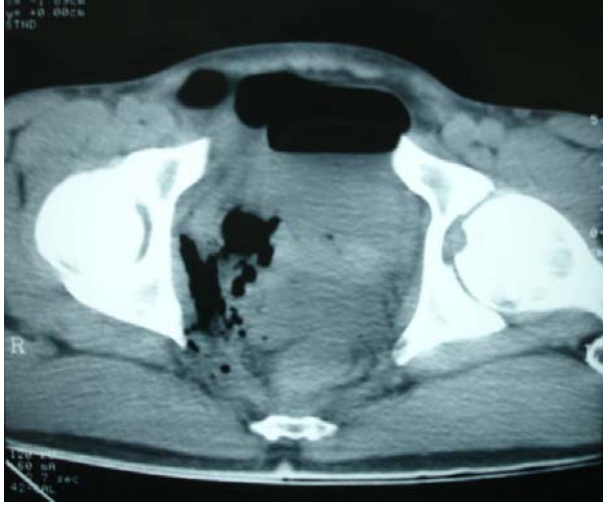


Resim-2. Ameliyat masasında litotomi pozisyonunda yapılan rektal muayenede rektum 5. cm'de, ön duvar yerleşimli, lümenin %30'unu tutmuş, tam kat yaralanma.

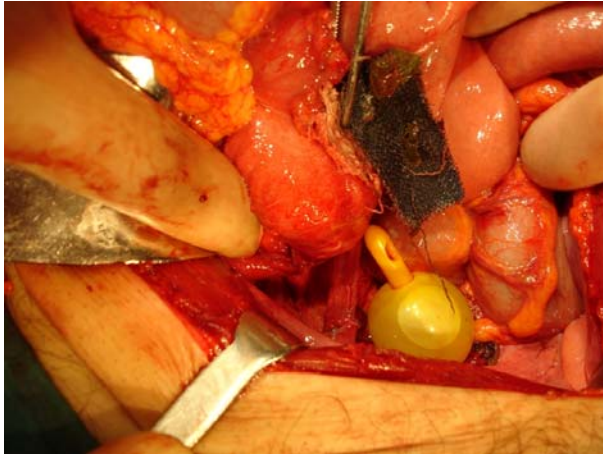
Endoskopik incelemeden hemen sonra çekilen ayakta direk karın grafisinde sağ diafragma altında serbest hava saptandı (Resim-3). Batın tomografisinde karın içi serbest hava, pelvisde sıvı koleksiyonu ve pelvis sağ yan duvarda yabancı cisim yerleşimine uyan parçalı yaralanma olduğu görüldü (Resim-4). Hasta başvuru anından 1 saat sonra ameliyata alındı. İncelemede üreter sağ orifisinin 1 cm lateralinden geçen yaklaşık 4 cm uzunluğunda parçalı mesane yaralanması, pelvis sağ yan duvarda hematoma ve çekumda seroza yaralanması olduğu saptandı. İleum segmentleri arasında hastanın giydiği giysilerin parçaları olduğu saptandı (Resim-5).



Resim-3. Endoskopik incelemeden hemen sonra çekilen ayakta direk karın grafisinde sağ diafragma altında belirgin olarak izlenen serbest hava görüntüsü.



Resim-4. Batın BT: Pelvis sağ yan duvarda yabancı cisim traktına uyan alanda ve katater takıldığı için boş olan mesane lokalizasyonunda serbest hava ile beraber pelvisde serbest sıvı olduğu görülüyor.



Resim-5. Ameliyat bulguları: Mesane yaralanması nedeniyle mesane kataterinin batın içinde olduğu ve ince barsak ansları arasında hastanın giydiği kıyafetlerle uyumlu giysi parçaları olduğu görülüyor.

Çekum serozası ve mesane primer onarıldı, pelvisdeki yaralanma bölgesine aspiratif dren yerleştirildi ve sigmoid loop kolostomi açıldı. Rektumdaki tam kat yaralanma transanal olarak primer tamir edildi. Mesane katateri 14 gün sonra alındı. Ameliyat sonrası 8. haftada rektal yolla çekilen pasaj grafisinde patoloji saptanmayan hastanın kolostomisi kapatıldı. Ameliyat sonrası 6. ayında olan hastanın takiplerinde sorun gelişmedi.

Tartışma

Penetran rektum yaralanmaları künt rektum yaralanmalarından daha sık görülür (8). Penetran rektum yaralanmalarının daha az sıklıkla görülen alt grubu ise transanal yaralanmalardır. Transanal yaralanma sebepleri arasında; tanı veya tedavi amaçlı medikal

işlemler, transanal uygulanan lavmanlar, oterotizm amaçlı uygulanan yabancı cisimler, cinsel saldırılar veya sivri bir cisimin üzerine düşme sayılabilir. Seksüel stimülasyonu arttırmak amacıyla transanal uygulanan yabancı cisimlere bağlı yaralanma, sık karşılaşılan bir transanal rektum yaralanma sebebidir.

Transanal rektum yaralanmalarının belki de en önemli özelliği hastaların, adli olaylarda olduğu gibi, hastaneye başvurma sürelerinin geç olması ve çeşitli sosyal nedenlerden dolayı yaralanma şeklini inkar etmeleridir. Başvuru süresi uzadıkça peritonit veya şok gibi hayatı tehdit eden tabloların görülme oranı yükselmektedir. Transanal yaralanmalı 12 hastanın incelendiği bir çalışmada (6), hastaların %42'sinin ilk 8 saatten sonra hastaneye başvurduğu, başvuru anında %83'ünde peritonit bulgularının olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda da olduğu gibi, hastalar yaralanma şekli ve lokalizasyonundan utandıkları için genellikle olayı inkar etmekte veya gizlemeye çalışmaktadırlar. Yapılan ilk değerlendirmeler sırasında sadece yüksekten düştüğünü ifade eden hastamızda transanal yabancı cisime bağlı yaralanma hikayesi anamnezde ısrar edilmesi sonucu alınabildi. "Yüksekten bir ağaç dalı üzerine düşme ve transanal olarak rektum yaralanması yapan yabancı cisimin hastanın kendisi tarafından olay yerinde çıkarılması" anamnezinde, az da olsa perianal bölgede yaralanmaya ait bulgu olması beklendiği için bu anamneze inanılmadı. Ameliyatta ince barsak ansları arasında hastanın giydiği giysilerin parçaları bulununca hastanın verdiği anamnezin doğru olduğu anlaşıldı.

Rektum yaralanmasından şüphelenildiğinde tanı koymak için çoğu zaman basit bir rektal tuşe yeterlidir. Rektal tuşede parmağa kan bulaşması veya yaralanma bölgesinin palpe edilmesi ile ön tanı konulabilir (9). Konvansiyonel batın grafileri her zaman tanı konulmasına yardımcı olmayabilir. İntraperitoneal yaralanmalarda görülen karın içi serbest hava tanı koymayı kolaylaştırırken, eğer yaralanma bölgesi rektumun ekstraperitoneal bölgesinde ise serbest hava saptanamayacaktır. Fakat ekstraperitoneal rektum yaralanmalarında da difüzyon yoluyla peritoneal kaviteye hava geçip grafilerde serbest hava saptanabileceği (10) unutulmamalıdır.

Rektosigmoidoskopik inceleme, teknik imkanlar dahilinde, rektum yaralanması düşünülen hastalarda ameliyat öncesi dönemde yapılması gereken bir incelemedir. Hastaların genellikle barsak temizliği olmaması nedeniyle veya yoğun rektal kanama nedeniyle yaralanma bölgesinin belirlenmesi her olguda mümkün olmayabilir. Fakat rektumda yoğun kan görülmesi bile rektum yaralanmasını konfirme eden bir bulgudur (9). Yaralanma bölgesinin anal verge'ye uzaklığının, yaralanmanın şeklinin (parçalı-düzgün sınırlı) ve boyutunun ameliyat öncesi dönemde bilinmesi, ameliyatın şeklini ve süresini etkileyebilir veya en azından ameliyatta gereksiz diseksiyonu engelleyebilir

(3). Ameliyat öncesi dönemde endoskopik incelemenin kontrendikasyonları arasında hemodinamik parametrelerin stabil olmaması ve oynak pelvik kırık varlığı sayılabilir (1).

Olgumuzda rektumdan sızıntı şeklinde kanama olduğunun görülmesi üzerine yapılan rektal tuşede rektum yaralanması fark edildi. Endoskopik inceleme, teknik imkanlardan dolayı, fleksibl sigmoidoskop ile ameliyat öncesi dönemde yapıldı. Rektumun ekstraparitoneal bölgesinde yaralanma olmasına rağmen, muhtemelen intraperitoneal alanla ilişki sağlayacak kadar uzun bir cisimle yaralanma olduğu için, endoskopik inceleme sonrası çekilen karın grafisinde batin içi serbest hava saptandı.

Ameliyat sonrası morbidite ve mortalite üzerine etkili olan faktörlerden birisi eşlik eden yaralanma olup olmamasıdır. Tabloya en sık eşlik eden yaralanmalar ürogenital sistem yaralanmalarıdır (11). Mesane kataterinin yerleştirilememesi veya hematüri saptanması ek yaralanmaya işaret eder. Eşlik eden yaralanmaları saptamak için erkeklerde asendan sistoüretrografi, kadınlarda vajinal muayene yapılmalıdır (9). Olgumuzda yerleştirilen mesane kataterinde makroskopik hematüri olduğunun saptanması olası mesane yaralanmasını düşündürmekteydi.

Kolorektal yaralanmalarda yaralanmanın oluş mekanizması, yaralanmanın genişliği, kontaminasyon derecesi ve

cerrahın deneyimi seçilecek tedavi şemasında önemli olan faktörlerdir. Rektum yaralanmalarında klasik olarak tedaviye saptırıcı stoma eklenmesi yaklaşımı artık tartışmalı bir konu olmuştur. Mevcut stomanın veya stoma kapatılması işleminin de belirli morbiditeleri vardır (12). Üstelik stoma açılmaksızın başarılı tedavi sonuçları da bildirilmiştir (13,14). Fakat yine de geniş doku kayıpları ile seyreden ve kontaminasyon derecesi yüksek olan olgularda saptırıcı stoma yapılması gerekmektedir. Olgumuzda rektum yaralanması düzgün sınırlı değildi. Ayrıca pelvis duvarında ve üriner sistemde de parçalı doku yaralanması mevcuttu ve tüm bu yaralanmalara neden olan cisim künt ve kirli bir cisimdi. Bu nedenlerden dolayı pelvik abse ve fistül gibi komplikasyonların görülme olasılığı yüksek olduğu düşünülerek saptırıcı stoma açıldı.

Sonuç olarak; rektum yaralanmaları nadir görülen fakat bütün genel cerrahların en az 1 sefer karşılaştıkları bir yaralanma türüdür. Tedavi yaklaşımları değişebildiği için bu konuda ameliyatı yapan cerrahın ve çalıştığı kurumun kolorektal yaralanmalardaki deneyiminin önemli olduğunu düşünüyoruz. Tedavi zamanlaması morbidite ve mortalite üzerine çok etkili olduğundan travmalı hastaya yaklaşım algoritmasındaki rektal tuşe, istisnasız olarak her travma hastasına yapılmalıdır ve şüphelenilen olgularda anamnez gerekirse tekrar tekrar sorgulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Grasbeger RC, Hirsch EF. Rectal trauma. A retrospective analysis and guidelines for therapy. *Am J Surg* 1983; 145:795-9
2. Gonzalez RP, Falimirski ME, Holevar MR. The role of presacral drainage in the management of penetrating rectal injuries. *J Trauma* 1998; 45:656-61
3. Shatnawi NJ, Bani-Hani KE. Management of civilian extraperitoneal rectal injuries. *Asian J Surg* 2006; 29:11-6
4. Burch JM. Injury to the colon and rectum. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. *Trauma*. New York: McGraw-Hill, 1999:76
5. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005; 7:98-103
6. El-Ashaal YI, Al-Olama AK, Abu-Zidan FM. Trans-anal rectal injuries. *Singapore Med J* 2008; 49:54-6
7. Moncure M, Konie JA, Kretzer AB, Dipasco PJ, Braxton CC. Survival following rectal impalement through the pelvic, abdominal, and thoracic cavities: A case report. *Case Report Med* 2009; 2009:361829
8. Falcone RE, Carey LC. Colorectal trauma. *Surg Clin North Am*. 1988; 68:1307-18
9. Gonzalez RP, Turk B. Surgical options in colorectal injuries. *Scand J Surg* 2002; 91:87-91
10. Haas PA, Fox TA Jr. Civilian injuries of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1979; 22:17-23
11. Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG, Hill MJ, Ney AL, West MA, Van Camp JM, Zera RT, Jacobs DM, Odland MD, Rodriguez JL. Civilian rectal trauma: a changing perspective. *Surgery* 1999; 126:698-700
12. Berne JD, Velmahos GC, Chan LS, Asensio JA, Demetriades D. The high morbidity of colostomy closure after trauma: further support for the primary repair of colon injuries. *Surgery* 1998; 123:157-64
13. Zmora O, Mahajna A, Bar-Zakai B, Rosin D, Hershko D, Shabtai M, Krausz MM, Ayalon A. Colon and rectal surgery without mechanical bowel preparation: a randomized prospective trial. *Ann Surg* 2003; 237:363-7
14. Levy RD, Strauss P, Aladgem D, Degiannis E, Boffard KD, Saadia R. Extraperitoneal rectal injuries. *J Trauma* 1995; 38:273-7