

Terapötik Kolonoskopiye Bağlı Gelişen Benign Pnömotoritoneum ve Subkutan Amfizem

Dr. Hülya ÇETİNKAYA, Dr. Kadir BAHAR, Dr. Bahri AKDENİZ, Dr. Ali ÖZDEN

Özet: 58 yaşında bir kadın hastada kolonoskopik polipektomiden sonra ciltaltı amfizemi ve diafragma altında serbest hava tesbit edildi. Akut medikal karın teşhisi ile yoğun bakım ünitesine yatırılarak konservatif tedavi uygulandı ve dokuz gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Literatür gözden geçirildi ve ilginç bir vaka kabul edilerek takdim edildi.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi, komplikasyon, pnömotoritoneum, subkutan amfizem

Fiberoptik kolonoskopi kolon hastalıklarının teşhis ve tedavisinde kullanılan endoskopik bir yöntemdir. Bariumlu kolon incelemesine göre teknik gücü, rahatsızlık hissi ve daha invaziv olması tartışmalıdır (1-3). Bunun yanında terapötik endoskopik yöntemin abdominal cerrahiye göre üstünlüğü tartışmasızdır (4). Transabdominal kolotomi ve polipektomi de morbidite %20, mortalite %1-3, kolonoskopik polipektomide morbidite %2-0.1, mortalite %0-0.5 dir (4).

Literatürde kolonoskopiye bağlı pnömotoritoneum, pnömotoraks, kolon ve ileum perforasyonu, elektrokardiografik anomalilikler, volvulus, subkutan amfizem, inguinal herni boğulması gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (1, 2, 5-7).

Ençok görülen ciddi komplikasyonlar perforasyon, kanama ve respiratuvar problemlerdir (1,4).

Daha az ciddi komplikasyonlar geçici bakteriye mi, vazo-vagal problemler ve ileusdur (1, 2, 5).

Diagnostik kolonoskopide komplikasyon %0.35 iken, polipektomi sırasında %2.3 e çıkmaktadır (1).

Summary: BENIGN PNEUMOPERITONEUM AND SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA DUE TO THERAPEUTIC COLONOSCOPY

Subcutaneous emphysema and free air was diagnosed in a woman patient with 58 years old after colonoscopic polypectomy. She admitted into the intensive care unit with the diagnose of acute medical abdomen and treated with conservative management. Nine days later, she discharged with cure. Literature was reviewed and the interesting case was presented.

Key Words: Colonoscopy, complication, pneumoperitoneum, subcutaneous emphysema

Diagnostik kolonoskopide kanama %1 iken polipektomi sonrası %1-7 ye, perforasyon %0-1 iken polipektomi sonrası %3-7 ye çıkmaktadır (1,- 4).

Literatürde cilt altı amfizemi genellikle vücudun üst yarısında görülürken bizim vakamızda hastanın sağ bacak ve sağ ayağında görülmüştür. Literatürde böyle bir komplikasyon bildirilmediği için enteresan olduğu kanısı ile böyle bir vakayı sunmayı uygun bulduk.

VAKA

58 yaşında bayan hastaya ayaktan polipektomi yapılmak üzere endoskopi laboratuvarımızda kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopiden önce hastamıza 3 gün sulu gıda ve laksatif verildi. Kolonoskopi günü 3 defa temizleyici yüksek lavman uygulandı. Premedikasyonsuz endoskopi yapıldı. Fleksibl kolonoskopla çekuma kadar gidilerek geriye doğru yapılan incelemede çekuma yakın asendan kolonda anjiodisplazi, 20 cm de 1 cm çapında sapsız polip saptandı.

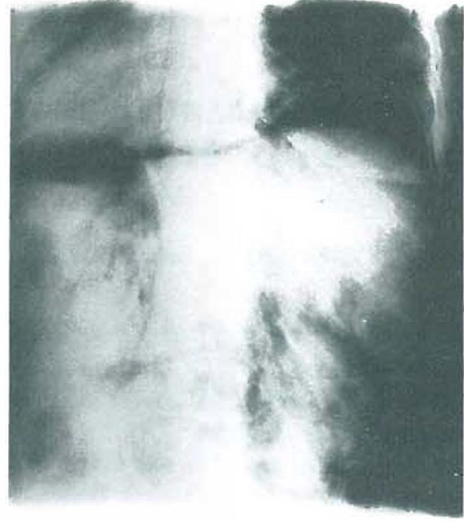
Polip polipektomi snare ile alındı. Çekuma yakın anjiodisplazi heater probe ile koterize edildi.



Resim 1: Sağ bacakta ciltaltı amfizemin görünümü.

Polipektomiden hemen sonra cilt altı amfizemi gelişen hasta, 1 saat sonra düzeldiği için evine gönderildi. Ertesi gün saat 10,30 da yüzde, vücudun üst kısmında, sağ bacak ve sağ ayakta daha fazla olmak üzere ekstremiteelerde şişlik (Şekil:1) ve nefes almada güçlük şikayeti ile yoğun bakım ünitesine acilen yatırıldı. Ayakta çekilen direkt karın grafisinde her iki diafragma altında serbest hava saptandı (Şekil :2) Fizik muayenede yüzde, boyunda, göğüs ve karında, sağ bacak ve sağ ayak derisi altında krepitasyon alınıyordu. Karın muayenesinde hassasiyet yoktu. Barsak sesleri dinlemekle alınamıyordu. Ateşi: 37.4°C, Nabız 96 dk/nt, TA130/60 mmHg idi. Lökosit: 14.400 dışında rutin kan kimyası ve EKG'si normaldi.

Hasta Genel Cerrahi Kliniği ile konsulte edildi. Ayakta direkt karın grafisinde sadece diafragma altında serbest hava bulunması ve gaz-gaita çıkaramamasına rağmen barsaklarda hava mayi seviyesi olmaması ve fizik muayenede karında hassasiyet tesbit edilmemesi nedeni ile hastanın yakın takibi uygun görüldü. Bunun üzerine oral alım kesildi. Nazogastrik sonda takıldı. Mikasin 2x500 mg (İ.V) ve Duocid 2x1 gr (İ.V) olmak üzere ikili antibiotik ve total parenteral beslenme başlandı. Polipin histopatolojik incelemesi tubulovillöz adenom olarak tesbit edildi.



Resim 2: Her iki diafragma altında serbest havanın görüntüsü.

Hastanın 1 gün sonraki kontrol muayenesinde solunum gücünün azaldığı, karında hassasiyet olmadığı fakat halen barsak seslerinin alınmadığı görüldü. Hastanın daha sonraki takiplerinde lökosit değerleri 4. günde tedricen normale döndü ve barsak sesleri duyulmaya, gaz çıkarmaya başladı. Direkt karın grafisinde diafragma altındaki serbest havanın azaldığı görüldü (Şekil 3). Ciltaltı amfizemide belirgin şekilde azalmıştı. Bu nedenle hastaya hastaneye yatışının 5. gününde oral gıda verilmeye başlandı. Hasta gıdayı iyi tolere etti ve bundan sonra hastada herhangi bir semptom gelişmedi. Hastaneye yatırılışının 9. gününde direkt karın grafisinde halen diafragma altı serbest hava ve bacak grafisinde ciltaltında hava mevcuttu. Sağ bacak derisi altında krepitasyon alınıyordu. Ancak hastanın hiçbir şikayeti kalmadığı için kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kolon uzun ve tortöz bir organdır ve anatomik olarak rektosigmoid bileşke perforasyonun en çok görüldüğü yerdir. Perforasyon riskini havanın fazla verilmesi, alet kullanılması, biopsi ve polipektomi yapılması, koagülasyon uygulanması, polip'in 2cm'den büyük olması, kalın sapsız veya sapsız olması arttırır (2,4).



Resim 3: Diafragma altlarında azalan havanın görünümü.

Vakamızda polip'in sapsız olması, polipektomi snare kullanılması, biyopsi alınması ve heater probe kullanılması risk faktörlerdi.

Literatürde perforasyonu artıran nedenler olarak adezyonlar, ciddi divertiküler hastalık, barsağın dar segmenti ve pelvis operasyonları suçlandırılmıştır (2,4). Vakamızda 8 yıl önce histerektomi operasyonu geçirmişti.

Kolon içerisine verilen hava, perforasyon sonucu kolon dışında genellikle karın içinde diafragma

altında, mediastende ve vücudun üst yarısındaki cilt altında tesbit edilmektedir. Buralarda havanın görülüşü Burt'e göre 4 safhada gelişmektedir. Fazla havanın verilmesi sonucu kolon içi basıncın artması ile serozada yırtılma, muskularis propria liflerinin ayrılması, mukozanın muskularis'e doğru herniasyonu ve herniye olmuş mukozanın rüptürü gelişir (6,7). Bir diğer fikir de sızan havanın perivasküler kılıflar ve perinöral lenfatikler boyunca yukarı doğru taşınmasıdır (6).

Ancak, bizim vakamızda karın içinde, diafragma altındaki hava ve vücudun üst yarısındaki cilt altı amfizem bu teorilerle izah edilebilirken sağ bacak ve sağ ayak derisi altında (Resim 1) görülen ciltaltı amfizemin bulunmasının bu teorilerle izahı güçtür. Bu nedenle vakanın enteresan olduğu kanısındayız.

Kolonoskopi sonrası gelişen perforasyonlar semptomlu akut karın oluşturabildiği gibi semptomsuz da olabilir. Semptomatik vakalarda tedavi yöntemi literatürde tartışmalıdır (6). Bazı yazarlar açık cerrahi girişimi savunurken, diğerleri konservatif tedaviyi tavsiye etmektedir (6,7).

Bizde hastamızı Genel Cerrahi Kliniği ile ortak takip ettik. Vakamızdan da görüldüğü gibi semptomatik perforasyon komplikasyonu ile seyreden bütün vakalarda konservatif tıbbi tedavi başarılı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ghazi A., and Grossman M., Complications of Colonoscopy and Polypectomy. *Surgical Clinics of North America*. Vol. 62 No: 5 889-896. October, 1982.
2. Macrae FA., Tan KG., and Williams CB: Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. *Gut*, 24: 376-383, 1983.
3. Silvis, SE., MD; Nebel, O., MD; Rogers, G., Sugawa, C., MD; Mandelstam, P., MD. Endoscopic Complications, Results of the 1974 American Society for Gastrointestinal Endoscopy Survey *JAMA*, Vol 235 No:9, 928-930, March 1, 1976.
4. Hunt RH., Towards safer colonoscopy. *Gut*, 24, 371-375, 1983.
5. Hart R., and Classen, M., Complications of Diagnostic Gastrointestinal Endoscopy. *Endoscopy*; 22, 229-233, 1990.
6. Schmidt G., MD., Borsch G., MP., Wegener M. MD. Subcutaneous Emphysema and Pneumothorax. Complicating Diagnostic Colonoscopy. *Dis Colon Rectum*, 29, 136-138, 1986.
7. Ecker MD., M.D., Golstein M., M.D., Hoexter B., M.D., Hyman RA., M.D., Naidich JB., M.D., and Stein, HL., M.D., Benign pneumoperitoneum after fiberoptic colonoscopy. A prospective study of 100 patients. *Gastroenterology*, Vol. 73 No: 2, 226-230, 1977.