Çağdaş Cerrahi Dergisi 11: 176-177, 1997

Sol Kolon Perforasyonlarında Alternatif Bir Cerrahi Girişim: Basit Tamir

Metin KAPAN, Selin ERKUT, A. Vedat DURGUN, Aras GEÇİOĞLU

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

SUMMARY

An Alternative Surgical Treatment in Left Colon Perforation: Primary Repair

Three cases of sigmoid colon perforation or injury have been treated with primary repair. In spite of general concept, when disadvantages of colostomy on patients' psychology and social life, risks of a second operation, the cost to the health system and loss of manpower resources are taken into consideration, it has been shown that one step primary repair can be performed in elective cases of left colon injuries.

Key words: *Sigmoid colon, perforation, surgical treatment*

Sol kolonun değişik etyolojilere bağlı olarak gelişen perforasyonlarında genellikle iki aşamalı cerrahi girişimler uygulanmaktadır. Bu yöntemler gerek hastanın hastanede kalış süresini uzatmakta, gerekse ikinci bir ameliyat ile morbidite ve mortalite artarken, tedavi maliyetlerini iki katına çıkarmakta ve bir o kadar da iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. Sağ kolon için tartışılmaksızın basit rafi işlemi yapılmakta, sol kolonda ise iki aşamalı cerrahi girişimler tercih edilmektedir. Tedavi ettiğimiz üç olgu nedeniyle seçilmiş olgularda sol kolon perforasyonlarının da basit sütür ile tedavi edilebileceğini vurgulamak istedik.

OLGU 1: 65 yaşında, kadın hasta dispeptik yakınmalar ve nadiren olan rektal kanama yakınmaları ile tetkik amaçlı olarak yatırıldı. Fiberoptik kolonoskopi sırasında sigmoid kolon perforasyonu gelişti. Gerekli hazırlığı takiben hasta ameliyata alındı. Eksplorasyonda sigmoid kolonda yaklaşık 1.5 cm çapında divertikül perforasyonu saptandı. Batın içerisinde az miktarda loalize pürülan sıvı vardı. Batın içerisinde başka bir patoloji saptanmadı. Defekt kenarları eksize edildikten sonra, tek kat üzerinden, tek tek 3/0 vicryl dikişler ile basit tamir işlemi yapıldı. Loj ve Douglas bol miktarda serum fizyolojik ile yıkandı. Loja ve Douglasa birer adet lastik dren konuldu. Batın kapatıldıktan sonra hastaya anal dilatasyon yapıldı.

OLGU 2: 28 yaşında erkek hasta, delici kesici alet yaralanması nedeniyle başvurdu. Muayene karın sol alt kadranında 2.5 cm'lik kesi ve batında hassasiyet ile yine sol alt kadranda lokalize defans mevcuttu. Hemodinamik parametreleri stabildi. Başka bir yaralanma tespit edilmedi. Yaranın eksplorasyonunda kesinin batın nafiz olduğu saptandı. Gerekli hazırlığı takiben ameliyata alınan hastanın batın eksplorasyonunda sigmoid kolon ön yüzde yaklaşık 1 cm çapında perforasyon olduğu saptandı. Batın içerisinde başka patoloji yoktu. Karın içerisinde lokalize halde pürülan sıvı ve az miktarda kolon içeriği mevcuttu. Yara kenarları eksize edildikten sonra, tek kat üzerinden, tek tek 3/0 vicryl dikişler ile basit tamir işlemi yapıldı. Loj ve Douglas bol miktarda serum fizyolojik ile yıkandı. Loja ve Douglas'a birer adet lastik dren konuldu. Batın kapatıldıktan sonra hastaya anal dilatasyon yapıldı.

OLGU 3: 35 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 6 saat önce başlayan ani karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde, karında yaygın hassasiyet ve yaygın şiddetli defans mevcuttu. Lökosit sayısı 15000/mm^3'tü. Ayakta direkt batın grafisinde her iki diafragma altında serbest hava saptandı. Gerekli hazırlıkları takiben ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda, sigmoid kolonda yaklaşık 1.5 cm çapında etyolojisi belirlenemeyen perforasyon tespit edildi. Batında lokalize olmak üzere bol miktarda sıvı ve az miktarda barsak içeriği saptandı. Kolonda perforasyon dışında patolojik herhangi bir bulgu tespit edilmedi, karın içi organlarda da başka patoloji saptanmadı. Olgunun spontan kolon perforasyonu olduğuna karar verildi. Yara kenarları eksize edildikten sonra, tek kat üzerinden, tek tek 3/0 vicryl dikişler ile basit tamir işlemi yapıldı. Loj ve Douglas bol miktarda serum fizyolojik ile yıkandı. Loja ve Douglas'a birer adet lastik dren konuldu. Batın kapatıldıktan sonra hastaya anal dilatasyon yapıldı.

Postoperatif dönemde, olguların tümüne seftriakson 1 g/gün ve metronidazol 3x500 mg/gün tedavisi 5 gün süreyle uygulandı. Postoperatif birinci gün de hastaların nazogastrik tüpleri alındı ve hastalar mobilize edildi. Hastalara gaz deşarjı ile birlikte oral sıvı gıda verilmeye başlandı. Tüm olguların loj drenleri postoperatif 3. günde ve Douglas drenleri de postoperatif 5. günde alındı.

Olguların ikisi postoperatif 7. ve biri de 8. günde dikişleri alınarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Özellikle penetran karın yaralanmalarına bağlı olmak üzere, sol kolon perforasyonları ile sıkça karşılaşmaktayız. Alışılageldiği üzere sol kolon yaralanmalarında veya per-

Yazışma adresi: Metin Kapan, Ataşehir, Karaman Çiftliği Cad. Ada 33, A2 Blok, Yakut 10, D.7 Küçükbakkalköy 81120-İstanbul

forasyonlarında sıklıkla iki aşamalı tamir yöntemleri benimsenmektedir.

Genellikle sağ ve sol kolon yaralanmalarının farklı şekillerde tedavi edileceği inanışı yaygındır. Birçok olguda sağ kolon için primer tamir veya rezeksiyon+anastomozun güvenle yapılabileceği savunulurken, sol kolon yaralanmalarında primer tamir için çok kesin kriterler konmuştur [1,2].

Gelişmekte olan ülkelerde kolostomi yapmak çok sayıda dezavantajı da birlikte getirmektedir. Hastaların eğitimsizlik nedeniyle ruhsal açıdan çöküntüye uğramaları, sosyal yaşamdan kopmaları ve iş gücü kayıpları, kolostominin başlıca dezavantajlarıdır. Bunun dışında sağlık harcamalarını arttırmakta ve gerek hastanın, gerekse sağlık ekibinin iş gücünü kısıtlamaktadır [3].

Sol kolon yaralanmalarının kolostomi ile tedavi edilmesini savunan gruplarda, sağ ve sol kolonun bakteri sayısı ve kollajenaz aktivitesi bakımından farkları olduğundan yola çıkmaktadırlar. Oysa sağ ve sol kolon arasında anastomoz iyileşmesi bakımından farklılık olduğu objektif kriterler ile gösterilememiştir [4,5].

Kolostomi yapılması rölatif olarak düşük mortaliteye sebep olmakla birlikte, anlamlı septik morbiditeye sebep olmaktadır. Kolostomi, kolon yaralanmalarında tek başına enfeksiyöz komplikasyonları (yara enfeksiyonu, intraperitoneal abse) arttırmaktadır. Buna ilave olarak, kolostomi kapatılması sırasındaki enfeksiyon ve anastomoz komplikasyonları da ilave morbidite artışına yol açmaktadır. Hastanede kalış süresi artmakta ve ikinci bir ameliyat ile hataya azımsanmayacak riskler yüklenmektedir [1,6,7].

Günümüzde gelişmiş destekleyici tedavi yöntemleri ve geniş spektrumlu antibiyotikler, primer tamirin uygulandığı olgulardaki morbidite ve mortalite oranlarını düşürmüştür [3]. Yeterli şok ressüsitasyonu, erken operasyon ve yeterli perioperatif antibiyotik tedavisi ile kolon yaralanmalarının mortaliteleri son yıllarda % 5 düzeylerine gerilemiştir. Bu süre içinde primer tamirin uygulanması benzer mortalite oranlarına karşın, genel olarak daha düşük morbidite oranları ile sonuçlanmıştır [1].

Sol kolon yaralanmalarında primer tamirin uygulanabilmesi ile ilgili kriterler oluşturulmuştur, buna göre; sistolik kan basıncı 80 mmHg üzerinde ise, batın içerisine kanama 1 L'den az ise, batın içinde en fazla 2 organ yaralanmışsa, feçes ile peritoneal kirlenme minimal ise ve yaralanmadan ameliyata alınana kadar geçen süre 8 saatten az ise, primer tamirin düşük mortalite ve morbidite oranları ile yapılabileceği vurgulanmıştır [4,8]. Bizim olgularımızın üçünde de tek patoloji sigmoid kolon yaralanması idi, hiçbirinde başka patoloji yoktu. Olguların hepsi ilk 8 saat içinde ameliyat edildi ve olguların tümünde grade II kolon yaralanması (1-2 cm çapında tek perforasyon alanı) mevcuttu [5]. Müdahale ettiğimiz ilk olguda, kolonoskopi esnasında perforasyon gelişmişti ki, bu olgular zaten tetkik öncesinde mekanik kolon temizliği yapılarak hazırlanan olgulardır. Kolonoskopi günümüzde kolon hastalıklarının tanı ve tedavisinde vazgeçilmez yöntemlerden biri haline gelmiştir. Bu işlem esnasında, değişik serilerde farklılıklar göstermek üzere % 0.1-0.8 arasında değişen oranlarda perforasyon gelişmektedir. Perforasyon geliştiğinde ise basit tamir uygulanabilir, hatta bu işlem laparoskopik olarak da yapılabilir [9,10].

Primer tamir uygulanan olgulardaki, kolon ile ilişkili abdominal komplikasyonlar yara enfeksiyonu, intraabdominal abse ve fistül gelişimi olarak sıralanabilir [1]. Bizim olgularımızda herhangi bir komplikasyona rastlamadık.

Sonuç olarak sol kolon perforasyonu ya da yaralanması olan seçilmiş olgularda, iki aşamalı işlemlere gerek kalmaksızın, tek aşamada basit tamir işlemi uygulanabilir. Perforasyonun iltihabi barsak hastalıkları ya da tümöre bağlı olmadığı, distalinde tıkayıcı bir başka lezyonu olmayan olgularda, perforasyonun oluşmasından sonra ameliyata kadar geçen sürenin 8-12 saatten fazla olmadığı olgularda, peritonit halinin lokalize olduğu ve hastanın genel durumunun iyi olduğu olgularda iki aşamalı cerrahi girişimlere alternatif olarak primer tamir uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. **Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C, Prümm E:** The management of colon injuries by primary repair or colostomy. Br J Surg 72:881, 1985.
2. **Genç H, Deniz S, Gülter N, Akaoğlu C, Erpek H:** Kolon yaralanmalarında primer onarımın yeri. Kolon ve Rektum Hastalıkları Derg 3:135, 1993.
3. **Naraynsignh V, Ariyanayagam D, Pooran S:** Primary repair of colon injuries in developing country. Br J Surg 78:319, 1991.
4. **Schultz SC, Magnant CM, Richman MF, Holt RW, Evans RT:** Identifying the low-risk patient with penetrating colonic injury for selective use of primary repair. Surg Gynecol Obstet 177:237, 1993.
5. **Demircan O, Akınoğlu A, Boğa H:** Penetran kolon yaralanmaları. Ulusal Travma Dergisi 3:28, 1997.
6. **Shannon FL, Moore EE:** Primary repair of the colon: When is the safe alternative? Surgery 98:851, 1985.
7. **Çöl C, Dolapçı M, Yılmaz A:** Kolon yaralanmalarının acil cerrahi tedavisinde kolostomisiz prosedürler. Ulusal Travma Dergisi 3:42, 1997.
8. **Gülhan Y, Kurt N, Çevik A, Gülmen M:** Kolorektal yaralanmalar ve primer onarım. Kolon ve Rektum Hastalıkları Derg 3:70, 1993.
9. Hall C, Dorricott NJ, Donovan IA, Neoptolemos JP: Colon perforation during colonoscopy: surgical versus conservative management. Br J Surg 78:542, 1991.
10. **Regan MC, Boyle B, Stephens RB:** Laparoscopic repair of colonic perforation occuring during colonoscopy. Br J Surg 81:1073, 1994.