

Sorunsuz Tamamlandığı Düşünülen Kolonoskopinin Nadir Bir Komplikasyonu: Deri Altı Amfizem, Pnömoretroperitoneum ve Pnömomediastinum

Rare Complications of an Unproblematic Colonoscopy: Subcutaneous Emphysema, Pneumoretroperitoneum and Pneumomediastinum

Durmuş Ali Çetin, Ebubekir Gündeş, Hüseyin Çiyiltepe, Ulaş Aday, Kamuran Cumhuri Değer, Erdal Polat

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Kolonoskopi tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Kolonoskopi uygulaması sırasında perforasyon nadir görülen bir komplikasyondur. Biz perforasyon sonrası çok daha nadir olarak görülen pnömoretroperitoneum, pnömomediastinum ve deri altı amfizem gelişen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi, perforasyon, deri altı amfizem, pnömoretroperitoneum, pnömomediastinum

ABSTRACT

Colonoscopy is a commonly used procedure for diagnosis and treatment. Perforation during colonoscopy is a rare complication. We aimed to present a case which is extremely rare with pneumoretroperitoneum, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema occurred after perforation during colonoscopy.

Keywords: Colonoscopy, perforation, subcutaneous emphysema, pneumoretroperitoneum, pneumomediastinum

Giriş

Kolonoskopi tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Kolonoskopi sonrası perforasyon nadir olarak görülmektedir ve yaklaşık %0,15-0,19 oranında olduğu bildirilmektedir.^{1,2} Kolon perforasyonu sonrası diyafragma altı hava, intraperitoneal hava, pnömoretroperitoneum, pnömomediastinum, pnömotoraks ve deri altı amfizem görülebilmektedir. Kolonoskopi sonrası retroperitoneal hava, pnömomediastinum ve deri altı amfizem gelişen olgunun klinik prezentasyonu, tanı ve tedavisi rapor edildi.

Olgu Sunumu

Uzun süredir karın ağrısı ve kabızlık şikayeti olan 80 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Sedasyon altında kolonoskopi işlemi yapıldı. Kolonoskopide sigmoid kolonda bir adet dimunitif polip saptandı ve forseps ile polipektomi uygulandı. Diğer kolon segmentlerinde patoloji

saptanmadı. İşlem sorunsuz olarak sonlandırıldı.

Kolonoskopiden 12 saat sonra solunum sıkıntısı ve sırt ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran hastanın fizik muayenesinde boyun ve göğüs ön duvarında krepitasyon izlendi. Batın muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz kan hücresi: 7600/mm³, hemoglobin: 13,9 gr/dL, hematokrit: %42 idi. Çekilen akciğer grafisinde deri altı amfizem izlendi (Şekil 1). Ayakta direkt karın grafisinde (ADBG) diyafragma altı hava izlenmedi. Bunun üzerine hastaya toraks ve batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Pnömomediastinum, pnömoretroperitoneum, intraperitoneal hava ve deri altı amfizem mevcuttu (Şekil 2, 3, 4). Mevcut bulgular ile periton irritasyon bulguları ve lökositozu olmayan hasta gözlem amacıyla yatırıldı. Oral alımı kapatılarak antibiyoterapisi düzenlendi. Takiplerinin 3. gününde batın muayenesi olağan olan ve gaz gaita deşarjı olan hastaya oral sulu gıda başlandı. Oral alımı tolere eden hasta sorunsuz taburcu edildi.



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Durmuş Ali Çetin

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 505 437 86 67 E-posta: drdac2001@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 31.05.2016 Kabul Tarihi/Accepted: 02.07.2016

Tartışma

Kolorektal hastalıklarda kolonoskopi yaygın bir tanı ve tedavi aracı olarak kullanılır. Kolonoskopiye bağlı birçok komplikasyon görülebilir. En sık görülen komplikasyon kanamadır. Perforasyon daha az sıklıkla görülür. Perforasyona birçok farklı mekanizmanın neden olduğu öne sürülmektedir. Bunlar arasında pnömotik, mekanik ve terapötik perforasyon sayılabilir. Perforasyonun kolonik kitle, divertikül, inflamatuvar barsak hastalıklarında ve geçirilmiş batin cerrahisi olan hastalarda sıklığı artmaktadır.³ Hastamızda terapötik işleme bağlı perforasyon düşündük.

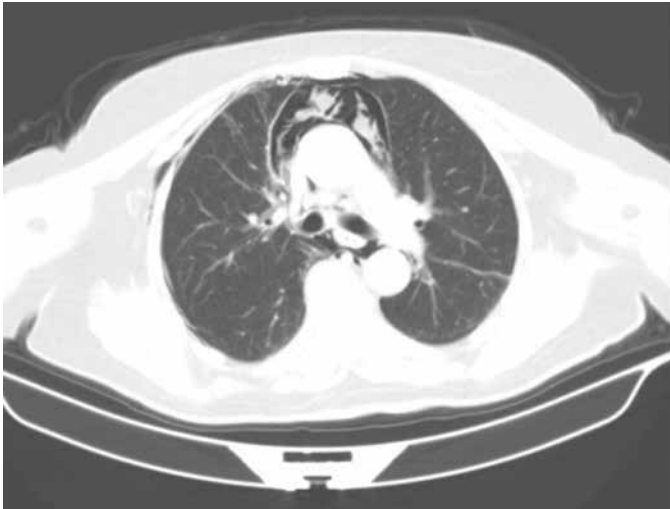
Perforasyon varlığında ekstra kolonik hava retroperitoneal doku katmanlarını geçerek boyunda, koltuk altında, göğüs

ön duvarında ve skrotumda deri altı amfizem oluşturabilir. Bunun haricinde pnömotoraks, pnömoretikardiyum, pnömomediastinum ve pnömatozis sistoides intestinalise neden olabilir.^{4,5,6} Hastamızda ADBG'de diyafragma altı serbest hava saptanmadı. Ancak çekilen toraks ve batin BT'de sınırlı intraperitoneal ve retroperitoneal hava görüldü. Ayrıca pnömomediastinum ve boyunda, göğüs ön duvarında deri altı amfizem izlendi.

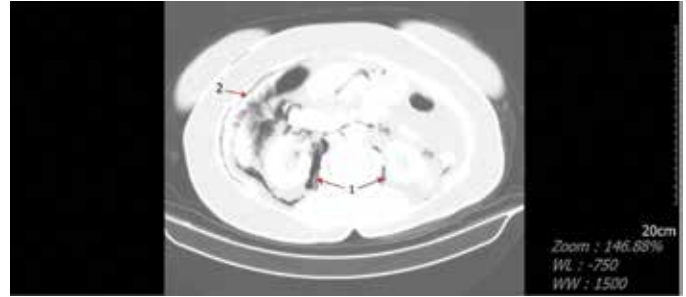
Kolonoskopi sonrası perforasyonlara üç tür yaklaşım vardır. Bunlar konservatif, endoskopik ve cerrahi yaklaşımdır. Konservatif yaklaşım yatak istirahati, oral alımın kesilmesi, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve görüntüleme yöntemleri ile yakın takipten oluşur. Konservatif tedavi verilen hastalar tüm perforasyonların küçük bir kısmını oluşturup olguların bulguları 24 saatte geriler. Bu hastalarda çoğunlukla retroperitoneal perforasyon ve/veya terapötik işlem sonrası oluşan perforasyon mevcuttur.³ Hastamızın klinik olarak stabil seyretmesi, sepsis ve peritonit bulgularının olmaması, barsak temizliğinin iyi yapılmış olması nedeniyle



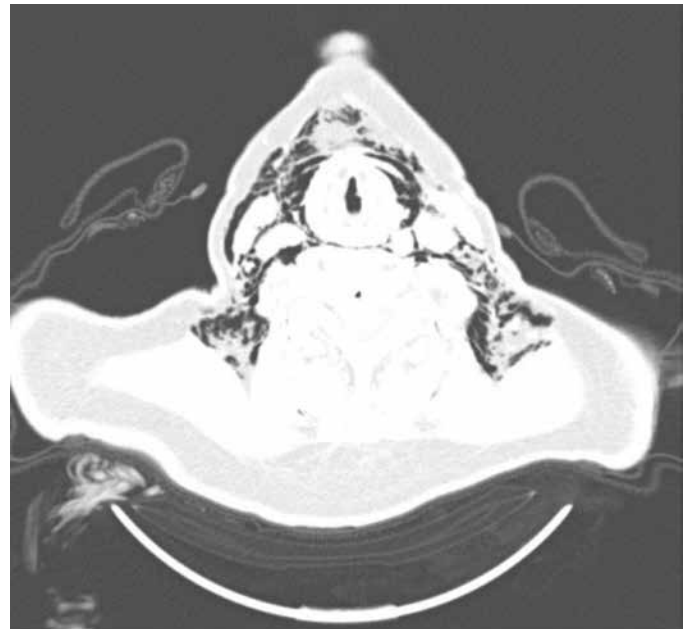
Şekil 1. Akciğer grafisinde deri altı amfizem görünümü



Şekil 2. Toraks bilgisayarlı tomografide pnömomediastinum görünümü



Şekil 3. Batin bilgisayarlı tomografide retroperitoneal hava (1) ve intraperitoneal hava (2) görünümü



Şekil 4. Toraks bilgisayarlı tomografide boyun ve göğüs ön duvarında deri altı amfizem görünümü

ilk planda cerrahi girişim düşünülmedi. Takiplerinde klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinde anlamlı değişiklik olmayan hasta konservatif olarak tedavi edildi.

Sonuç olarak; kolonoskopiye bağlı nadir de olsa perforasyon görülebilmektedir. Bunun yanında intraperitoneal hava, pnömomediastinum, pnömoretroperitoneum ve deri altı amfizem perforasyona eşlik edebilir. Periton irritasyon bulgusu olmayan hastalarda konservatif yaklaşım bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Durmuş Ali Çetin, Konsept: Ebubekir Gündeş, Dizayn: Durmuş Ali Çetin, Ulaş Aday, Veri Toplama veya İşleme: Hüseyin Çiyiltepe, Analiz veya Yorumlama: Erdal Polat, Kamuran Cumhur Değer, Literatür Arama: Durmuş Ali Çetin, Yazan: Durmuş Ali Çetin, Ebubekir Gündeş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.
Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3418-3422.
2. Taku K, Sano Y, Fu KI, Saito Y, Matsuda T, Uraoka T, Yoshino T, Yamaguchi Y, Fujita M, Hattori S, Ishikawa T, Saito D, Fujii T, Kaneko E, Yoshida S. Iatrogenic perforation associated with therapeutic colonoscopy: a multicenter study in Japan. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1409-1414.
3. Lohsiriwat V. Colonoscopic perforation: Incidence, risk factors, management and outcome. *World J Gastroenterol* 2010;16:425-430.
4. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis, and management. *Arch Intern Med* 1984;144:1447-1453.
5. Marwan K, Farmer KC, Varley C, Chapple KS. Pneumothorax, pneumomediastinum, pneumoperitoneum, pneumoretroperitoneum and subcutaneous emphysema following diagnostic colonoscopy. *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:20-21.
6. Webb T. Pneumothorax and Pneumomediastinum During Colonoscopy. *Anaesth Intensive Care* 1998;26:302-304.