

Fekal impaksiyona bağlı spontan kolon perforasyonu

Murat Kalaycı¹, Aclan Özder², Dilek Toprak³

ÖZET:

Fekal impaksiyona bağlı spontan kolon perforasyonu

Konstipasyon ve fekal impaksiyon özellikle yaşlı hasta grubunda sıkça görülebilmektedir. Fekal impaksiyona bağlı kolon iskemisi ve perforasyon ise, oldukça nadir görülen bir durumdur. Komplike olmamış fekal impaksiyon vakalarında cerrahi müdahaleye nadiren gerek duyulur ve bu durum literatürde de az sayıda bildirilmiştir. Bu olgumuzda Genel Cerrahi polikliniğine karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayetleriyle başvuran yaklaşık on gündür defekasyonu olmayan, ilk başvurusunda elle halas uygulanarak ertesi gün taburcu edildikten üç gün sonra ani başlayan karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayetleriyle Acil Servise başvuran ve çekilen karın tomografisi sonucunda sigmoid kolonda fekalom ve perforasyon saptanarak sol hemikolektomi ve Hartmann prosedürüyle kolostomi uygulanan hasta sunulmuş ve güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Konstipasyon, fekal impaksiyon, intestinal perforasyon

ABSTRACT:

Spontaneous colon perforation due to fecal impaction

Constipation and fecal impaction, can be seen frequently especially in elderly patients. On the other hand, colonic ischemia and perforation due to fecal impaction is a rare condition. Uncomplicated cases of fecal impaction rarely requires surgical intervention, and a few in this situation have been reported in the literature. In this case, a patient who admitted to general surgery clinic for about ten days without defecation, complaints of abdominal pain and abdominal bloating; in his first application manual extraction of petrified feces was performed and next day discharged from the hospital; three days after applied to the Emergency Service with the sudden onset of abdominal pain and abdominal bloating complaints; and after abdominal computed tomography imaging, fecaloma and perforation in the sigmoid colon identified; and colostomy with Hartmann procedure was performed after left hemicolectomy; is presented and discussed with the current literature.

Key words: Constipation, fecal impaction, intestinal perforation

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(4):134-137

¹Yrd. Doç. Dr., Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul-Türkiye
²Uz. Dr., İETT İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İşleri Müdürlüğü, İstanbul-Türkiye
³Doç. Dr., Şişli Etfal Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uz. Dr. Aclan Özder, İETT İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İşleri Müdürlüğü, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-203-0079

E-posta / E-mail: aclan.ozder@aol.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
8 Eylül 2011 / September 8, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
24 Ekim 2011 / October 24, 2011

GİRİŞ

Konstipasyon ve fekal impaksiyon özellikle yaşlı hasta grubunda sıkça görülebilmektedir. Fekal impaksiyon sık rastlanan bir gastrointestinal problem ve major morbiditenin potansiyel kaynaklarından biridir (1,2). Konstipasyon şu durumlardan biri şeklinde tanımlanabilir: barsak hareketlerinin sıklığında azalma; uzamış ve zor dışkılama; bazen ağrılı olabilen sert dışkılama; ve dışkılama sonrası tam rahatlayamama hissi (3-6). Konstipasyon varlığına dair bir diğer genel konsensus da, hastada haftada iki veya daha az sayıda barsak hareketi olması ve bunların en az %25'inde ıkınmanın eşlik etmesidir (6). Parmakla yapılan rektal muayenede rektal ampullada fekal retansiyon bulgusu saptanması veya ayakta direkt

batın grafisinde (ADBG) kolonda aşırı fekal retansiyon görüntüsü olması durumunda "Klinik konstipasyon" teşhisi konulabilir (7). Subjektif konstipasyon ise, semptomatik veya klinik konstipasyon mevcut değilken hastanın kendisi tarafından bildirilen konstipasyon şeklinde tanımlanır (7).

Konstipasyon şikayeti, klinisyeni, hastadan ayrıntılı şekilde dışkılama alışkanlıkları hikayesini, genel medikal problemleri, diyet ve ilaç/laksatif kullanımını öğrenip açığa çıkarması yönünde uyarmalıdır (8,9). Konstipasyonun değerlendirilmesinde birinci amaç, bu durumun bir semptom olduğu yüksek morbidite ve mortaliteyle ilişkili hastalıkların ekarte edilmesidir (5).

Kronik konstipasyon hikayesi olan bir hastada ani başlayan ciddi karın ağrısı olması durumunda sterko-

ral perforasyondan mutlaka şüphelenilmelidir (10). Literatürde de belirtildiği gibi sterkor al perforasyon oldukça nadir görülür fakat meydana geldiğinde yüksek morbidite ve mortaliteyle kendini gösterir (11).

OLGU SUNUMU

75 yaşında erkek hasta, 10 gündür dışkılayamama, karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Rektal tuşede taşlaşmış dışkı saptanan hastaya sedasyon altında elle halas uygulandı. Sonrasında kendiliğinden dışkılayan, karın şişkinliği gerileyen hasta ertesi gün taburcu edildi. Üç gün sonra ani başlayan karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti ile yeniden acile başvurdu.

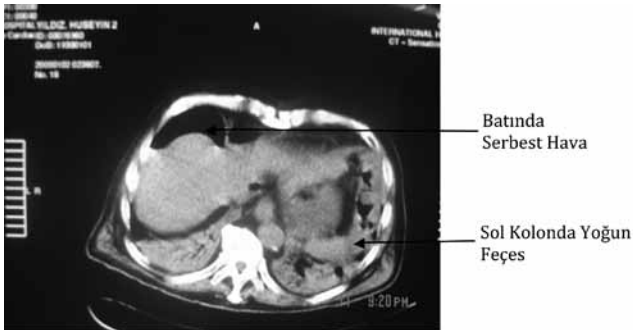
Özgeçmişinde; yaklaşık 30 yıl önce peptik ülserle bağlı mide rezeksiyonu (antrektomi?), yaklaşık 20 yıl önce apendektomi, hipertansiyon ve Alzheimer hastalığı mevcuttu. Hastane gelişinden yaklaşık 1.5 ay önce düşme nedeniyle L2 kompresyon fraktürü oluşmuştu ve hasta korse ile mobilize olabiliyordu.

Soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede, batında ileri derecede distansiyon, yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Barsak sesleri hipoaktif olarak tespit edildi.

Laboratuvar bulguları; Lökosit: 3000/mm³, Hb: 11.1 g/dl, Plt.: 233000/mm³, CRP: 433, Kreatinin: 1.95, BUN: 75 mg/dl, SGOT: 24 IU, SGPT: 8 IU, PT: 16 saniye, APTT: 60.8, Total Protein: 3.93 gr., Albumin: 1.52 gr.şeklindeydi.

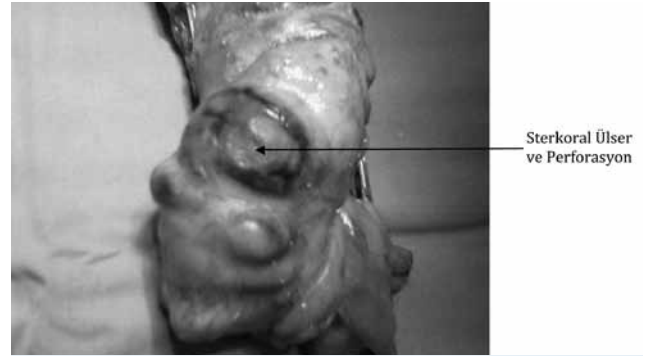
Çekilen ayakta direkt karın grafisi ve karın tomografisinde yaygın serbest hava ve kolonda bol dışkı tesbit edildi (Resim 1).



Resim 1: Batında serbest hava ve sol kolonda yoğun feçes görüntüsü



Resim 2: Sol kolon rezeksiyon materyali (dolikokolon mevcut)



Resim 3: Sigmoid kolonda fekal impaksiyon ve buna bağlı kolon perforasyonu

Acilen ameliyata alınan hastaya yapılan laparotomide özellikle sol kolonda taşlaşmış, hareket ettirilemeyen feçes, sigmoid kolonda fekaloma bağlı ülserasyon ve buradan peritona serbest delinme mevcuttu (Resim 2, 3). Karında yaygın dışkı kirliliği vardı. Sol hemikolektomi uygulanan hastada distal güdük kendi üzerine gömüldü, sağ transvers uç kolostomi yapıldı. Karın ile ilgili komplikasyon gelişmeyen hasta, akciğer sorunları nedeniyle hastanede uzun süre yattı. Ameliyattan 2 ay sonra şifa ile taburcu edildi.

Taburcu olduktan 8 hafta sonra kolostomisi kapatıldı.

TARTIŞMA

Konstipasyon ve fekal impaksiyon özellikle yaşlı hasta grubunda sıkça görülebilmektedir. Fekal impak-

Tablo 1: Fekal İmpaksiyon Düşündürebilecek Semptomlar

Konstipasyon
Rektal huzursuzluk
İştahsızlık
Bulantı
Kusma
Karın ağrısı
Paradoksal diyare
Fekal inkontinans
Sık idrara çıkma
İdrar inkontinansı

siyon düşündürebilecek semptomlar Tablo 1’de belirtilmiştir. Sterkoral perforasyon ise oldukça nadir görülür fakat meydana geldiğinde yüksek morbidite ve mortaliteyle kendini gösterir.

Yüksek postoperatif mortalite yönünden, perforasyonun onarılması ve proksimal kolostomi yapılması (%57 mortalite) veya sadece eksteriorizasyon yapılması (%43 mortalite) ile karşılaştırıldığında, hastalıklı bölgenin rezeksiyonu ve eksteriorizasyon yapılmasının (%32) daha üstün olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla, çoğu durumda rezeksiyon ve eksteriorizasyon seçkin tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (12).

Perforasyonun, katılaşmış dışkının yaptığı basınçtan ötürü gelişen nekrotik kenarlı bir ülser (sterkoral ülser) neticesinde oluştuğu varsayılmaktadır (10).

Mekanik barsak tıkanıklıkları cerrahi gerektiren patolojiler olup hastanelerde acil cerrahiye yönlendirilen olguların %20’ni oluştururlar. Yapılacak olan ameliyatın tipi ve zamanlaması hastanın yaşı ve cinsiyetine, eşlik eden hastalığa ve altta yatan etyolojiye göre çeşitlilik gösterebilmektedir (13,14). Başka bir çalışmada benzer şekilde, literatür bilgisiyle uyumlu olarak, cerrahi katastroflara yol açan masif fekal impaksiyona nadiren rastlandığı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, rektumda fekal madde birikmesinin göz ardı edilmesi durumunda bunun iskemiye ve sonuçta da kolon ve rektumun perforasyonuna neden olabileceği hatırlatılmaktadır (15).

Bizim vakamız da yaşlı, kronik konstipasyon hikayesi olan bir hastaydı. Vakada perforasyona sebep olan nedenin, literatür bilgisiyle uyumlu olarak, sol kolonda taşlaşmış olan feçesin yaptığı basınç sonucu nekrotik kenarlı bir ülserden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Fekal impaksiyon etyolojisinde yer alan diğer durumlar Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 2: Fekal İmpaksiyon Etiyolojisi

Kronik Konstipasyon
Anatomik
Metabolik
Nörojenik
Diyete bağlı
İlaçlara bağlı
Anatomik anorektal anormallikler
Megarektum
Anorektal stenoz
Malignite
Fonksiyonel anorektal anormallikler
Artmış rektal kompliyans
Anormal rektal hassasiyet

Hastanın ilk başvurusunda rektumda mevcut olan taşlaşmış dışkı sedasyon altında elle halasla boşaltılmış, ancak daha sonra geçen sürenin etkisiyle sol kolondaki taşlaşmış feçes, kolonda perforasyona neden olmuştur. Karın ağrısı ve karında şişkinlik gibi perforasyon düşündüren bulgularla tekrar başvuran hastada ayakta direkt batın grafisi ve karın tomografisinde yaygın serbest hava ve kolonda bol dışkı tespit edilmesiyle, perforasyon şüphemiz radyolojik olarak da operasyon öncesi doğrulanmıştır (Resim 1).

Fekal impaksiyon değişkenlik gösteren bir çok şekilde kendini gösteren ve çok sayıda potansiyel komplikasyon riski beraberinde taşıyan bir durumdur. Patofizyolojisi karmaşıktır ve tedavisi de sıklıkla zor ve uğraştırıcı süreçler içerir. Yüksek risk taşıyan, bakımevinde kalan veya düşkün yaşlı kimselerde, akıl hastalığı olan hastalarda, kronik böbrek yetmezliği olanlarda veya kanser hastalarında ve nörolojik defisiti olan hasta popülasyonlarında önleyici tedbirler alınması tedavi maliyetleri açısından daha tercih edilebilir olarak görülmektedir (16). Fekal impaksiyonun ortaya çıkışı sessiz ve non-spesifik olabilir, ayrıca sıklıkla hastalar semptomları hekimlerine belirtmeyebilirler. Fekal impaksiyonda üç ana predispozan faktör mevcuttur (16):

1. Kötü yeme alışkanlıkları,
2. Azalmış kolon motilitesi ve rektal hassasiyet,
3. Immobilizasyon, demans, depresyon veya fiziksel halsizlikten ötürü defekasyon ihtiyacını hissedildiği anda giderememek.

Sunduğumuz olguda, hastada Alzheimer ve vertebra kırığı gibi mobilizasyonu kısıtlayıcı durumların

olması hastamız için predispozan faktörlerdir. Hastada ameliyat sonrası respiratuvar problemler gelişmesine rağmen yoğun bakım desteği ile solunum sıkıntısı giderilmiştir.

Sonuç olarak, fekal impaksiyon ihmal edilmemesi gereken, prognozunda kolon perforasyonu gibi mor-

bidite ve mortalitesi yüksek klinik tabloya yol açabilen bir durumdur.

Özellikle yaşlı hastaların tedavisinde, sadece rektumdaki dışkıının temizlenmesinin yeterli olmadığı, kolondaki dışkıının uygun yollarla boşaltılması gerekliliği de unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tracey J: Fecal impaction: Not always a benign condition. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 228-9.
2. O'Keefe EA, Talley NJ, Zinmeister AR et al.: Bowel disorders impair functional status and quality of life in the elderly: A population-based study. *J Gastrontol A Biol Sci Med Sci* 1995; 50: 184-9.
3. Jackowitz A: Gastrointestinal disorders. In: TR Covington, and JI Walker (eds) *Current Geriatric Therapy*. Philadelphia, Saunders, 1984, s 178-238.
4. Brocklehurst JC. The gastrointestinal system: The large bowel. In Brocklehurst JC (editor). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: Churchill Livingstone Inc, 1985: 534-56.
5. Minaker KL, Harari D, Cassel CK: Constipation in the elderly. *Hosp Prac* 1995; 67-76.
6. Rousseau P: Treatment of constipation in the elderly. *Postgrad Med* 1988; 83: 339-49.
7. Ashraf W: Idiopathic constipation: Subjective complaints vs. objective assessment. *Gastroenterology* 1994; 106: 461.
8. Camilleri M: Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med* 1994;121: 520-8.
9. Minaker KL, Harari D, Cassel CK: Constipation in the elderly. *Hosp Prac* 1995; 67-76.
10. Murakami S, Kawahara H, Kozima K et al.: Stercoraceous perforation of the sigmoid colon: report of two cases. *Surgery Today*, 1992; 22(5): 461-3.
11. Velitchkov NG, Kjossev KT, Losanoff JE et al.: Stercoral perforation of the colon. *Rozhledy v chirurgii*, 1995; 74(3):145-6.
12. Serpell JW, Nicholls RJ: Stercoral perforation of the colon. *British Journal of Surgery*, 1990; 77(12):1325-9.
13. Akça T, Türkmenoğlu Ö, Çolak T ve arkadaşları: Akut barsak tıkanıklığına neden olan kolorektal tümörlerde cerrahi seçenekler. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2006; 22(1): 21-5.
14. Akçakaya A, Şahin M, Coşkun A ve arkadaşları: Comparison of mechanical bowel obstruction cases of intra-abdominal tumor and non-tumoral origin. *World J Surg* 2006; 30: 1295-9.
15. Lohlun J, Margolis M, Gorecki P et al.: Fecal impaction causing megarectum-producing colorectal catastrophes. A report of two cases. *Digestive Surgery*, 2000; 17(2): 196-8.
16. Wrenn K: Fecal impaction. *The New England Journal of Medicine* 1989; 321(10): 658-62.