

Spontan Idiopatik Pnömooperitoneumlar: Dört Olgu Sunumu ve Literatürün Değerlendirilmesi

Spontaneous Idiopathic Pneumoperitoneums: Four Case Reports and Review of the Literature

Süleyman Kargın, Emet Ebru Nazik, Ersin Turan, Osman Dođru

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniđi, Konya

Özet

Pnömooperitoneumların %90'dan fazlası gastrointestinal perforasyonların sonucu olarak meydana gelmektedir. Ancak bazen pnomooperitoneum visseral perforasyonla ilişkili değildir. Bu çalışmamızda spontan idiopatik pnömooperitoneum tespit edilen 4 vakanın takdimi ve literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Yaşları 58-83 arasında değişen ve acil servise başvuruları esnasında yapılan görüntüleme yöntemlerinde karın içi serbest hava tespit edilen ancak etyolojisi belirlenemeyen 4 olgu takdim edilmektedir. Bu olgulardan 3'üne cerrahi sonrası, birine ise medikal takip sonrası spontan idiopatik pnömooperitoneum tanısı konulmuştur. Olguların tümü erkek olup özgeçmişlerinde KOAH tanıları dışında pnömooperitoneum oluşturacak etyolojik faktör yoktu. Spontan pnömooperitoneumların belirlenmesinde detaylı öykü, fizik muayene bulgularının da ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gereksiz laparotomileri engelleyebilir. Pnömooperitoneum tespit edilen hastalarda neden bulunamamışsa KOAH öyküsünün sorgulanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Pnömooperitoneum, KOAH, negatif laparotomi

Abstract

More than 90% of pnömooperitoneum occur as a result of gastrointestinal perforation. However, sometime spneumooperitoneum is not associated with visceral perforation. In this study, we aimed to introduce the four cases of idiopathic spontaneous pneumoperitoneum and to review the literature. Ages were between 58 and 83 years old and intra-abdominal free air was determined during the emergency room imaging applications with undetermined etiology. One patient was diagnosed with idiopathic spontaneous pnömooperitoneum after medical follow-up, and the others were diagnosed after surgery. All patients were male and did not have any etiologic factors other than diagnosis of COPD to create pneumoperitoneum. A detailed history and physical examination findings may prevent unnecessary laparotomy for diagnosis spontaneous pnömooperitoneum. In spontaneous pnömooperitoneum patients, it is suggested that COPD history should be questioned if no other etyological factor was found.

Key words: Pnomoperitoneum, COPD, negative laparotomy

GİRİŞ

Pnömooperitoneum radyolojik olarak peritoneal kavite içerisinde serbest havanın varlığı olarak tanımlanmaktadır. Pnömooperitoneumların %90'dan fazlası gastrointestinal perforasyonların sonucu olarak meydana gelmektedir (1). En sık neden peptik ülser veya duodenal ülser perforasyonları olabileceği gibi nadiren divertiküler perforasyonlar veya abdominal travmalara bağlı olabilmektedir (1). Klinik olarak akut abdomen bulgularının olması ve radyolojik yöntemlerle subdiyafragmatik serbest havanın görülmesi acil laparotomi endikasyonu gerektirir (2). Ancak bazen pnomooperitoneum visseral perforasyonla ilişkili değildir. Bu durum spontan pnömooperitoneum (SP), spontan idiopatik pnömooperitoneum (SIP) veya cerrahi olmayan pnömooperitoneum olarak tarif edilir. SP intratorasik, jinekolojik, iatrojenik veya diğer çeşitli nedenler ile ilişkilidir (1). Genellikle ventilatör ilişkili hastalıklarda, laparoskopi veya kolonoskopi girişimleri veya cinsel ilişki sonrası kadınlarda sıklıkla görülebilir. Tanısı genellikle negatif laparotomiler sonrası konulmaktadır. Bu nedenle özellikle preoperatif dönemde pnömooperitoneum nedeni ortaya konulamadıysa bu durum operasyon kararı vermede cerrahlar için ikilem oluşturmaktadır.

Bu çalışmamızda SIP tespit edilen 4 vakanın takdimi ve literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

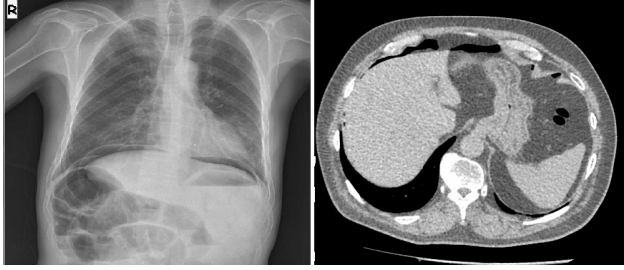
OLGU

Olgu 1

Elli sekiz yaşında erkek hasta 12 saat önce başlayan yaygın karın ağrısı, distansiyon ve safralı kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. On yıldır sigara kullanmamasına rağmen 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Geçirilmiş operasyon hikayesi yoktu. Muayenesinde hastanın solunum sıkıntısı ve septik görünümü mevcuttu. Karında yaygın distansiyonu vardı. Karın tüm kadrantlarda yaygın hassasiyeti olmasına rağmen defans ve rebound şüpheliydi. TA: 100/70 mmHg, nabız 104/dk, vücut sıcaklığı 38.1 °C olarak ölçüldü. Laboratuar analizinde lökosit 15.8 K/ μ L, nötrofil oranı %90.7, CRP 176 mg/L olarak saptandı. Çekilen düz karın grafisinde her iki subdiyafragmatik alanda belirgin serbest hava görünümü mevcuttu.

Hasta perforasyon ön tanısıyla acil operasyona alındı. Laparotomi sonrası distal özofagustan rektuma kadar tüm gastrointestinal organlar explore edildi. Ancak perforasyon bulgusuna rastlanılmadı. Solid organlar salımdı. Karın içinde minimal seröz sıvı mevcuttu. Nazogastrik tüpten metilen mavisi verildi. Ancak karın içinde boyama olmadı. Pnömooperitoneum oluşturan herhangi bir neden bulunamadığı için douglas boşluğuna 1 adet lastik dren yerleştirilerek operasyon

Şekil 1. Vaka 2'nin düz karın grafisi ve abdomen BT'de tespit edilen pnömoperitoneum görüntüsü



sonlandırıldı. Postoperatif 4. gün oral alan ve şikayetleri gerileyen hastanın dreninden seröz geleni olması üzerine çekilerek taburcu edildi. On gün sonra yapılan kontrol muayenesinde herhangi bir şikayeti yoktu.

Olgu 2

Yetmiş üç yaşında erkek hasta yaklaşık 3 gündür karın ağrısı, bulantı kusma ve gaz gaita yapamama şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde KOAH, hipertansiyon ve diyabetes mellitus nedeniyle ilaç ve 50 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Alkol kullanımı öyküsü yoktu. Ciddi solunum sıkıntısı nedeniyle KOAH atağı düşünülerek inhaler tedavisi başlanmıştı. TA: 140/70 mmHg, nabız 94/dk, vücut sıcaklığı 36.6 °C olarak ölçüldü. Muayenesinde karında ileri derece distansiyon olup hassasiyet, defans ve rebound pozitif. Nazogastrik tüpten 300 cc kadar intestinal içerik gelmişti. Dijital rektal muayenesinde normal gaita buluşu mevcuttu. Laboratuvar analizinde lökosit 12, K/ μ L, nötrofil oranı %77.5, CRP 3.45 mg/L olarak saptandı.

Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde her iki tarafta diyafram altı serbest hava izlendi (Şekil 1). Tüm abdomen tomografisinde subdiyafragmatik alanlarda yaygın serbest hava imajları gözlenmesi üzerine perforasyon ön tanısıyla hasta acil operasyona alındı (Şekil 1). Ancak yapılan eksplorasyonda gastrointestinal sistemde ve solid organlarda patoloji gözlenmedi. Nazogastrik tüpten metilen mavisi verildiğinde karın içinde boyanma görülmeydi. Etiyoloji bulunmaması üzerine douglas boşluğuna 1 adet lastik dren konularak operasyon tamamlandı. Postoperatif 5. gün oral alımı ve gaz-gaita deşarjı olan hasta dreninden anlamlı geleni olmaması üzerine dreni çekilerek taburcu edildi. Postoperatif 28. gün yapılan endoskopi ve kolonoskopisinde patoloji gözlenmedi.

Olgu 3

Yetmiş altı yaşında erkek hasta 2 gündür olan karın ağrısı ve bulantı nedeniyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde KOAH ve mesane kanseri nedeniyle 2 ay önce parsiyel sistektomi operasyonu geçirmişti. Halen kemoterapi görmekteydi. Üç gün önce kontrol sistoskopi yapılmıştı. TA: 110/65 mmHg, nabız 92/dk, vücut sıcaklığı 37.2 °C olarak ölçüldü. Muayenesinde karın tüm kadranda hassasiyet vardı. Sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede defans ve rebound pozitif. Laboratuvar analizinde lökosit 9.4 K/ μ L, nötrofil oranı %57.3 olarak saptandı. Üroloji ile mesane perforasyonu açısından konsülte edildi. Foley kataterinden opak madde verilerek çekilen grafide mesaneden karına kaçış gözlenmedi.

Pnömoperitoneumun kaynağının gastrointestinal sistem perforasyonu olabileceği düşünülerek acil operasyona alındı. Laparotomi sonrası tüm gastrointestinal sistem organları gözden geçirildi. Bursa omentalis açıldı. Ancak pnömoperitoneum nedenine yönelik patolojiye rastlanılmadı. Nazogastrik tüpten yapılan hava-su testi negatifti.

Douglas ve Morrison boşluklarına birer adet nelaton dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Postoperatif takiplerinde KOAH nedeniyle medikal tedavi verildi. Karın muayenesi geriledi. Oral alımı tolere eden hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi.

Olgu 4

Seksen üç yaşında erkek hasta 12 saat önce epigastrik bölgede şiddetli karı ağrısını müteakiben şiddetli kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde KOAH nedeniyle ilaç kullanımı ve 25 yıl önce kolesistektomi operasyonu mevcuttu. TA: 90/60 mmHg, nabız 72/dk, vücut sıcaklığı 36.6 °C olarak ölçüldü. Hasta cerrahi kliniğine yatırıldı. Klinikteki muayenesinde karın ağrısı gerilemişti. Karında minimal distansiyon mevcuttu. Hassasiyet, rebound ve defans tespit edilmedi. Laboratuvar analizinde lökosit 13.3 K/ μ L, nötrofil oranı %80.7, CRP 176 mg/l olarak saptandı. Düz karın grafisinde sol subdiyafragmatik alanda serbest hava mevcuttu. Abdomen tomografisinde karaciğer anteriorunda yaygın serbest hava ve sağ alt kadranda bir miktar serbest sıvı tespit edildi. Hastanın IV sıvı hidrasyonu yapılarak takip edilmesine karar verildi. Takiplerinde lökosit geriledi. Karın muayenesinde değişiklik saptanmadı. Oral gıda başlandı. Takiplerinin 3. gününde şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Pnömoperitoneumlar genellikle bir karın içi lümenli organ perforasyonları sonrası oluşurlar. Karakteristik olarak düz karın grafisinde diyafragma altı serbest hava gölgesi olarak görülürler. Ancak hastaların yaklaşık %10 kadarında radyolojik olarak tespit edilen serbest havanın kaynağı karın içi patoloji olmayabilir. Cerrahi gerektirmeyen pnömoperitoneumlar yayınlarda spontan pnömoperitoneum, idiyopatik pnömoperitoneum, spontan aseptik pnömoperitoneum veya yanılıcı pnömoperitoneumlar olarak isimlendirilmektedirler (3). SIP'in ekstraabdominal nedeni travma, ventilatör ilişkili nedenler, pnömotoraks gibi intratorasik patolojiler olabileceği gibi nadiren cinsel ilişki sonrası da görülebilmektedir (1). Laparoskopik ve endoskopik (kolonoskopi) girişimler de iatrojenik SIP sebebi olabilirler. Nadiren SIP nedeni sıra dışı nedenlere bağlı olabilir. Literatürde tüple denizaltı dalış, adenotonsillektomi cerrahisi, kemik iliği nakli veya alt molar dişin çekilmesine bağlı SIP bildirilmiştir (4,5). Çocuklarda da yine ventilatör ilişkili durumlarda ventilasyon moduna bağlı olarak %1-3 oranında SIP görülebilmektedir. Genellikle torasik travma, zor entübasyon ya da maske ile solunum sonrası SIP gelişebilir (6). Al-Salem ve ark. (7) mekanik ventilasyon uygulanmış çocuklarda SIP görülen 5 vaka bildirmiştir.

Spontan pnömoperitoneum varlığında laparotomi ya da medikal tedavi kararı ciddi ikilem oluşturabilir. Ancak detaylı özgeçmiş sorgulaması ve fizik muayene gereksiz laparotomileri önleyebilir (8). Karın içi serbest hava varlığında cerrahi endikasyon klinik bulgularla konulmalıdır. Akut karın belirti ve bulguları varlığında cerrahi kaçınılmazken, daha hafif belirtili olgularda peritonit yokken konservatif tedavi endikedir (8). Genellikle pnömoperitoneum olgularının çoğu cerrahi eksplorasyon geçirir. Van Gelder ve ark. (9) akut abdomen bulguları olan ancak laparotomi ile herhangi bir sebep saptanamayan altı SIP olgusunu rapor etmiştir. Mularski ve ark. (10) 36 cerrahi olmayan pnömoperitoneum olgusundan 11 tanesine (%31) laparotomi yapıldığını bildirmiştir.

Bizim serimizde radyolojik görüntülemelerle pnömoperitoneum tespit edilen ancak etyolojisini tespit edemediğimiz 4 olguyu sunmayı amaçladık. Olgularımızın hepsi ileri yaş ve erkek hastalardı. Tüm hastaların özgeçmişinde KOAH nedeniyle ilaç ve inhaler kullanımı öyküsü mevcuttu. İlk vakanın klinik olarak akut karın bulguları şüpheliydi. Ancak genel görünümünün septik halde olması ve lökositozunun olması nedeniyle perforasyon ilk planda düşünülüp laparotomi yapıldı. İkinci ve

üçüncü vakalarda ise akut karın belirtilerinin belirgin olması nedeniyle acil laparotomi yapıldı. Dördüncü vakada semptomların ılımlı olması nedeniyle medikal takip kararı alındı. Hasta cerrahi uygulanmadan taburcu edildi. Literatürde SIP'in torasik nedenleri içinde sıklıkla ventilatör tedavisi ya da toraks travmalarına bağlı görülebileceği rapor edilmektedir (5,6). Ancak bizim serimizde hastaların anamnezinde sadece KOAH öyküsü mevcuttu. Bu durum bize KOAH'ı bulunan ve SIP ile karşılaşılacak hastalarda konservatif yaklaşımın daha iyi olabileceğini düşündürdü.

Sonuç olarak; spontan pnömoperitoneumların belirlenmesinde detaylı öykü, uygun laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemelerle birlikte fizik muayene bulgularının kombine şekilde değerlendirilmesi gereksiz laparotomileri engelleyebilir. Pnömoperitoneum tespit edilen hastalarda neden bulunamamışsa KOAH öyküsünün sorgulanması önerilir.

Hasta Onamı: Çalışma dosya taramasına dayalı retrospektif çalışma olması nedeniyle hasta onamı alınmadı

Çıkar çatışması: Çalışmamızda herhangi bir çıkar çatışması bulunmayıp hiçbir kişi ya da kuruluşun finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Mularski RA, Ciccolo ML, Rappaport WD. Nonsurgical causes of pneumoperitoneum. West J Med 1999; 170:41-6.

2. Postier RG, Squires RA. Acute abdomen. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th ed. Philadelphia: Saunders; 2008. p. 1180-98.
3. Gutkin Z, Iellin A, Meged S, Sorkine P, Geller E. Spontaneous pneumoperitoneum without peritonitis. Int Surg 1992; 77:219-22.
4. Porter E, Rizzardi N, Rizzoni D. A strange chest pain after dental surgery. Intern Emerg Med. 2008; 3(2):123-6.
5. Ade-Ajayi N, Veys P, Stanton M, Drake DP, Pierro A. Conservative management of pneumatosis intestinalis and pneumoperitoneum following bone-marrow transplantation. Pediatr Surg Int 2002; 18:692-5.
6. Kane NM, Francis IR, Burney RE, Wheatley MJ, Ellis JH, Korobkin M. Traumatic pneumoperitoneum. Implications of computed tomography diagnosis. Invest Radiol 1991; 26:574-8.
7. Al-Salem AH. Pneumoperitoneum and free meconium without gastrointestinal perforation in a neonate. Saudi Med J 2000; 21:680-2.
8. Karaman A, Demirebilek S, Akin M, Gurnunluoğlu K, Irşi C. Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. Pediatr Surg Int 2005; 21:819-24.
9. Van Gelder HM, Allen KB, Renz B, Sherman R. Spontaneous pneumoperitoneum. A surgical dilemma. Am Surg 1991; 57:151-6.
10. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med 2000; 28:2638-44.