

# Çocuklarda Anorektal Travma Sonucu Gelişen Rektum Perforasyonu: İki Olgu Sunumu

Abdulkerim Temiz<sup>1</sup>, Bülent Akçora<sup>1</sup>, Muhyittin Temiz<sup>2</sup>, Ahmet Aslan<sup>2</sup>

Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, <sup>1</sup>Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

## ÖZET

*Çocuklarda anorektal travma sonucu gelişen rektum perforasyonu: İki olgu sunumu*

Anorektal yaralanma çocuklarda nadir görülen bir klinik tablodur. Rektum ve diğer intrapelvik organların yaralanmaya eşlik etmesi açısından da önemlidir.

**Olgu 1:** Karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvuran 9 yaşındaki erkek hastada, karında yaygın hassasiyet ve defans tespit edildi. Ayakta karın grafisinde diyafragma altında serbest hava izlendi. Ameliyatta rektum ve mesane perforasyonu tespit edildi. Yara onarımı ve sigmoid kolostomi yapıldı.

**Olgu 2:** Altı yaşında kız hasta, ağaçtan düşme sonrası gelişen perineal yaralanma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde perinede anal kanaldan yaklaşık 4 cm uzaklıkta, 2 cm çaplı, derin planda ilerleyen perineal yara tespit edildi. Ayakta karın grafisinde diyafragma altında serbest hava gözlemlendi. Ameliyatta rektum perforasyonu tespit edilen hastada, perforasyon onarımı ve sigmoid kolostomi yapıldı.

Anorektal yaralanmalarda morbidite ve mortalitenin azaltılması için erken ve doğru tanı, yaralanmanın şekli ve tipinin doğru belirlenmesi, ek organ yaralanmalarının tespiti ve uygun yöntemle tedavisi gereklidir. Tedavide gereken olgularda kolostomiden kaçınılması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, rektum, perforasyon

## ABSTRACT

*Rectum perforation after anorectal trauma in children: Report of two cases*

Anorectal injury is a rare clinical condition in children. Since it may be an initial sign of concomitant rectal and other intrapelvic structural injuries, this clinical condition is important to declare.

**Case 1:** A nine-year-old boy was admitted to the hospital with complaints of abdominal pain and vomiting. Diffuse abdominal tenderness and defense were remarkable. Abdominal X-ray showed pneumoperitoneum. In operation rectum and bladder perforation were detected. Perforation was repaired and sigmoid colostomy was performed.

**Case 2:** A six-year-old girl was admitted to the hospital with perineal injury after a fall from height. A perineal wound which was 2 cm in diameter was detected at a localization 4 cm from the anal canal. Abdominal X-ray showed pneumoperitoneum. Rectal perforation was detected. Perforation was repaired and sigmoid colostomy was performed.

To decrease the morbidity and the mortality of the patients, early and correct diagnosis, defining the type and extent of the injury including intrapelvic structures should be accurately determined and appropriate treatment should be performed. We think that colostomy should be done necessarily in cases when needed.

**Key words:** Children, rectum, perforation

Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:32-34

## GİRİŞ

Anorektal yaralanmalar, çocuklarda oldukça nadir görülür. Ateşli silah yaralanmaları ve sıklıkla gelişmiş ülkelerde gözlenen cinsel istismardan sonra, en sık kar-

şılaşılan neden yabancı cisimler üzerine düşmedir (1,2,3). Rektum, üretra, mesane ve kız çocuklarında vajen yaralanmaları gibi eşlik edebilecek diğer organ yaralanmaları morbidite ve mortalitelere neden olabilir (2,4,5). Bu çalışmada çocuklarda oldukça nadir görülen sivri cisim üstüne düşme sonucu gelişen iki rektum perforasyonlu olgu sunulmuştur.

## Olgu 1

Karın ağrısı ve safralı kusma şikayetleri ile kliniğimize başvuran 9 yaşındaki erkek hastanın hikayesinde

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Abdulkerim Temiz  
Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Çocuk  
Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay

Telefon / Phone: +90-532-730-8269

Elektronik posta adresi / E-mail address: aktemiz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 13 Şubat 2010 / February 13, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 22 Mart 2010 / March 22, 2010

2 gün önce sivri uçlu bir tahta parçası üzerine düşme ifadesi dikkat çekmiştir. Fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyet, defans ve rebound tespit edilmiştir. Perine muayenesinde minimal dermabrazyon dışında bulgu saptanmayan hastanın rektal tuşe muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Ayakta karın grafisinde diyafragma altında serbest hava izlenmiştir (Resim 1). Gastrointestinal perforasyon tanısı ile ameliyat edilen hastada peritonda pürülan sıvı tespit edildi. Mide, ince ve kalın bağırsakların sağlam olduğu görüldü. Buna karşın rektovazikal çıkmazın yaklaşık 4 cm proksimalinde, rektum ön duvarında 2 cm'lik ve mesane posterior duvarında yaklaşık 1 cm'lik perforasyon sahası görüldü. Mesane ve rektumdaki yaralanma primer olarak onarıldıktan sonra pelvise penroz dren yerleştirilerek sigmoid kolostomi yapıldı. Hastanın takiplerinde problem olmamıştır.



**Resim 1:** Hastanın ayakta direkt batin grafisinde diyafragma altında yaygın serbest hava ile birlikte intestinal anlarda hava sıvı seviyelerinin görülmektedir.

## Olgu 2

Altı yaşında kız hasta yaklaşık 6 saat önce ağaçtan düşme sonrası gelişen perineal yaralanma nedeniy-

le kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, litotomi pozisyonunda, perinede saat 8 hizasında anal kanaldan yaklaşık 4 cm uzaklıkta, 2 cm çaplı, derin planda ilerleyen perineal yara tespit edildi. Karın muayenesi bulguları normal olan hastanın ayakta karın grafisinde diyafragma altında serbest hava gözlemlendi. İntestinal perforasyon ön tanısı ile ameliyat edilen hastada, rektum ön duvarında peritoneal refleksiyonun hemen altında yaklaşık 3 cm çaplı perforasyon alanı gözlemlendi. Ek karın içi organ yaralanması tespit edilmedi. Perforasyon primer onarıldı. Sigmoid kolostomi yapılan hastanın ameliyat sonrası dönemi problemsiz seyretmiştir.

## TARTIŞMA

Anorektal yaralanmalar gelişmiş ülkelerde sıklıkla cinsel istismar ve ateşli silah yaralanmaları sonucu gelişirken, nadiren yabancı cisim yutmalara veya termometre uygulamasına bağlı geliştiği de bildirilmiştir (1,2,3). Erkek çocuklarda daha sık görülür. Erişkinlerle kıyaslandığında, çocuklarda rektum, vajen, mesane gibi intraabdominal organların yaralanmaya eşlik etme olasılığı anatomik farklılıklar nedeni ile daha fazladır (1). Çocuklarda rektovajinal septumun ince, ürogenital diyafragmanın daha yüzeysel olması, uterus ve mesane gibi intrapelvik organların erişkinlerle kıyaslandığında daha alçak yerleşimi nedeni ile ek organ yaralanmaları daha olasıdır (1). Genellikle rektal kanama şikâyeti ile başvuran hastaların anorektal muayenelerinde ilk olgumuzda olduğu gibi, nadiren bulguya rastlanmayabilir. Erişkinlerde %80 oranında pozitif bulgu tespit edilen rektal tuşe muayenesi çocuklarda ağrı nedeni ile yapılamayabilir. (3) Özellikle penetran intraperitoneal yaralanmalarda direkt radyografiler tanıda yardımcı olurken, rektoskopi, sistoüretroskopi ve vajinoskopi gibi endoskopik yöntemler lümenli organ yaralanmalarının tanısında standart tanı yöntemleridir (2,3).

Anorektal yaralanmalar giriş yerine ve trasesine göre ekstra veya intraperitoneal, ve transanal veya perineal yaralanmalar şeklinde sınıflandırılmaktadır (1,2). Bu sınıflandırma eşlik edebilecek ek organ yaralanmalarının tanınması açısından yol göstericidir. Özellikle erken dönemde başvuran olgularda karın muayene bulgularının normal olması penetran, intraabdominal yaralanmayı ekarte ettirmemelidir. Eşlik edebilecek diğer organ yaralanmaları ve perforasyonları sonucu gelişebilecek sepsis ve yaralanan organa bağlı ortaya çıkabilecek

mobidite ve mortalite riskleri nedeni ile tanısız çalışmaları mutlaka yapılmalıdır. Her iki olgumuzda muayene ve radyolojik bulgular ışığında doğru klinik tanı ve erken cerrahi girişim uygulandı.

İngilizce literatürde yayınlanmış, ilk olgumuzda olduğu gibi rektal perforasyona mesane perforasyonunun eşlik ettiği sadece beş olgu bildirilmiştir (2,4,6,7). Bu bağlamda oldukça nadir görülse de özellikle anterior rektal duvardan gelişen perforasyon olgularında erkek çocuklarda mesane, kız çocuklarında ise vajen veya uterus yaralanmaları akılda tutulmalıdır.

Anorektal yaralanmaların tedavisine mutlaka geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile başlanmalıdır (1,2,8). Perineal ekstraperitoneal yaralanmalarda yara debridmanı, anatomik yapıların onarımı ve klinik gidişe göre gerekirse ek cerrahi girişimler önerilmektedir. Transanal ekstraperitoneal yaralanmalar cerrahi girişim gerektiremeyebilir. Bu olgularda geniş ve ciddi yaralanmalarda nadiren kolostomi gerekebilmektedir. Perineal veya transanal intraperitoneal yaralanmalar, eşlik eden organ yaralanmalarının sıklıkla görüldüğü yaralanma şekilleridir. Organ yaralanmalarının primer onarımı sonrası onarım bölgesinin güvenliği, enfeksiyon ve sepsis riskinin azaltılması

amacı ile kolostomiler önerilmektedir (1,2,5,8). Bununla birlikte Slim ve arkadaşları intraperitoneal rektal perforasyonlu kolostomi açılan ve açılmayan olgular arasında mortalite açısından bir fark bulmamışlardır (9). Öztürk ve arkadaşları kolostomili hastalarda %35 oranında çeşitli komplikasyonlar bildirirken, bu oranı kolostomisiz primer onarım yapılan olgularda %10 olarak bildirmişlerdir (7). Bulguları doğrultusunda ilk 8 saate başvuran olgularda kolostomizis primer onarımın uygun olduğunu; geç ve başka organ yaralanmalarının eşlik ettiği olgularda kolostominin yapılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Her iki olgumuzda geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başladıktan sonra laparotomi yapılarak perforasyon alanları primer onarılmıştır. Her iki olguda yaralanma sahasının temiz tutulması amacı ile saptırıcı kolostomi açılması tercih edilmiştir. Klinik takipleri sorunsuz seyreden her iki hastada komplikasyon gelişmemiştir.

Anorektal yaralanmalarda erken ve doğru tanı morbidite ve mortalitenin azaltılması için gereklidir. Bu amaçla yaralanmanın şekli ve tipinin doğru belirlenmesi, ek organ yaralanmalarının tespiti uygun yöntemle tedavisi gereklidir. Bu amaçla gereken; seçilmiş olgularda kolostomiden kaçınılması gerektiğini düşünüyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Grisoni ER, Hahn E, Marsh E, Volsko T, Dudgeon D. Pediatric perineal impalement injuries. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 702-704.
2. Kim S, Linden B, Cendron M, Puder M. Pediatric anorectal impalement with bladder rupture: Case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2006; 41: E1-E3.
3. Ameh EA. Anorectal injuries in children. *Pediatr Surg Int* 2000; 16: 388-391.
4. Johnson PA. Rectal impalement with perforation of the bladder. *Br Med J* 1971; 2: 748-749.
5. Haut ER, Nance ML, Keller MS, et al. Management of penetrating colon and rectal injuries in the pediatric patient. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1526-1532.
6. Weber S, Mauch W, Kalayoglu M, Moon TD. Intraperitoneal and extraperitoneal bladder rupture secondary to rectal impalement. *J Trauma* 1995; 38: 818-819.
7. Ozturk H, Onen A, Dokucu AI, Otcu S, Yağmur Y, Yucesan S. Management of anorectal injuries in children: an eighteen-year experience. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 249-255.
8. Beiler HA, Zachariou Z, Daum R. Impalement and anorectal injuries in childhood: A retrospective study of 12 cases. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1287-1291.
9. Slim MS, Makaroun M, Shamma AR. Primary repair of colorectal injuries in childhood. *J Pediatr Surg* 1981; 16: 1008-1011.