

Doğum Sonrası Oluşan İzole Rektal Laserasyonlar

ISOLATED RECTAL LACERATIONS AFTER THE PARTURITION

Petek BALKANLI KAPLAN*, Turgut YARDIM**

* Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Prof.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, EDİRNE

Özet

Amaç: Obstetrik travma sonucu oluşan izole rektal laserasyonlu tip III rektovajinal septum defektli hastanın sunumu ve tedavi modalitelerini tartışmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve doğum kliniği, Edirne.

Materyel ve Metod: Doğum travmayı sırasında oluşmuş perine intact rektovajinal septum tip III defektli bir olgunun kliniği sunulmuştur.

Bulgular ve Sonuç: Perine yırtıkları çok tartışılmış olmakla beraber izole rektal travmaların anlatıldığı literatür oldukça azdır. Sunumuzla bu konu literatürleriyle irdelenmiş, tedavi yaklaşımları ve kolostomi gerekliliği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İzole rektal yaralanma, Doğum sırasında

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:167-171

Summary

Objective: To present and discuss management modalities of a patient who have isolated rectal laceration, type III rectovaginal septum defect that occurred after obstetrical trauma.

Instution: Trakya University Medical Faculty, Obstetrics and Gynecology department, Edirne.

Material and Method: Clinic presentation of a patient which have perineal intact rectovaginal septum type III defect that occurred during parturition.

Findings and Conclusion: Although, subject of the perineal lacerations are discussed more, literatures about the isolated rectal lacerations are fewer. In our case report, we discussed the management of the patients of this type and the necessity of colostomy.

Key Words: Isolated rectal injuries, Parturition

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:167-171

Rektal yaralanmaların tedavisi, savaşlar vesilesiyle edinilen tecrübelerle şekillenmiştir. İkinci dünya savaşı yıllarında rektal yaralanma tedavisinde proksimal kolostomi önerilmiştir. Savaşın ikinci yarısında ise buna presakral drenaj ilave olmuştur. Rektal travmaların primer tamiri sonrası mortalite birinci dünya savaşı sıralarında %67 iken ikinci dünya savaşında bu oran %5'e düşmüştür. Bu değişimin nedenleri olarak rutine giren kolostomi uygulamaları, antibiyotik kullanımı ve kan transfüzyonlarının uygulanabilirliği

gösterilmiştir. İkinci dünya savaşından sonra ise askeri travmalar dışında sivil hayattaki yaralanmaların tamirinin de aynı olup olmadığı tartışılmaya başlandı. Vietnam savaşından sonra, rektal yaralanma tedavisinde; fekal diversiyon, presakral drenaj, yara tamiri ve son olarak da distal segmentin irrigasyonu yer almaktaydı (1).

1970 ortalarında, diversiyon olmadan rektal yaralanmaların primer tamiri rapor edilmeye başlandı (2). Primer tamir ile kolostomiye karşılaştıran ilk prospektif randomize çalışma, 1979 yılında Stone ve Fabian tarafından yayınlandı (3). Çalışmalarında; primer tamirin, kolostomi uygulamalarına göre daha az infeksiyon ve kolon komplikasyonlarına neden olduğunu bildirdiler. 1989'da George ve ark. (4), hastalarında %93 primer tamiri tercih etmişler ve bunlardaki komplikasyon

Geliş Tarihi: 12.10.1999

Yazışma Adresi: Dr.Petek BALKANLI KAPLAN
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
EDİRNE

yüzdesinin %13.7 gibi düşük olduğunu saptamışlardır. Chappuis'in 1991 yılındaki (5) çalışmasında da kolon yaralanmalarının primer tamir edilebileceği belirtilmiş ancak extraperitoneal yaralanmalar hariç tutulmuştur.

Obstetrik ve/veya cerrahi travmalar sonrası rektovajinal septum ve perineal yapıların parsiyel veya komplet defektleri, introitusdan vajenin apexine kadar herhangi bir seviyede oluşabilirler. Bu anatomik defektlerin lokalizasyonu da tedavi yaklaşımlarını belirlemektedir. Bu bölge yaralanma riski açısından üç zona ayrılabilir. Üst 1/3'lük vajina bölümü, internal olarak periton ile örtülmüştür. Orta 1/3'lük bölümde, vajina ve rektum sadece ince bir fascia tabakası ile ayrılmıştır. Alt 1/3 zonda ise vajina ile anal kanal perineal yapılarla ayrılmıştır. Obstetrik yaralanmalar daha çok alt üçte bir bölümünde olurken cerrahi yaralanmalar tüm septum boyunca oluşabilmektedir.

Makalemizde, doğum sırasında oluşmuş bir rektal laserasyon vakası sunulmakta ve tedavisinde kolostominin yeri tartışılmaktadır.

Olgu

Gebelik takiplerini polikliniğimizde yaptıran ve gebelik seyrinde herhangi bir problemi olmayan 25 yaşında, gravida 1, parite 0 olan gebe, ağrılarının başlaması üzerine kliniğimize yatırıldı. Son adet tarihini tam olarak bilmeyen ancak yapılan ultrasonografi takiplerinde, gelişim seyrini normal takip eden gebenin bu son müracaatındaki ultrason değerleri, 37 haftalık gebelik ile uyumluuydu.

Hasta bize başvurduğunda, servikal dilatasyonu 3-4 cm olup travayın birinci dönem aktif fazında idi. Hastaya doğumhanede epidural kateter takılarak analjezi uygulandı. Epidural uygulamasından sonra travayın seyri yavaşladı. Dilatasyon dönemi 10 saatte tamamlandı. Dilatasyonun tamamlanmasından fetal başın perine tabanına ulaşması oldukça hızlı gerçekleşti. Sağ mediolateral epizyotomi sonrası oksiput anterior pozisyonunda, küçük fontanel gelişi, 3300gr, 1. dakika apgarı 7-8 olan sağlıklı bir bebek doğurtuldu. Bebeğin baş çevresi 35 olarak ölçüldü. Doğum sonrası yapılan rektal muayenede, anal sfinkterin 3-4 cm içerisinde, vajenin alt 1/3'ünde longitudinal uzanımlı 2-3 cm kadar, mukozayı da içine alan defekt saptandı. Anal sfinkter tamamen sağlam idi.

Genel aneztezi altında, lezyon explore edildikten sonra rektal mukoza 3/0 dexion ile kilitli kontinue olarak kapatıldı. Pararektal dokular da ikinci kat, tek tek atılan süturlar ile onarıldı. Levator ani'ye kuvvetlendirici üç adet sütur kondu. Epizyotomi, usulüne uygun kapatıldı.

Postoperatif dönemde hasta altı gün parenteral beslendi. Sonrasında sıvı gıdalarla oral beslenmeye geçildi. Laksatifler de bu dönemde verilmeye başlandı. Antibiyoterapiye, postoperatif yedi gün devam edildi. Postoperatif dönemde veya takiplerde herhangi bir problem ile karşılaşılmadı. Defekasyon fonksiyonu normal seyretti ve takiplerinde fekal inkontinens veya rektovajinal fistül oluşmadı.

Tartışma

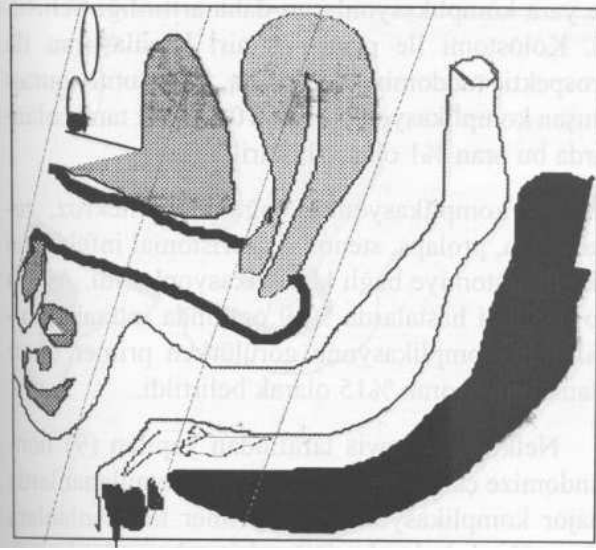
Doğum travayında oluşan rektal yaralanmalar, oluşur oluşmaz görülmelidirler. Doğum sonrasında standart prosedür olarak rektal muayene yapılmalıdır. Aksi takdirde bu tip lezyonlar atlanabilir ve daha geç komplikasyonlarla karşımıza çıkabilirler.

Doğum sırasında oluşan rektal lezyonlara yol açan etyolojik faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir. Bir kaynakta, rektum laserasyonlarının büyük bir kısmının fizyopatolojisini fetus başının hızlı inişine bağlamaktadırlar (6). Bizim bu vakada da diğer etyolojik faktörlerin olmayışı, rektal yaralanmayı hazırlayan sebebin, fetal başın hızlı ilerlemesi olduğunu düşündürmektedir. Başın hızlı ilerlediği durumlarda, perinenin yumuşak dokularının, fetusun geçişine hazırlanacak zamanı olamamaktadır.

Rosenhein ve ark., rektovajinal lezyonlar için bir klasifikasyon ve tedavi protokolü önermişlerdir (7). Klasifikasyon, anatomik farklılık ve perine ile rektovajinal septumun fonksiyonel ilişkisine göre yapılmıştır (Şekil 1-6).

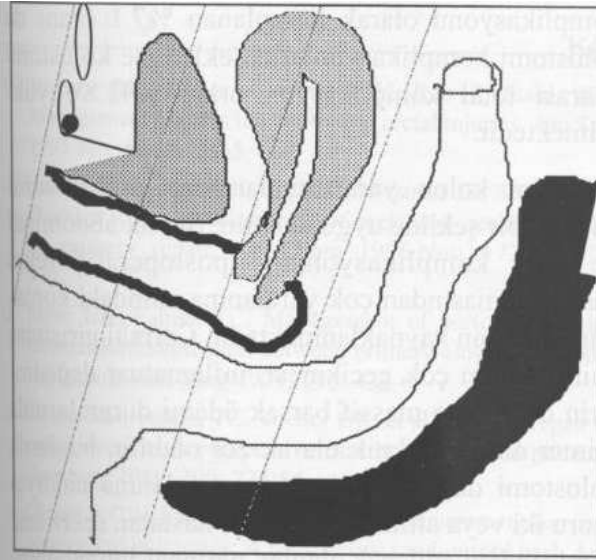
Tablo 1. Doğum sırasındaki rektal lezyonların etyolojik faktörleri

Maternal	<ul style="list-style-type: none"> Pelvis uygunsuzluğu Prezente olan kısmın hızlı inişi Doku faktörleri
Fetal	<ul style="list-style-type: none"> Fetal kafanın boyutu Prezentasyon anomalileri
Iatrojenik	<ul style="list-style-type: none"> Enstrümantasyon Mekanik zorlu muayene



Şekil 1. Normal rektovajinal anatomi.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).



Şekil 2. Tip 1: Perineal yapının kaybı.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).

Tip I: Fistülsüz, perineal yapının kaybı (external, internal anal sfinkter;

superfisial transvers perineal kas)

Tip II: Alt 1/3 vagen fistülü, perineal yapının kaybı

Tip III: Alt 1/3 vagen fistülü, intakt perineal kaslar

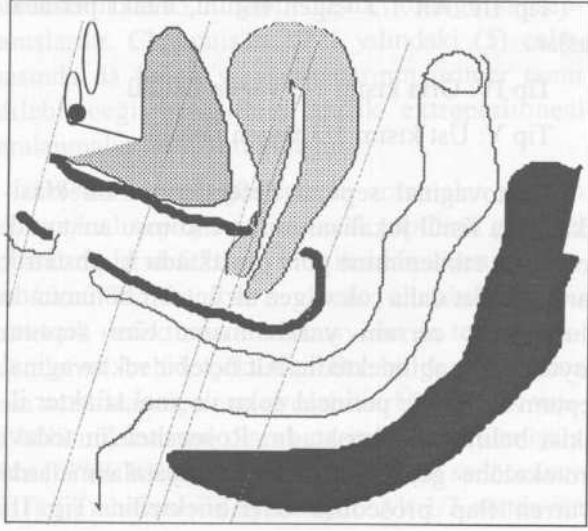
Tip IV: Orta kısım 1/3 vagen fistülü

Tip V: Üst kısım 1/3 vagen fistülü

Rektovajinal septum defektlerinin bu klasifikasyonu fistül lokalizasyonu ve komşu anatomik dokuların etkilenimine göre olmaktadır ki obstetrik yaralanmalar daha çok vagen alt üçtebir bölümünde oluşurken, cerrahi yaralanmalar tüm septum boyunca oluşabilmektedir. Alt üçtebir rektovajinal septum tamirinde perineal doku ile anal sfinkter ilişkisi belirleyici olmaktadır. Rosenshein'in tedavi protokolüne göre tip I ve tip II yaralanmalarda Warren flap prosedürü önerilmektedir. Tip III yaralanmaların çoğu doğum sonrasında oluşmakta olup Warren flap veya katların kapatılması ile onarılabilir. Burada protokolü, fistülizasyon seviyesinin anal sfinktere olan mesafesi belirlemektedir. Eğer fistül anal sfinktere yakın ise sfinkterin kesilimi ve Warren flap prosedürü önerilmektedir. Ancak bazı otörler, hemen tamir olunsa bile sfinktere yapılan müdahalelerin ilerde inkontinans problemine yolaçacağını bildirmektedirler. Eğer fistül anal sfinkterin oldukça üzerinde bir yerde ise katların kapatılması ile onarılabilirler. Tip IV ve tip V yaralanmalar daha çok cerrahi yaralanmalardır. Bunlar, en iyi katların kapatılması ile tamir olunur ki bunlara geçici kolostomi uygulanabilir (7).

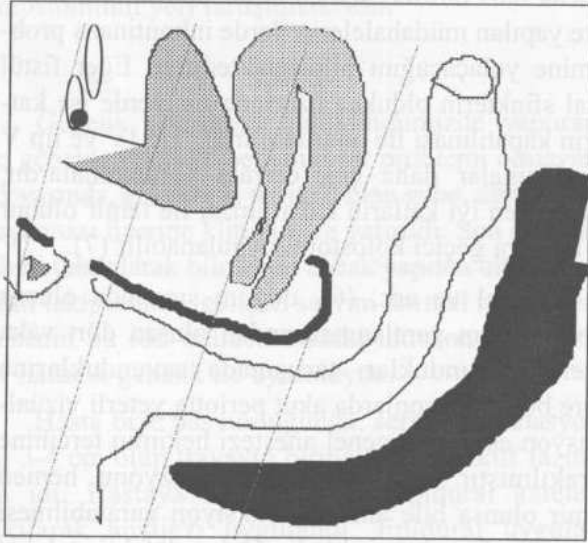
Morrel ve ark. (6), doğum sırasında oluşan izole rektum yaralanmalarından oluşan dört vaka üzerinde sundukları tartışmada savduklarına göre bu tip lezyonlarda akut periotta yeterli vizüalizasyon esas olup genel anestezi hekimin tercihine bırakılmıştır. Anal sfinkterin insizyonu hemen tamir olunsa bile anal disfonksiyon yaratabilmesi açısından önerilmemektedir. Onlar, defektin tek kat kontinüe polyglycol ile kapatılmasını önermişlerdir. Çalışmada, infeksiyon riskine karşı geniş spektrumlu antibiyotik önerilmekte, geçici stomaya gerek olmadığı vurgulanmaktadır.

İkinci dünya Savaşı dönemlerinde, kolonun penetran yaralanmalarında fekal geçişi ve yara gerilimini önlemek amacıyla kolostominin gerekli olduğu konsepti kabul gördü. Bu dönemde anastomozların veya tamirlerin açılması, postoperatif septik abdominal komplikasyonların en önemli nedeni olarak görüldü. Proksimal kolostomi ile tamir



Şekil 3. Tip 2: Perineal yapı kaybı ve alt 1/3 vajen fistülü.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).



Şekil 4. Tip 3: İntak perine ancak alt 1/3 vajen fistülü.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).

alanının dekompresyonu yoluyla bu komplikasyonların azaltılacağı düşünüldü. Yine bu dönemde, primer tamirin de önemi savunuluyordu (8).

Daha sonraki verilerde primer tamir ile karşılaştırıldığında kolostominin, septik abdominal

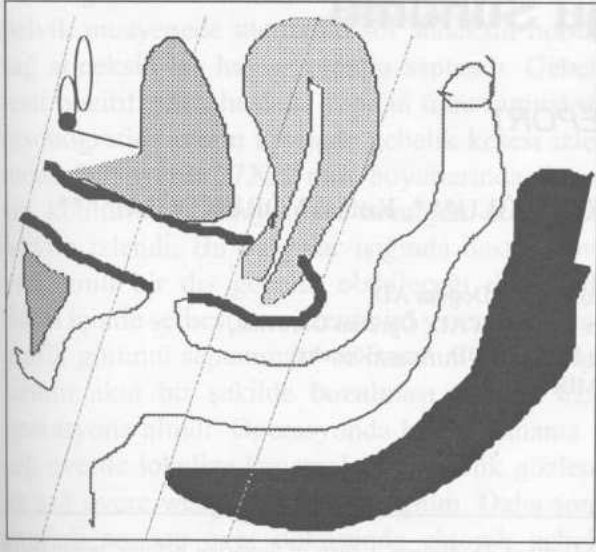
ve yara komplikasyonlarını daha arttırdığı belirtilmiştir. Kolostomi ile primer tamiri karşılaştıran ilk prospektif randomize çalışmada, kolostomi sonrası oluşan komplikasyon oranı %10, primer tamir olanlarda bu oran %1 olarak bildirildi (3,4).

Bu komplikasyonlar çoğunlukla nekroz, retraksiyon, prolaps, stenoz ve peristomal infeksiyon gibi kolostomiye bağlı komplikasyonlar idi. Ayrıca kolostomili hastalarda %29 oranında intraabdominal apse komplikasyonu görülürken primer tamir olanlarda bu oran %15 olarak belirtildi.

Nelken ve Lewis tarafından yapılan (9) non-randomize çalışmada ise kolostomi uygulananlarda major komplikasyon oranı, primer tamir olanlara göre yüksek bulundu. Diğer bir çalışmada, komplikasyon oluşumu kolostomi grubunda primer tamire göre iki katı bulundu. Sasaki ve ark. (10) yaptığı prospektif randomize çalışmada, primer tamir sonrası total komplikasyon oranı %18.6 olarak hesaplanırken bu oran diversiyon sonrası %35.7 olarak hesaplanmıştır. Kolostomi kapama komplikasyonu olarak hesaplanan %7.1 oranı da kolostomi komplikasyonlarına eklenirse kolostomi sonrası total komplikasyon oranı %42.8'e yükselecektir.

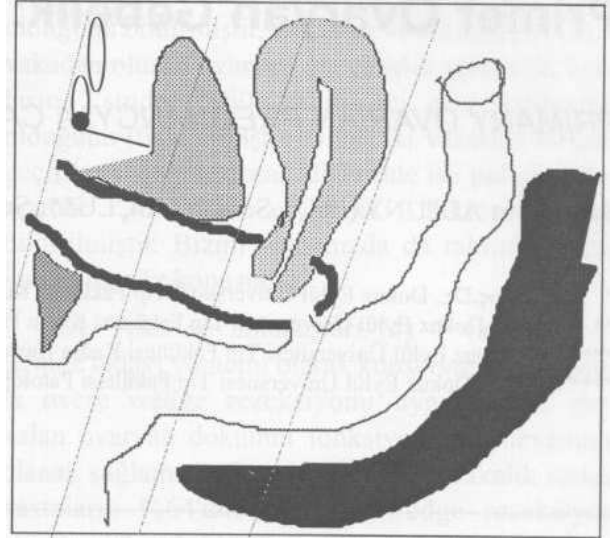
Tüm kolon yaralanmalarında, primer tamir güvenli bir şekilde uygulanabilir. Septik abdominal ve yara komplikasyonları, postoperatif fekal pasajın olmasından çok yaralanma anındaki kontaminasyondan kaynaklanmaktadır. Cerrahi girişimin oniki saatten çok gecikmesi, inflamatuvar değişimlerin olması ve massif barsak ödemi durumlarında primer onarım teknik olarak zor olabilir, bunlarda kolostomi düşünülebilir. Yine yaralanma ciddiyet skoru iki veya altında olan stabil hastalar, sekiz saat içinde tedavi edilecek olanlar, perineal-intraabdominal başka major yaralanması olmayanlarda diversiyon olmadan primer onarım denenebilir. Rektal yaralanmaların fekal diversiyon gerektirip gerektirmeyeceği sorusuna ancak prospektif randomize bir çalışma ile cevap verilebilir.

Biz, doğum sonrası oluşan izole rektal yaralanmalarda, kolostominin, hastanın hayatına getireceği zorluklar ve psikolojik yönünün de hesaba katılması gerektiğini ve primer tamir ile kolostomiye gerek kalınmadan başarılı olunabileceğini düşünmekteyiz.



Şekil 5. Tip 4: Vajen orta 1/3 fistülü.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).



Şekil 6. Tip 5: Vajen üst 1/3 fistülü.

Şekiller, Rosenshein ve ark. çalışmalarından modifiye edilmiştir (Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439).

KAYNAKLAR

1. Ivatury RR, Licata J, Gündüz Y, Rao P, Stahl WM. Management options in penetrating rectal injuries. Am Surg 1991 Jan; 57 (1): 50-5.
2. Levine JH, Longo WE, Pruitt C, Mazuski JE, Shapiro MJ, Durham RM. Management of selected rectal injuries by primary repair. Am J Surg 1996 Nov.; 172 (5): 575-9.
3. Stone HH, Fabian TC. Management of perforating colon trauma: Randomization between primary closure and exteriorization. Ann Surg 1979; 190: 430-6.
4. George SM, Fabian TC, Voeller GR, et al. Primary repair of colon wounds: A prospective trial in nonselected patients. Ann Surg 1989; 209: 728-34.
5. Chappius CW, Frey DJ, Dietzen CD. Management for penetrating colon injuries: A prospective randomized trial. Ann Surg 1991; 213:492-8
6. Morrel B, Flu PK, Straub MJPF, Vierhout ME. Isolated rectal lesions during parturition. Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75: 495-7.
7. Rosenshein NB, Genadry RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 439-42.
8. Jacobson Lewis E, Gomez Gerardo A. Primary repair of 58 consecutive penetrating injuries of the colon: Should colostomy be abandoned? Am Surg 1997 Feb.; Vol 63, Issue 2: 170-178.
9. Nelken N, Lewis F. The influence of injury severity on complication rates after primary closure or colostomy for penetrating colon trauma. Ann Surg 1989; 209: 439-47.
10. Sasaki LS, Allaben RD, Golwala R, Mittal VK. Primary repair of colon injuries: A prospective randomized study. J Trauma 1995; 39: 895-90.

