

Nazogastrik Sondaya Sekonder Gastrik Perforasyon

11

Muhammed EKMEKYAPAR¹

GİRİŞ

Gastrik perforasyon hayatı tehdit edici bir durum olmakla birlikte önemli morbidite ve mortalite nedenidir. En yaygın nedeni nonsteroid anti-inflamatuar ilaçların veya steroidlerin kullanımına sekonder meydana gelen peptik ülser ve daha az sıklıkla bazı neoplazilerdir (1). Nazogastrik (NG) ve orogastrik (OG) tüplerin yerleşimi cerrahide ve kritik hastalarda sık kullanılmasına rağmen bu gibi iyatrojenik nedenler son derece nadirdir (2).

Periton boşluğunda anormal bir şekilde hava birikmesi pnomoperitoneum olarak tanımlanır (3). Pnomoperitoneumların %90'dan fazlası gastrointestinal perforasyonların sonucu olarak meydana gelmektedir ve bunun en sık nedeni mide ve duodenum perforasyonudur (4). Bunların dışında abdominal travma sonucu ve divertiküllere bağlı olarak da perforasyon meydana gelebilir (4). Klinik olarak akut karın bulgularının olması ve radyolojik yöntemlerle batın içi serbest havanın görül-

mesi acil cerrahi müdahale gerektirir (5). Acil tıpta meydana gelen ilerlemelere rağmen gastrointestinal sistem perforasyonu %30-%50 arasında değişen mortalite ile ilişkili önemli bir durumdur (6). Klinik bulgular değişkenlik gösterebilir; özefagus perforasyonları göğüs ağrısı, odinofaji ve kusma gibi non spesifik semptomlar ile (7), gastroduodenal perforasyonlar ise daha spesifik olarak akut karın ağrısı ile ortaya çıkar (8,9), ancak kolonik perforasyonlar sekonder bakteriyel peritonit veya lokalize apse oluşumu (8,10) sonucu ortaya çıkan daha yavaş bir klinik ilerleme ile meydana gelir. Bu yazıda NG sondaya sekonder meydana gelen ve acil cerrahiye alınan gastrik perforasyon vakası anlatılacaktır.

VAKA

78 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş ve genel durum bozukluğu ile getirildi. Hastanın vital parametreleri ateş 37,8 °C, nabız 128/dk, tansiyon 132/74 mmHg, solunum sayısı 26/dk idi. Hastanın özgeçmişinde alzheimer ve diyabetes mellitusu vardı ve yakın zamanda yoğun bakımda yatış öyküsü mevcuttu. Yutkunma gücü ve beslenme problemi olan hastaya yo-

¹ Uzman Doktor, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, m_ekmekyapar@hotmail.com

dir. Önemli olan perforasyon denilen bu durumun tanısını koyabilmek ve cerrahi tedavi gerekip gerekmediğine karar vermektir. Çünkü çoğu zaman cerrahi tedavi gerektiren bu durum acil servislerde sık karşılaşılan ve tanısı konulamadığında mortal seyreden bir durumdur. Vakamızda NG sondaya sekonder meydana gelen gastrik perforasyon, NG sondayı takarken dikkatli olunması gerektiğini ve NG sondanın perforasyon gibi ciddi bir duruma neden olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Daliya P, White TJ, Makhdoom KR. Gastric perforation in an adult male following nasogastric intubation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012; 94: e210–e212 doi 10.1308/003588412X13171221502347.
2. Lee SH, Kim MS, Kim KH et al. Gastric perforation caused by nasogastric intubation in a patient on peritoneal dialysis. *Korean J Nephrol.* 2007; 26: 250–253.
3. Yur M, Şirik M, Özdemir CÖ. Pneumoperitoneum Without Pneumothorax After Blunt Trauma. *Kafkas J Med Sci.* 2017; 7(3):255–258 doi: 10.5505/kjms.2017.36693.
4. İflazoğlu N, Gökçe ON, Kıvrak MM, et al. Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum with acute abdomen. *Ulus Cerrahi Derg.* 2015; 31: 110-2. DOI: 10.5152/UCD.2013.43
5. Kargin S, Nazik EE, Turan E, ve ark. Spontan İdiopatik Pnömo-peritoneumlar: Dört Olgu Sunumu ve Literatürün Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg.* 2016;32(Ek Sayı): 1-3.
6. Pouli S, Kozana A, Papakitsou I, et al. Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. *Insights into Imaging.* 2020;11:31
7. Del Gaizo AJ, Lall C, Allen BC, et al. From esophagus to rectum: a comprehensive review of alimentary tract perforations at computed tomography. *Abdom Imaging.* 2014; 39(4):802–823.
8. Langell JT, Mjltulvihill SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Med Clin North Am.* 2008; 92(3):599–625
9. Picone D, Rusignuolo R, Midiri F et al. Imaging assessment of gastroduodenal perforations. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016;37(1):16–22
10. Saturnino PP, Pinto A, Liguori C, et al. Role of multidetector computed tomography in the diagnosis of colorectal perforations. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016; 37(1):49–53
11. Soong W, Afifi S, McGee EC. Delayed presentation of gastric perforation after transesophageal echocardiography for cardiac surgery. *Anesthesiology.* 2006; 105: 1,273–1,274.
12. Ghahremani GG, Turner MA, Port RB. Iatrogenic intubation injuries of the upper gastrointestinal tract in adults. *Gastrointest Radiol.* 1980; 5: 1–10.
13. Ghahremani GG, Gould RJ. Nasogastric feeding tubes. Radiographic detection of complications. *Dig Dis Sci.* 1965; 31: 574–585.
14. Karaman A, Demirbilek S, Akin M, et al. Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2005; 21: 819-824.
15. Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, et al. Evaluation of early abdominal pelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ.* 2002; 325: 1387. [CrossRef]
16. Anderson O, Yaakub A, Sinha A. Pneumoperitoneum associated with pneumopericardium and pneumomediastinum following blunt chest trauma. *Injury Extra.* 2007;38:439–41.
17. Assenza M, Passafiume F, Valesini L, et al. Pneumomediastinum and Pneumoperitoneum after Blunt Chest Trauma: The Macklin Effect. *J Trauma Treatment.* 2012;1:107.
18. Ahmad R, Mohamad N, Latiff AKA, et al. Pneumoperitoneum following blunt abdominal injury: Does it warrant laparotomy? *International Journal of Case Reports and Images.* 2011;2(12):23–7.
19. Gutkin Z, Iellin A, Meged S, et al. Spontaneous pneumoperitoneum without peritonitis. *Int Surg* 1992; 77:219–22.
20. Paran H, Butnaru G, Neufeld D, et al. Enema-induced perforation of the rectum in chronically constipated patients. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42: 1609-1612.
21. Shiels WE, Kirks DR, Keller GL, et al. Colonic perforation by air and liquid enemas: comparison study in young pigs. *Am J Roentgenol.* 1993; 160: 931-5
22. van Gelder HM, Allen KB, Renz B, et al. Spontaneous pneumoperitoneum. A surgical dilemma. *Am Surg.* 1991; 57: 151-156.
23. Chandler JG, Berk RN, Golden GT. Misleading pneumoperitoneum. *Surg Gynecol Obstet.* 1977; 144: 163-174.
24. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. *Crit Care Med.* 2000; 28: 2638-2644.