

Sigmoid Divertikül Perforasyonuna Sekonder Pnömomediastinum ve Pneumoretroperitoneum Gelişen Olgu Sunumu

44

Mehmet Mahir FERSAHOĞLU¹

GİRİŞ

Peritoneal / retroperitoneal alanda, medias-tende, subkutan bölgede, hava varlığı genellikle cerrahi veya travmaya sekonder görülebilir. Altta yatan bir patoloji olmaksızın spontan gelişimi çok nadirdir (1). Havanın potansiyel olarak ekstremitelere olabileceği kaynaklar hava yolları (pnömotoraks ve bronş fistülü), gastrointestinal sistem (perforasyon) ve enfektif nedenler (nekrotizan fasiit) olabilir (2). Bu klinik tablolarda, batın, göğüs ve servikal dokular arasındaki fasyal düzlemlerin birbirleriyle olan devamlılığı nedeniyle, kompartmanlar arasında hava ya da enfeksiyon kolayca yayılabilir (3).

Sol kolon perforasyonları sıklıkla divertiküler hastalık veya kansere bağlı gelişir (4). Perforasyon lokalizasyonunun intraperitoneal olması durumunda periton irritasyon bulgularından ötürü oluşturacağı tablo daha gürültülü olacağından nispeten tanı daha kolay olacaktır. Ancak retro-

peritoneal bir perforasyon olması halinde semptomlar daha silik olmaktadır. Retroperitoneal perforasyonla ilişkili iki olağandışı fakat dikkat çekici belirti: pnömomediastinum ile subkutan amfizem ve psoas kası apseleridir (5). Tanıyı doğrulamak ve lokal komplikasyonları izlemek amacıyla görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır.

Bu olguda, retroperitoneal kolonik divertikülit perforasyonunun neden olduğu ve literatürde non-iatrojenik nedenli nadir görülen bir pnömomediastinum ve pnömoretroperitoneum vakasını sunmaktayız.

VAKA SUNUMU

69 yaşında bayan hasta 15 gündür süregelen sırt ağrısı şikayetiyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Tetkikleri istenen hastanın şikayetlerinin gerilememesi üzerine 5 gün sonra acil servise başvurdu. Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT), hiperkolesterolemi, romatoid artrit (RA) gibi yandaş hastalıkları bulunan hastanın bulantı, kusma, kabızlık ve dizürisi mevcuttu. Fizik muayenede yaygın batın hassasiyeti ve defansı olup, rebound alınmadı. Ateş: 36.8°C, tansiyon:120/80 mmHg, nabız:91/dak., WBC:15.500 mg/dL, CRP: 34, Kreatinin:1.5, nötrofil oranı: %86.7 idi.

¹ Uzman Doktor, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, fersahoglu@yahoo.com

Divertikül perforasyonu ile oluşabilecek klinik tablonun tedavisi, hala zorluğunu korumaktadır. Pnömomediastinum, pnömoperitoneum ve retroperitoneum nadiren kolonun travmatik olmayan perforasyonlarından kaynaklanıyor olsa da, bu bölgelerdeki serbest gaz kaynağının açıklanamadığı durumlarda bu olasılık göz önünde bulundurulmalıdır.

BT'nin pnömomediastinum ve yumuşak doku amfizeminin güvenli bir şekilde teşhis edilmesinde çok yararlı olduğu sonucuna varıyoruz, çünkü gazın farklı vücut bölgelerine kesin olarak uzanmasını tanımlamamızı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. S Fosi, V Giuricin, V Girardi, E Di Caprera, E Costanzo, R Di Trapano, G Simonetti. Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, Pneumoretroperitoneum, and Pneumoscrotum: Unusual Complications of Acute Perforated Diverticulitis. *Case Rep Radiol* 2014;2014:431563.
2. H. D. I. De'Ath, "Perforation of a sigmoid diverticulum presenting with a pneumoscrotum and surgical emphysema," *BMJ Case Reports*, vol. 2008, 2008.
3. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis, and management. *Arch Int Med* 1984;144:1447–53.
4. E. Warner, E.J. Crighton, R. Moineddin, M. Mamdani, R. Upshur, Fourteen-year study of hospital admissions for diverticular disease in Ontario, *Can. J.Gastroenterol.* 21 (2007) 97–99.
5. Ruscelli P, Renzi C, Polistena A, Sanguinetti A, Avenia N, Popivanov G, Cirocchi R, Lancia M, Gioia S, Tabola R. Clinical Signs of Retroperitoneal Abscess From Colonic Perforation: Two Case Reports and Literature Review. *Medicine (Baltimore)* 2018 Nov;97(45):e13176.
6. Bielecki K, Kamiński P, Klukowski M. Large bowel perforation: morbidity and mortality. *Tech Coloproctol* 2002;6:177–82.
7. T. Hur, Y. Chen, G. H. Shu, J.-M. Chang, and K.-C. Cheng, "Spontaneous cervical subcutaneous and mediastinal emphysema secondary to occult sigmoid diverticulitis," *European Respiratory Journal*, vol. 8, no. 12, pp. 2188–2190, 1995.
8. Besic N, Zgajnar J, Kocijancic I. Pneumomediastinum, pneumopericardium, and pneumoperitoneum caused by peridiverticulitis of the colon: report of a case. *Dis Colon Rectum*, 2004;47:766-8.
9. Soliani G, Dominici M, Bergossi L, Basaglia E, Pauli S, Carcoforo P. Acute colon diverticulitis in multiple myeloma patient: an unusual presentation of a colonic perforation. *Case report. Ann Ital Chir* 2002;73:643-6.
10. Mogan GR, Sachar DB, Bauer J, Salky B, Janowitz HD. Toxic megacolon in ulcerative colitis complicated by pneumomediastinum: report of two cases. *Gastroenterology* 1980;79:559-62.
11. Goerg KJ, Düber C. Retroperitoneal, mediastinal and subcutaneous emphysema with pneumothorax after colonoscopy. *Dtsch Med Wochenschr* 1996;121:693-6.
12. Ho HC, Burchell S, Morris P, Yu M. Colon perforation, bilateral pneumothoraces, pneumopericardium, pneumomediastinum, and subcutaneous emphysema complicating endoscopic polypectomy: anatomic and management considerations. *Am Surg* 1996;62:770-4.
13. Prêtre R, Rohner A. Pneumomediastinum and subcutaneous cervical emphysema as signs of rectosigmoid perforation. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:460-2.
14. Meyers MA. Radiological features of the spread and localization of extraperitoneal gas and their relationship to its source: an anatomical approach. *Radiology* 1974;111:17–26.