

Penetran Anorektal Yaralanmaya Yaklaşım

49

Murat DEREBEY¹

İsmail Alper TARIM²

GİRİŞ

Anorektal künt ve penetran yaralanmalar nadir görülmekle birlikte beraberinde hayatı tehdit eden ciddi durumlar olabilir. Ateşli silah yaralanması, trafik kazası, düşme ve cinsel uyarıcı olarak kullanılan yabancı cisimler etyolojide yer alan başlıca faktörlerdir. Yaşamı tehdit eden anorektal yaralanma varlığında, hastanın stabilizasyonu en temel faktördür. Anorektal yaralanmalarda hastanın genel durumu, travmanın şiddeti, travmanın lokalizasyonu ve beraberinde etkilen diğer organlar göz önünde bulundurularak; hastaya göre tedavi planı oluşturmak önemlidir (1).

VAKA SUNUMU

62 yaşında erkek hasta trafik kazası nedeni ile hastanemiz acil servisine getirildi. Hastanın sol perianal bölgesinden girip; karın sol alt kadrana

doğru uzanım gösteren bir ağaç dalı mevcuttu. Hasta, sedyede prone pozisyonunda yatmaktaydı. Hastanın kan basıncı 130/70 mmHg, nabızı 92/dakika, saturasyonu %91 olarak ölçüldü. Bilinci açık olan hastanın oryantasyon ve kooperasyonu tamdı. Hastanın dispnesi mevcuttu. Karın ve eksternal genital organ muayenesi hastanın pozisyonu nedeniyle yapılamadı; idrar sondası takılamadı. Hastanın hemoglobin değeri 10.5 g/dL, beyaz küresi 17830 uL idi. Kan gazında ph:7.34 olarak saptandı. Öyküde aracın şarampolden yuvarlandığı; hastanın ormanlık alana doğru araçtan fırladığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık olarak diyabet ve hipertansiyon mevcuttu. Hastaya 10 yıl önce başka bir araç içi trafik kazası nedeniyle splenektomi yapıldığı; hastanın bu ameliyattan 1 yıl sonra brid ileus nedeniyle ikinci kez ameliyat edildiği öğrenildi. Travma sedyesindeki mevcut prone pozisyonunu koruyarak hastaya beyin ve torakoabdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Hasta, travma ile ilgili tüm bölümlere konsulte edildi. Abdomen BT’de sol perianal bölgede anal sfinkterlerin lateralinden giren, sol adduktor kasları geçip; iliak vasküler yapıların medialinden teğet geçerek pelvik boşluğa ulaşan ve renal hi-

¹ Doktor Öğretim Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, mderebey@gmail.com

² Doktor Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, ismailalpert@gmail.com

anastomoz tercih edildi. Levator ani kasından sızıntı şeklinde olan kanama durdurularak giriş trasesi açık bırakıldı. Postoperatif günlük yara pansumanı ve debridmanlar uygulandı. Genel durum kötüleşen hastada abdomen ve perianal bölge, kontrol görüntüleme yapılarak değerlendirildi. Kot fraktürleri, akciğer kontüzyonu ve ekstremitte kırıkları da olan multitravmalı hasta, postoperatif dönemde sepsis nedeniyle kaybedildi.

SONUÇ

Anorektal yaralanmalarda hastanın genel durumu, hemodinamik stabilite, travmanın şiddeti, travmanın lokalizasyonu ve diğer organ yaralanmaları göz önünde bulundurularak; hastanın kliniğine göre tedavi planı yapılmalıdır. Ameliyat sonrası anorektal bölge, yara yeri enfeksiyonu açısından yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Herzig DO. Care of the patient with anorectal trauma. *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:210-213.
- Ahern DP, Kelly ME, Courtney D, Rausa E, Winter DC. The management of penetrating rectal and anal trauma: A systematic review. *Injury*. 2017;48:1133-1138.
- Vincent MV, Abel C, Duncan ND. Penetrating anorectal injuries in Jamaican children. *Pediatr Surg Int* 2012;28:1101-1107.
- Benjelloun EB, Ahallal Y, Khatala K, Souiki T, Kamaoui I, Taleb KA. Rectal impalement with bladder perforation: a review from a single institution. *Urol Ann* 2013;5:249-254.
- Fry RD. Anorectal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 1994;74:1491-1505.
- Hashish AA. Perineal trauma in children: a standardized management approach. *Ann Pediatr Surg* 2011;7:55-60.
- Parangama C, Anu E, Sukria N. Endoanal ultrasound assessment of sphincter defects and thinning correlation with anal manometry. *Arab J Gastroenterol* 2014;15:27-31.
- Samuk I, Steiner Z, Feigin E, Baazov A, Dlugy E, Freud E. Anorectal injuries in children: a 20-year experience in two centers. *Pediatr Surg Int* 2015;31:815-819.
- Gonzalez RP, Phelan H, Hassan M, Ellis CN, Rodning CB. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? *J Trauma* 2006;61:815-819.
- Levine JH, Longo WE, Pruitt C, Mazuski JE, Shapiro MJ, Durham RM. Management of selected rectal injuries by primary repair. *Am J Surg* 1996;172:575-579.
- Moore EE, Cogbill TH, Malangoni M, Jurkovich GJ. Scaling system for organ specific injuries. Available at: <http://www.aast.org/library/traumatools/injuryscoringscales.aspx>. Accessed March 22, 2012.
- Cullinane DC, Jawa RS, Como JJ, Moore AE, Morris DS, Jerry Cheriyan J, et al. Management of penetrating intraperitoneal colon injuries: A meta-analysis and practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg* 2019;86:505-515.
- Shatnawi NJ, Bani-Hani KE. Management of civilian extraperitoneal rectal injuries. *Asian J Surg* 2006;29:11-16.