

## 15

## İntestinal Perforasyonlar

Eylem KARATAY  
İlter ÖZER

## GİRİŞ

Bağırsak duvarının devamlılığının kaybı olarak tanımlanan intestinal perforasyon, çeşitli hastalıklardan kaynaklanan bir komplikasyondur. Sık görülen perforasyon nedenleri travma, enstrümantasyon, inflamasyon, enfeksiyon, malignite, iskemi ve obstrüksiyondur. Erken tanı ve tedavi, peritonitin morbidite ve mortalitesini önlemek için kritiktir. Kapsamlı bir özgeçmiş ve fizik muayene, teşhisi hızlı koymak ve doğru tedaviyi başlamak için yardımcı olabilir.

## ETİYOLOJİ

İntestinal perforasyona neden olan dört mekanizma vardır (1).

1. İskemi (Obstrüksiyon, nekroz) (2,3)
2. Enfeksiyon (Apendisit, divertikülit) (4,5)
3. Erozyon (Malignite, ülseratif hastalık) (6,7)
4. Fiziksel hasar (Travma, iyatrojenik hasar) (8,9)

## EPİDEMİYOLOJİ

İntestinal perforasyonun en sık görülen nedeni hastanın yaşına ve coğrafyaya bağlı olarak değişir. Örneğin, prematüre bebeklerdeki en yaygın neden nekrotizan enterokolitken, çocuklarda ve gençlerde apandisit daha sık görülmektedir (10). Yetişkinlerde, belirli bir cinsiyet tercihi olmayan çok sayıda neden vardır.

## PATOFİZYOLOJİ

Dört ana mekanizma (iskemi, enfeksiyon, erozyon, fiziksel hasar) intestinal perforasyona neden olabilir. Bu mekanizmaların tam olarak anlaşılması, uygun yaklaşım ve yönetime rehberlik etmek için çok önemlidir.

Çok sayıda etiyolojik neden iskemi ve perforasyona neden olabilir. Obstrüksiyon durumunda (küçük veya büyük), bağırsak duvarının fiziksel olarak gerilmesi perfüzyonun azalmasına neden olur (3). Bu sonuçta tam

## KOMPLİKASYONLAR

Bağırsak perforasyonunun neden olduğu komplikasyonlar, buna neden olan hastalıklara veya listelenen tedavilerle ilişkili olabilir. Perforasyon ve ardından intestinal içeriğinin sızması, tedavi edilmezse peritonite ve sonunda sepsise neden olabilir. Yeterli resüsitasyon ve erken antibiyotik başlanması, enfeksiyonun fizyolojik zararını azaltmak için önemlidir.

Cerrahi sonrasında kanama, yara enfeksiyonu, intraabdominal apse, anastomoz kaçağı, evisserasyon, pulmoner komplikasyonlar, tromboembolik olaylar, kardiyovasküler olaylar sıklıkla görülebilir. Uzun dönemde intestinal obstrüksiyonlar ve fitik oluşumu gelişebilir.

Morbidite yara ayrışmasından gecikmiş intraabdominal enfeksiyon gelişmesine kadar pek çok komplikasyondan dolayı oldukça yüksek olabilir. Daha yaşlı hasta popülasyonlarında tromboembolizm ve kardiyopulmoner komplikasyonlar daha yüksektir ve yaşam kalitesinde daha fazla bozulmaya neden olabilir. Bu faktörler, ameliyat öncesinde hastalar ve aileleri ile samimi bir şekilde tartışılmalı, olası riskler ve hayati tehlike konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.

## PROGNOZ

Bağırsak perforasyonu olan bir hastanın kısa ve uzun dönem prognozu birçok faktöre bağlıdır. Örneğin, yaş, genel durum, tıbbi komorbiditeler, iyi huylu veya kötü huylu tümörler ve tedaviye tolerans prognozu öngörmede önemli hususlardır. Ameliyatı tolere edemeyecek veya gerektiğinde ameliyat olmayı reddeden hastaların prognozu kaçınılmaz olarak daha kötü olacaktır (20).

## KAYNAKLAR

1. Tanner TN, Hall BR, Oran J. Pneumoperitoneum. *Surg. Clin.North Am.*2018;98(5):915-932.
2. Grotelüschen R, Bergmann W, Welte MN et al. What predicts the outcome in patients with intestinal ischemia? A single center experience. *J Visc Surg.*2019;156(5):405-411.
3. Long B, Robertson J, Koyfman A. emergency medicine Evaluation and management of small bowel obstruction: Evidence-based recommendations. *J Emerg Med.* 2019;56(2):166-176.
4. Low ZX, Bonney GK, So JBY,et al. Laparoscopic versus open appendectomy in pediatric patients with complicated appendicitis: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2019;33(12):4066-4077.
5. Špičák J, Kučera M, Suchánková G. Diverticular disease: diagnosis and treatment. *Vnitr Lek.* 2018;64(6):621-634.
6. Kavitt RT, Lipowska AM, Anyane-Yeboah A,et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease. *Am. J. Med.* 2019;132(4):447-456.

7. Zhang L, Wang H. Imaging characteristics of gastrointestinal neoplastic acute abdomen. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2018;21(11):1223-1229.
8. Biffl WL, Leppaniemi A. Management guidelines for penetrating abdominal trauma. *World J Surg*. 2015;39(6):1373-80.
9. Song WC, Lv WW, Gao XZ. Iatrogenic gastrointestinal perforation following therapeutic endoscopic procedures: Management and outcome. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017;27(9):563-565.
10. Rich BS, Dolgin SE. Necrotizing Enterocolitis. *Pediatr Rev*. 2017;38(12):552-559.
11. Lim S, Halandras PM, Bechara C, et al. Contemporary management of acute mesenteric ischemia in the endovascular era. *Vasc Endovascular Surg*. 2019;53(1):42-50.
12. Pavlović-Calić N. Ulcerative colitis and Crohn's disease. *Med Arh*. 2003;57(1 Suppl 2):85-6
13. Ko BM. Small bowel Tumors and polyposis: How to approach and manage? *Korean J Gastroenterol*. 2018;72(6):277-280.
14. Bill JG, Smith Z, Brancheck J, et al. The importance of early recognition in management of ERCP-related perforations. *Surg Endosc*. 2018;32(12):4841-4849.
15. Wang H, Li A, Shi X, et al. Diagnosis and treatment of iatrogenic colonoscopic perforation. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2018;21(6):660-665
16. Paolantonio P, Rengo M, Ferrari R, et al. Multidetector CT in emergency radiology: acute and generalized non-traumatic abdominal pain. *Br J Radiol*. 2016;89(1061):20150859.
17. Siragusa G, Gelarda E, Epifanio E, et al. Video laparoscopy in abdominal emergencies. *Minerva Chir*. 1999;54(4):199-204
18. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, et al. Small bowel obstruction. *Surg. Clin. North Am*. 2018;98(5):945-971
19. Wada K, Takeuchi N, Emori M, et al.. Two cases of pneumatosis cystoides intestinalis with intraperitoneal free air. *Gastroenterology Res*. 2017;10(3):208-211.
20. Ho VP, Schiltz NK, Reimer AP, et al. High-risk comorbidity combinations in older patients undergoing emergency general surgery. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(3):503-510.