

**TRAVMATİK REKTUM YARALANMASINDA
VAKUM DESTEKLİ TEDAVİ İLE ELEKTİF
CERRAHİ UYGULANMASI**

**NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY in
COMPLEX TRAUMA of RECTUM BRIDGE to
DEFİNİTİVE TREATMENT**

MEHMET ÇAĞLIKÜLEKÇİ¹

ELBRUS ZARBALIYEV¹

TAHİR MUTLU¹

LEYLA ÖZEL¹

UTKU ALAKARA²

**YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ¹ VE
RADYOLOJİ² ANABİLİM DALI**

YAZIŞMA ADRESİ:

MEHMET ÇAĞLIKÜLEKÇİ

YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,

GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ ABD.

e-mail:mehmet.caglikulekci@gophastanesi.com.tr

cep:0532 3256376

ÖZET: Rektum yaralanmalarının tanısında en önemli şey öncelikle böyle bir yaralanmadan şüphe edilmesidir. Perine, uyluğun üst kısımları, gulteal bölge ve karın alt kısmını etkileyen penetran travmalarda rektum yaralanması göz önünde bulundurulmalıdır. Vakum tedavisi ile yara üzerine belli bir negatif basınç uygulanarak yara iyileşmesi hızlandırılmakta ve granülasyon dokusu gelişmektedir. Bu çalışmamızda rektum yaralanması olan ve vakum desteği ile tedavi edilen olgumuzu literatür altında irdeledik.

Anahtar Kelimeler: Rektum yaralanması, Vakum destekli tedavi

Key Words: Rectum perforation, VAC treatment, bridge to definitive treatment

GİRİŞ:

Rektum yaralanmalarının %80'i ateşli silah, % 5'i ise kesici, delici yaralanma sonucu ortaya çıkmaktadır. Künt travmalar ise rektum yaralanmalarının %10'undan sorumludur. Rektum yaralanmalarında tedavi bazen çok uzun sürebilmektedir(1-2). Vakum ile tedavi yara iyileşmesi tedavisinde, zor yaralarda, geç iyileşen ve tekrarlayan yaralarda, iyileşmeye yardımcı olan bir tedavi yöntemidir. Özellikle kan akımı sınırlı kronik ya da travmatik yaralarda lokal kan akımını yaklaşık 4 kat arttırarak hem granülasyon dokusu gelişimini hızlandırmaktadır(3-4-5). Bu nedenle bizde alt bölge rektum yaralanması ve perforasyonu olan bir olgumuzda hem defektin kapatılması, hem de definitif tedaviyi yapabilmek amacı ile vakum yardımcı sistemi uyguladık. Bu yazımızda bu yöntemi ve sonuçlarını irdelemeye çalıştık.

OLGU:

Yurt dışında ateşli silah yaralanması sonucunda rektum ve mesane yaralanması gelişen olguya mesane onarımı+sigmoid kolondan kolostomi yapılmış. Olgunun takiplerinde insizyon yerinden idrar ve intestinal içerik gelmesi üzerine tekrar ameliyata alınmış ;sistorafi yerinden idrar kaçağı ve çekum bölgesinde şüpheli yaralanma bölgesi tespit edilmesi üzerine olguya ileoçekal bileşkenin 30 cm üzerinden ileostomi eklenmişti. Yaklaşık 1,5 ay takip edilen olgunun insizyon yerinden idrar gelmesinin devam etmesi üzerine bilateral perkutan nefrostomi takılması planlanlanarak merkezimize gönderilmiştir. Olgunun fizik muayenesinde sol ve sağ alt kadranda kolostomi ve ileostomisi mevcuttu. Bilateral nefrostomi takılması sonrasında insizyon yerinden gelen idrar miktarı azaldı. Çekilen kontrastlı abdominal tomografi sonucunda mesaneden pararektal bölgeye uzanım gösteren kolleksiyon alanı ile presakral

bölgede lokalize içerisinde hava kabarcıkları olan abse kavitesi tespit edildi(Resim-1). Perkutan drenaj katateri ve antibiyotik ile abse tedavisi yapıldı. İnsizyon yerinden idrar gelmesinin kesilmesi sonrasında nefrostomileri kapatılan ve spontan idrar çıkışı olan olgumuz genel durumunun düzelmesi üzerine 4 ay süren tedavi süreci sonrasında taburcu edildi. 3 ay sonra kolostomi kapatılması için başvuran olguya çekilen kontrol iv+oral kontrastlı abdominal tomografi sonucunda presakral alanda 71x34 mm çapında apse kavitesi ve rektumda defekt tespit edildi(Resim-2).

Kolonoskopide anüs girişinden itibaren 5. cm'de arka duvarda yaklaşık çapı 5 mm olan ve pürülan akıntı gelen fistül girişi tespit edildi(Resim-3). Bunun üzerine olgu ameliyata alındı ve jackknife pozisyonunda anüs posteriorundan 4 cm çapında transvers insizyon yapıldı ve presakral alana doğru ilerlendi. Abse kavitesi drene edildi, nekrotik dokuların debridmanı yapıldı ve kavite antiseptik solüsyonlarla yıkandı. Bunu takiben presakral alana FGF içerikli kollajen kullanılarak vakum yardımlı abdominal sünger kapama seti ile kapatıldı ve aralıklı değiştirildi(Resim-4).Ameliyathane koşullarında 10 kez vakum destekli tedavi yapılan olgunun çekilen abdominal tomografli sonucunda abse kavitesinin tamamen granülasyon dokusu ile dolduğunu ve fistül ağzının kaybolduğu görüldü(Resim-5).Bunun üzerine olgu kalıcı tedavi için ameliyata alındı ve hastanın ileostomi ve kolostomileri kapatıldı. Ameliyat sonrası döneminde her hangi bir sorun olmayan olgumuz 8. gününde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Rektum yaralanmaları, %80 ateşli silah, %10 künt travma, %6 transanal yabancı cisim ve %3 kesici-delici alet ile meydana gelmektedir (1-2-6). Mc Grath ve ark. (7), rektum yaralanmalarında rektumun intraperitoneal ve ekstraperitoneal kısımlarına farklı davranılması gerektiğini vurgulamışlar; intraperitoneal kısmın kolon yaralanmaları gibi primer onarılabileceğini, alt rektumun ulaşılabilir kısmının tamir edilebileceğini, ancak ulaşamıyorsa presakral drenaj uygulanması gerektiğini bildirmişlerdir. Bu yaklaşım şekli, son zamanlarda daha sık kullanılır olmuştur.

Ekstraperitoneal rektum yaralanmaları için ise, intraperitoneal yaralanmaların aksine, primer tamir genel kabul görmemektedir. Bu lokalizasyondaki yaralanmalarda primer tamir, literatürde hastaların %2.4-%37'sine uygulanmış, büyük çoğunlukta ise fekal diversiyon gerçekleştirilmiştir. Alt rektum yaralanmalarında kolostominin tek başına yeterli olduğu söylenirken, birçok yazar ise minimal diseksiyon ile ulaşılabilen ve yüksek riskli olmayan yaraların primer olarak kapatılabileceğini belirtmektedir.(7-8-9-10-11). Ekstraperitoneal

rektum yaralanmalarının tedavisinde vakum destekli tedavinin daha önce hiç kullanılmadığını görerek vakum uyguladığımız olgumuzda bu sistemin etkinliğini göstermeye çalıştık.

Vakum destekli tedavi; zor yaralarda, geç iyileşen ve tekrarlayan yaralarda, iyileşmeye yardımcı olan bir tedavi yöntemidir. Vakum tedavisi ile yara üzerine belli bir negatif basınç uygulanarak yara iyileşmesi hızlandırılmaktadır. Ayrıca mekanik stres ile sistemin yarattığı yaranın merkeze doğru çekilmesi ile de yara kontraksiyonu ve yara boyutlarında anlamlı küçülme elde edilmektedir. Ayrıca özellikle subakut yaraların önemli problemi olan ödem ve sistemin vakum etkisiyle ödem sıvısını azaltması sonucu bu ödemin yarattığı zararlı etkiler oldukça minimuma indirgenmektedir(12-13-14).

Vakum tedavisi önceleri yanık ve bası yarası gibi yüzeysel doku kayıplarında kullanılırken, son yıllarda ciddi yumuşak doku kayıpları ile birlikte olan ortopedik enfeksiyonlarda ve tümör cerrahisinde uygulama alanları bulmaktadır(15-16).

Bu amaçla bölgesel vakum tedavisinin kullanılması pek çok avantaj sağlamaktadır. Bunlardan en önemlisi, çoğu zaman derin yara enfeksiyonlarının ve geniş yumuşak doku nekrozlarının habercisi olan akıntının emilerek yaradan uzaklaşmasını sağlamaktadır(16-17).

Schaffzin ve Cresti yaptıkları çalışmalarda ciddi Hidradenit debridmanı, Fournier gangreni, anal kanalın müsinöz adenokarsinom eksizyonu ve abdominoperineal rezeksiyon sonrası oluşan geniş ve kompleks perineal yaranın tedavisinde, vakum tedavisi ile başarılı sonuç almışlardır(18-19).

Vakum tedavisinin bu etkileri, olgumuzda da görülen doku ödemi ve akıntı sorununu çözmemize yardımcı oldu; ölü boşluk gelişimi önlenerek, temiz ve kuru görünümlü bir cerrahi yara sahası elde edildi. Bölgesel kan akımının artırılması ile granülasyon dokusunun gelişimi hızlandırıldı. Vakum tedavisi ile fistül ve defekt tamamen kapandı. Definitif tedavi ile kolostomi ve ileostomi kapatılarak olgumuz taburcu edildi.

SONUÇ

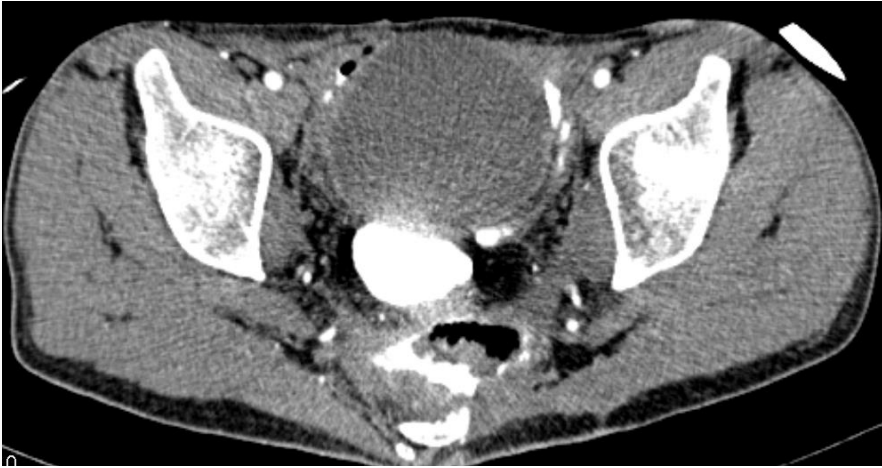
Ekstraperitoneal distal rektum yaralanmalarında tedavi yaklaşımı önemlidir. Primer tamir başarılı olmamaktadır. Bu nedenle defektin ve fistülün kapatılmasında vakum destekli tedavi akılda tutulmalıdır.

RESİMLER

Resim 1: Presakral alanda lokalize apse



Resim 2: Distal rektumda defekt



Resim 3: Rektum defektinin kolonoskopik görünümü



Resim 4: Apse kavitesinin drenajı için kullanılan insizyon



Resim 5: VAC tedavisi sonrası apse kavitesinin ve rektum defektinin görünümü



KAYNAKLAR

1. Burch JM. Injury to the Colon and Rectum. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. Trauma. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 2000: 763-782.
2. Farkas LM, Abcarian H (Çeviri: Ertekin C). Rektum Yaralanması. In: Fazio VW, Church JM, Delaney CP, eds. Kolon ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi.
3. Baskı(Çeviri Editörleri: Tarık Akçal, Dursun Buğra)., Istanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Şti, 2006: 147-151.
4. Armstrong DG, Lavery LA. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005;366(9498):1704-10.
5. Barker DE, Green JM, Maxwell RA, Smith PW, Mejia VA, Dart BW, et al. Experience with vacuum-pack temporary abdominal wound closure in 258 trauma and general and vascular surgical patients. J Am Coll Surg 2007;204(5):784-92; discussion 92-3.
6. Bee TK, Croce MA, Magnotti LJ, Zarzaur BL, Maish GO, 3rd, Minard G, et al. Temporary abdominal closure techniques: a prospective randomized trial comparing polyglactin 910 mesh and vacuum-assisted closure. J Trauma 2008;65(2):337-42; discussion 42-4.
7. McGrath V, Fabian T, Croce M, et al. Rectal trauma: management based on anatomic distinctions. Am Surg 1998; 64: 1136-1141.
8. Cleary RK, Pomerantz RA, Lampman RM. Colon and rectum injuries. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1203-1222.
9. Weinberg JA, Fabian TC, Magnotti LJ, et al. Penetrating rectal trauma: management by anatomic distinction improve outcome. J Trauma 2006; 60: 508-513
10. Gümüş M, Kapan M, Önder A, et al. Factors affecting morbidity in penetrating rectal injuries: a civilian experience. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi 2011;17:401-6
11. Steinig JP, Boyd CR. Presacral drainage in penetrating extraperitoneal rectal injuries: is it necessary? Am Surg 1996;62:765-7.

12. Apelqvist J, Armstrong DG, Lavery LA, Boulton AJ. Resource utilization and economic costs of care based on a randomized trial of vacuum-assisted closure therapy in the treatment of diabetic foot wounds. *Am J Surg* 2008;195(6):782-8.
13. Bickels J, Kollender Y, Wittig JC, Cohen N, Meller I, Malawer MM. Vacuum-assisted wound closure after resection of musculoskeletal tumors. *Clinical Orthopaedics and Related Research [Review]* 2005;(441):346-50.
14. Braakenburg A, Obdeijn MC, Feitz R, van Rooij IA, van Griethuysen AJ, Klinkenbijl JH. The clinical efficacy and cost effectiveness of the vacuum-assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(2):390-7; discussion 8-400.
15. Catarino PA, Chamberlain MH, Wright NC, Black E, Campbell K, Robson D, et al. High-pressure suction drainage via a polyurethane foam in the management of poststernotomy mediastinitis. *Ann Thorac Surg* 2000;70(6):1891-5.
16. Ozturk E, Ozguc H, Yilmazlar T. The use of vacuum assisted closure therapy in the management of Fournier's gangrene. *Am J Surg* 2009;197(5):660-5; discussion 5.
17. Czymek R, Schmidt A, Eckmann C, Bouchard R, Wulff B, Laubert T, et al. Fournier's gangrene: vacuum-assisted closure versus conventional dressings. *Am J Surg* 2009;197(2):168-76.
18. Schaffzin DM, Douglas JM, Stahl TJ, Smith LE. Vacuum-assisted closure of complex perineal wounds. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1745-8.
19. 2. Cresti S, Ouaïssi M, Sielezneff I, et al. Advantage of vacuum assisted closure on healing of wound associated with omentoplasty after abdominoperineal excision: a case report. *World J Surg Oncol*. 2008;6:136.

HASTA ONAMI: YAZILI HASTA ONAMI OLGUMUZDAN ALINMIŞTIR.

**YAZAR KATKILARI: Fikir: MÇK, EZ; Tasarım: MÇK, EZ; Denetleme: TM, LÖ
Veri Toplanması/MÇK, EZ Analiz/Yorum: MÇK, UA; Yazıyı Yazan: MÇK, EZ, TM
Literatür Taraması: LÖ, UA, TM**

ÇIKAR ÇATIŞMASI: HİÇ BİR FİRMA İLE ÇIKAR ÇATIŞMAMIZ OLMAMIŞTIR.

**FİNANSİYAL DESTEK: HİÇ BİR FİRMA VE KURUMDAN FİNANSAL DESTEK
ALINMAMIŞTIR.**