

РАСЦЕП КОЛОРЕКТУМА И ТРАНСАНАЛНИ ПРОЛАПС ТАНКОГ ЦРЕВА - приказ случаја

Аранђеловић С.

Хируршка клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

RUPTURE OF RECTOSYGMOID COLON AND TRANSRECTOANALIS PROLAPS OF SMALL INTESTINE - case report

Аранђеловић С.

Surgical Clinic, Medical faculty of University Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Women in the age of 70 years admitted to the hospital in severe condition, 4 months after transvaginal hysterectomy. Physical examination revealed small bowel loops passing through the anus into the outer spaces. Previous surgery was as follows: Hysterectomy totalis vaginalis, conservatio adnexorum bilis, colpoperineoplastica cum myorrhaphiam mm. levatores any, vaginopexia sacrospinalis sec. Nichols pp. prolapsus utery totalis am. n 4. On that occasion the anterior wall of rectosigmoid colon was damaged in size 70x50 mm by that time. The lesions was neither noted nor repaired during. Postoperative course was uneventful. After 4 months, during physical strain patient felt sudden pain in abdomen, need for passing the bowels, noting the passage of the intestines through the anal aperture immediate reoperation was undertaken. Through medial infraumbilical approach small intestine was manually repositioned the lesion of the large intestine was managed by primary sutures Vicryl 000. Drainage of peritoneum performed. Postoperative course uneventful. Intestinal function restored. Wound healed correctly, per primam.

Key words: Ruptura colorecti, Prolapsus intestini colorectalis, Hysterectomy totalis transvaginalis.

САЖЕТАК

Болесница је примљена у тешком општем стању након предходне оперативне интервенције: hysterectomy totalis transvaginalis која је учињена пре 4 месеци. При пријему се запажа присуство бројних вијуга танких црева које су пролабирале кроз анални отвор у спољну средину. При томе је дошло до јатрогене лезије предњег зида colorectosygmoida промера 70x5 мм. Интраоперативни превид лезије није запажен нити репонирани. У непосредном постоперативном току ова лезија се није манифестовала. Након 4 месеци од оперативне интервенције болесница је у току физичког напора дизања терета осетила бол у абдомену, нагон за дефекацијом и при томе запазила присуство бројних вијуга танких црева које излазе из аналног отвора. Хитно је пребачена на хируршку клинику где је оперисана и при томе учињена медијална инфраумбиликална лапаратомија, репозиција и дезинкарперација пролабираних вијуга танких црева кроз аноколоректосигмоид и лезију на колоректуму у интраперитонеалну дупљу. Потом је учињена сатура места лезије појединачним Vicryl 000 шав лигатурама у два слоја. Постављен је интраперитонеално абдоминални дренаж у простор Douglas-а поред шавне линије на расцепу колоректалног прелаза.

Кључне речи: Ruptura colorecti, Prolapsus intestini colorectalis, Hysterectomy totalis transvaginalis.

УВОД

Хистеректомија после царског реза представља најчешћу операцију код жена, која се у 85-95% ради због бенигних обољења утеруса. Хистеректомија се помиње у античким списима пре 2000 год али нема доказа да је она тада рађена. Први радови везани су абдоминалну и вагиналну хистеректомију везују се за имена Langenbeck i Clay у 18 веку. Напредак у анестезији, трансфузији, антибиотицима и хируршкој техници довео је до тога да хистеректомија представља другу најчешћу операцију операцију код жена. У првој половини 20 века субтотална хистеректомија је представљала најчешћу операцију, али после 1950 год она је у највећем

броју случајева замењена тоталном абдоминалном хистеректомијом. Развој технике лапароскопски асистирани хистеректомије, довео је до тога да ова метода представља методу избора за већину пацијената са бенигним гинеколошким обољењима. На почетку 21 века све је већи број радова који указују на алтернативе хистеректомији, као што су хистероскопске операције, емболизација миома утеруса, примена интраутериних система са прогестагенима, који би бар теоретски требало са смање број хистеректомија у овом миленијуму. Рађене су абдоминална и вагинална хистеректомија. Постоје инфрафасцијална хистеректомија, класична

екстрафасцијална субтотална и тотална абдоминална хистеректомија. Код вагиналне хистеректомије се ради и предња колпорација са подизањем мокраћне бешике, као и колпоперинеопластика, односно код свих са индикацијама за предњу и задњу вагиналну пластику се ради вагинална хистеректомија. Индикације за абдоминалну хистеректомију су миом утеруса, бенигни и малигни тумори јајника, карцином ендометријума, премалигна и малигне промене на грлићу материце, аденомиоза утеруса и крварења и пелвичне инфламаторне болести. Индикација за радикалну хистеректомију су инвазивни карцином грлића материце. Индикације за хистеректомију су миоматоза утеруса, аденомиоза и крварење.

Вагинална хистеректомија се ради код пацијенткиња са поремећајем статике органа урогениталног тракта: цистокела, ректокела, десценсус или пролапс утеруса а или без знакова инконтиненције урина. У тим случајевима се ради предња и задња вагинална пластика, миома утеруса, аденокарцинома ендометријума. Тотална абдоминална хистеректомија се ради и обострана аднексектомија а вагинална хистеректомија се ради обострана конзервација аднекса. Најчешће индикације су тешка и ирегуларна крварења, бол или притисак у малој карлици, узроковани миомом, аденомиосом, ендометриозом и пролапсом гениталних органа. Минимални инвазивне хируршке методе код пацијенткиња са крварењем као што су аблација ендометријума. У УСА 65% хистеректомија тотална абдоминална, 23% вагинална и 10% лапароскопске а 2% субтотална хистеректомија. Однос абдоминалне и вагиналне хистеректомија 3:1. Крварење, аденомиоза и миоми чине 75% индикација за хистеректомију. Сматра се да се 80-90% ових операција може се урадити вагиналним путем, док 10-20% захтева лапароскопски асистирању или абдоминални приступ. Индикације за вагиналну хистеректомију оне које се односе на поремећај статике урогениталних органа.

Лезија ректосигмоида је тешка хируршка компликација која витално угрожава пацијента.

ЦИЉ РАДА

Приказ пацијента који је оперисан у Хируршкој клиници Приштина 2008.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Главне тегобе: Бол у абдомену и аналној регији и испад вијуга танких црева кроз анални канал. Болесница је примљена због болова у абдомену и пролапса вијуга танких црева кроз ректум и анални отвор. Након физичког напора дизања терета осетила је бол и испадање вијуга танких црева кроз анални отвор. Пре 4 месеца је оперисана на Институту за онкологију ИОА КЦС због пролапса утеруса. Учињена је hysterectomy totalis transvaginalis. Conservatio adnexorum bill. Colpoperineoplastica cum myorrhaphiam mm. levatores any. Vaginopexia sacrospondialis sec. Nichols. Након оперативне интервенције болесница се добро осећала али је имала incontinentio alvi. Примљена је 4 сата након болова на одељење интензивне неге. Након реанимације пацијен-

тица је оперисана у општој ендотрахеалној анестезији. Анускопским и вагиналним прегледом се запажа присуство вијуга танких црева које пролабирају кроз ректум и анус. Доњом медијалном лапаратомијом отворена је трбушна дупља. Експлорацијом интраперитонеалног простора абдомена се верификује присуство вијуге јејунума а недостају вијуге илеума. Вијуге јејунума се мобилишу и екстериоризирају из перитонеалне дупље. При томе се верификује пролапс и инкарпација вијуга илеума кроз лезију на предњем зиду ректума. Покушај репозиције је немогућ те се приступи мануелној репозицији методом таксис кроз анални канал, ректум и расцеп ректосигмоида у интраперитонеалну дупљу. Мобилишу се и екстериоризирају вијуге јејунума. Види се уздужни расцеп по типу руптуре предњег зида коло ректалног прелаза тик изнад перитонеалне рефлексije Douglas-овог простора и стања након предходне операције трансвагиналне хистеректомије. Руптура је правилно уздужно постављена промера 70x5мм. Из рубова лезије пролабира слузокожа колоректума. У околини лезије се налази субсерозни крвни подлив величине 50 x 5мм. Осим тога присутан је серофibriнозни секрет као и стеркорални садржај из лумена колоне што указује на стеркорални фибропурулентни перитонитис. Вијуге танких црева се исперу топлим физиолошким раствором као и интраперитонеална дупља. Након тога се расцеп ушије појединачним шав лигатурама Vicril 000 а потом перитонизира серосерозним шав лигатурама. Контрола хемостазе и постави се абдоминални дренаж у Douglas простор поред ректосигмоидне шавне линије и изведе кроз посебан отвор на трбушном зиду. Перитонеална дупља се поново детаљно испере топлим физиолошким раствором као и вијуге танких црева и ушије абдоминални зида по слојевима. Субкутано се постави редон аспирациони дренаж и изведе кроз посебан отвор на кожи. Постоперативно се ординира: Cephalosporin, Longaceph 2.0 + aminoglicosid, Amicacin 1.0 + efloran 500ml. + Crystacillin 24000000, SSP 350, transfusio sanguinans 350, amynosterila crystaloida поливитаминска и аналгетска терапија. Постоперативни ток је протекао уредно. Пасажа је успостављена. Рана је зарасла per primam.

Dg: Prolapsus utery totalis. Hysterctomia totalis, transvaginalis. Conservatio adnexorum bill. Colpoperineoplastica cum myorrhaphiam mm. levatores any. Vaginopexia sacrospondialis sec. Nichols.

Ruptura anterioris colonis rectosygmoidi iatrogenes. Prolapsus intestini tenyi ilei transcolorectoanalisis.

Pleus e obturationm. Peritonitis stercoralis et fibropurulentum. Shock endotoxicum gravis.

Op: Laparatomia mediana infraumbilicalis. Repositio intestini tenui transanocolorectosygmoidalis in intraperitonealis. Sutura loci rupturans colorectosygmoidalis. Drainage intraperitonealis cavi Douglasi. Drainage spatii subcutanei redon drain aspirativa.

ДИСКУСИЈА

Болесница је оперисана на Институту за онкологију и акушерство ИОА КЦС у Београду септембра 2007 г због пролапса утеруса. Учињена је hysterectomy

totalis vaginalis cum conservatio adnexorum bill. Colporeineoplastica cum myorrhaphiam mm. levatores any. Vaginopexia sarcosporialis sec. Nichols pp prolapsus uteri totalis am. IV. Ruptura parietis anterioris colonis rectosygmoidae longitudinalis. При томе је дошло до повреде колоректума. У непосредном постоперативном току по принципу оментотаксије се тампонира вијугом танког црева која је адхерирана фибрином. У непосредном постоперативном току се није манифестовала. Наима постојала је инконтиненција аналног сфинктера за флатус и фецес. Није било већег интралуминалног притиска у ректуму нити застоја цревног садржаја те су гасови и интестинални секрет слободно отицали. На то указује инконтиненција аналног и везикалног сфинктера. Због тога је користила памперс пелене из хигијенских разлога. Након тога болесница је конзумирала перорални унос хране. Ни тада није било никаквих манифестација абдоминалних тегоба нити перитонита. У каснијем постоперативном току је почела да ради нормалне физичке послове. Непосредно пре пријема болесница се изложила тешком и напорном физичком раду дизања тешког терета када је осетила општар бол у трбуху, нагон за дефекацијом и при томе је уместо стеркоралног фекалног садржаја појавиле вијуге танких црева кроз анални отвор. Позлило јој је а чланови фамилије су јој указали помоћ и транспортовали на нашу хируршку клинику. Ретроградном анализом патофизиолошког процеса који је довео до манифестација ове хируршке компликације се састоји у томе да је болесница била изложена тешком физичком напору дизања терета. Дошло је до пораста интраабдоминалног притиска и пролапса вијуга кроз место расцепа колоректалног прелаза по чијим рубовима је она била инсерирана и фибринским наслагама адхерирана. Дошло до пролапса и инкарцерације цревне вијуге а потом и осталих. Уз додатни притисак перисталтичног таласа комбинован са интраабдоминалним преостале вијуге илеума и делом јејунума су природним путем кроз ректум и анални канал напустиле перитонеалну дуљу у спољну средину перианално и између екстремитета болеснице. Вијуге су под сопственом и тежином цревног садржаја повукле остале. Интраоперативно се утврди изузетно затегнут припадајући корен месентеријума попут струне. Покушај репозиције вијуга трансабдоминалним путем је немогућ те се одлучимо на спољни аноректални приступ кроз расцеп колоректосигмоида у интраперитонеалну дуљу. Пре тога смо учинили дилатацију аналног сфинктера до промера 4 попречна прста што је и промер гасера на предњем зиду ректосигмоида.

ЗАКЉУЧАК

1. Свака хируршка интервенција може у току неадекватног приступа и експозиције бити разлог превида и последичне јатрогене лезије.

2. Интраоперативне хируршке лезије су повод настанку компликације која се раније или касније манифестује и захтевају промтно изведени редо оперативни захват ревизија, репарације, реконструкције и хируршке корекције.

3. Интраабдоминални притисак је тригер фактор окидач у настанку пролапса и инкарцерације вијуга танких црева кроз расцеп на предњем зиду колоректума у ампули ректума и даље природним путем кроз анални канал у спољну средину.

4. Промптна хируршка редо оперативна реинтервенција ове тешке и витално инкопатибилне хируршке компликације је омогућила репозицију, дезинкарцерацију вијуга илеума, сугуру и репарацију расцепа колоректалног прелаза.

5. Учињена је мануелна репозиција танког црева, директна сугура дебелог црева и перитонеална дренажа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thomson DJ and Warshaw J. Hysterectomy. In: Rock AJ and Thomson DJ editors. *Te Linde's operative gynecology*, 8th edition New York. Lippincott- Raven publishers, 1997; 771-854.
2. Bachmann GA, Hysterectomy: a critical review. *J Reprod Med* 1990; 35:839-69.
3. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K, et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG* 2002; 109:302-12.
4. Kovac SR. Clinical opinion: guidelines for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(2):635-40.
5. Kovac SR. Transvaginal hysterectomy: rationale and surgical approach. *Obstet Gynecol*. 2004 Jun; 103(6):1321-5.
6. Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 1995 Jan; 85(1):18-23.
7. Leithaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 3: CD 000329.
8. Farquhar CM, Steiner CA, Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002; 99:229-34.
9. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2000 95(3):319-26 Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83:556-65.
10. Worthington-Kirsch RL, Popky GL, Hutschins SL Jr, Uterine arterial embolization for the management of fibroids: quality-of-life assessment and clinical response. *Radiology* 1998; 208:625-629.
11. Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru-Vigneron N, et al. Arterial embolization to treat uterine myomata. *Lancet*. 1995; 346: 671-672.
12. Worthington-Kirsch LR and Siskin PG. Uterine Artery Embolization for Symptomatic Myomata. *J Intensive Care Med*. 2004; 19:13-21.
13. Clare M. C. Tempany, MD, Elizabeth A et al. MR Imaging-guided Focused Ultrasound Surgery of Uterine Leiomyomas: A Feasibility Study, *Radiology* 2003; 226:897-905