

PAWEŁ SIEKIERSKI, WALDEMAR KIEREŚ, *PRZEMYSŁAW CIESIELSKI

Pacjent z ciałem obcym w jelicie grubym – opis przypadku

A patient with a foreign body in the large intestine – a case report

Department of General Surgery, County Hospital in Wołomin

Streszczenie

Przypadki pacjentów z ciałami obcymi w końcowym odcinku przewodu pokarmowego nie są często spotykanymi w codziennej praktyce chirurgicznej. Najczęściej obecność ciał obcych w dolnym odcinku przewodu pokarmowego spowodowana jest urazami i praktykami seksualnymi. Chorzy z ciałami obcymi w odbycie i odbytnicy często wymagają różnego rodzaju interwencji chirurgicznej. Autorzy opisują przypadek 45-letniego pacjenta, który zgłosił się do szpitala z objawami niskiej niedrożności przewodu pokarmowego. Mężczyzna wprowadził sobie do odbytu olbrzymie ciało obce w trakcie zabaw seksualnych. Następnie nie mógł go samodzielnie usunąć. Podjęto próbę usunięcia ciała obcego od strony krocza, która okazała się nieskuteczna ze względu na rozmiar przedmiotu wprowadzonego do odbytu. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Wykonano laparotomię, a ciało obce usunięto przez jednoczasowy ucisk od strony jamy brzusznej i wyciąganie od strony kanału odbytu.

Słowa kluczowe

ciało obce w odbytnicy, uraz odbytnicy

Summary

Cases of patients with foreign bodies impacted in the terminal part of the gastrointestinal tract are rarely encountered in everyday surgical practice. Injuries and sexual practices are the most common aetiology of foreign body impaction in the lower gastrointestinal tract. Different types of surgical interventions are often needed in patients with anal or rectal foreign bodies. We describe a case of a 45-year-old patient who reported to hospital with the symptoms of low gastrointestinal obstruction. The man introduced a large foreign body into his anus during sexual play and was unable to remove it by himself. An attempt to remove the foreign body through the perineal access was made, but was unsuccessful due to the size of the impacted object. The patient was qualified for surgical treatment. Laparotomy was performed, and the foreign body was removed by a simultaneous use of abdominal pressure and extraction from the anal canal.

Keywords

rectal foreign body, rectal injury

WSTĘP

Przypadki pacjentów z ciałami obcymi w końcowym odcinku przewodu pokarmowego nie są często spotykanymi w codziennej praktyce chirurgicznej. Obecność ciała obcego w odbycie i odbytnicy może być spowodowana urazem, np. urazy typu wbicia na pal czy urazy doznane w trakcie gwałtu. Istnieje też grupa pacjentów, którzy wprowadzają sobie różne przedmioty do odbytu w celach

INTRODUCTION

Cases of patients with foreign bodies impacted in the terminal part of the gastrointestinal tract are rarely encountered in everyday surgical practice. Foreign body impaction in the anus or the rectum may be due to an injury, e.g. impalement injury or as a result of rape. There is also a group of patients who introduce various objects into the anus for sexual purposes. If inserted too deep, such an object may be difficult to remove,

seksualnych. Gdy taki przedmiot zostanie wprowadzony za głęboko, może on być trudny do samodzielnego usunięcia. Pacjent wymaga przyjęcia do szpitala w celu usunięcia ciała obcego przez lekarza. U pacjentów urazowych dochodzi zazwyczaj do uszkodzenia mięśni zwieraczy, odbytu i odbytnicy. Pacjenci, którzy wprowadzają sobie ciała obce w celach seksualnych, zazwyczaj mają wyjściowo osłabione napięcie zwieraczy czynne i bierne i rzadko dochodzi u nich do uszkodzenia jelita. Przypadek mężczyzny, który zgłosił się z obecnością ciała obcego w odbytnicy, jest unikalny ze względu na rozmiar przedmiotu – 35 x 8 cm.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 45 został przyjęty w ramach ostrego dyżuru na Oddział Chirurgii Ogólnej z powodu ciała obcego w jelicie grubym. Obły przedmiot o dużej średnicy pacjent wprowadził sobie sam w trakcie zabaw seksualnych około 3 godziny przed zgłoszeniem się do szpitala. Od tego czasu nie oddawał gazów, skarżył się też na silne bóle brzucha. Nie wymiotował. W wywiadzie pacjent przyznał, że od kilku lat regularnie wprowadza sobie różne przedmioty do odbytu w celach seksualnych. Zgłaszał słabsze trzymanie gazów i stolca. W badaniu przedmiotowym stwierdzono brzuch wysklepiony ponad poziom klatki piersiowej, z wyczuwalnym oporem w lewym podbrzuszu, który modelował powłoki brzucha, oraz bolesnością w tej okolicy. Pacjent nie prezentował dodatkowych objawów otrzewnowych, a perystaltyka była prawidłowa. W badaniu *per rectum* stwierdzono zięjący odbyt, z osłabieniem napięcia czynnego i biernego zwieraczy. W zasięgu badania palcem wyczuwalne było ciało obce, którego dystalną część uwidoczniło po założeniu wziernika doodbytniczego. W wykonanych badaniach laboratoryjnych poza podwyższoną liczbą leukocytów do 14 G/L nie stwierdzono odchyłań od normy. Na zdjęciu przegładowym jamy brzusznej potwierdzono obecność ciała obcego zlokalizowanego w obrębie jamy brzusznej między miednicą mniejszą a kopułą przepony po stronie lewej. Stwierdzono nieznacznie rozdętą wstępnicę i poprzecznicę (ryc. 1). Podjęto próbę usunięcia ciała obcego od strony kanału odbytu, jednak ze względu na duże rozmiary i głębokie położenie próba okazała się nieskuteczna. Podjęto decyzję o operacji w trybie pilnym. Chory wyraził zgodę na przeprowadzenie laparotomii z usunięciem ciała obcego. W znieczuleniu ogólnym podjęto kolejną próbę usunięcia ciała obcego od strony kanału odbytu, ponownie nieskuteczną. Po otwarciu jamy brzusznej uwidoczniło ogromne, cylindryczne ciało obce o długości około 40 cm, napinające odbytnicę, esicę i zstępicę (ryc. 2). Nie stwierdzono cech perforacji lub martwicy ścian jelita. Ciało obce, powolnym ruchem wypychającym i wyciąganiem od strony krocza usunięto w całości bez otwierania przewodu pokarmowego. Po usunięciu ciała obcego skontrolowano jamę brzuszną, nie stwierdzono uszkodzeń. Jelito było żywe z zachowaną perystaltyką. Po operacji skontrolowano kanał odbytu. Nie stwierdzono krwawienia z kanału odbytu. Napięcie mięśni zwieraczy

and the patient requires hospital admission to remove the foreign body by a doctor. Patients with trauma usually present with anal sphincter damage, as well as anal and rectal injury. Patients who self-introduce foreign bodies for sexual purposes usually present with reduced baseline active and passive anal sphincter tone and are rarely affected by intestinal injury. The presented case of a patient who reported to hospital with a foreign body impacted in his rectum is unique due to the size of the object, which measured 35 x 8 cm.

CASE REPORT

A 45-year-old man was admitted to the Department of General Surgery on an emergency basis due to foreign body impaction in the large intestine. The patient introduced an oval, large-diameter object into his anus during sexual play about three hours before reporting to hospital. Since then, he did not pass gas and reported severe abdominal pain. He did not vomit. The patient admitted during medical interview that he regularly introduced different objects into his anus for sexual purposes. He reported reduced gas and stool continence. Physical examination revealed distended abdominal wall above the chest level with palpable resistance in the left lower abdomen, which modelled the abdominal wall, and tenderness in this region. He presented with no positive peritoneal symptoms and had normal peristalsis. Rectal examination revealed a gaping anus with reduced active and passive sphincter muscle tone. On palpation, a foreign body was felt. Its distal part could be seen through a rectal speculum. Laboratory analysis showed elevated white blood cells up to 14 G/L. Other than that, no other laboratory abnormalities were detected. Plain abdominal X-ray showed the presence of a foreign body located in the abdominal cavity



Ryc. 1. Rtg przegładowe jamy brzusznej

Fig. 1. Plain abdominal x-ray

było obniżone. Usunięte ciało obce wykonane było z twardej pianki izolacyjnej do rur, ułożonej w kilku warstwach i zabezpieczonej taśmą izolacyjną dla ich połączenia, specjalnie przygotowane do zabaw seksualnych. Wymiar podłużny tego przedmiotu wynosił 35 cm, a jego średnica 8 cm (ryc. 3). Po operacji pacjent czuł się dobrze, w następnej dobie został wypisany do domu na własną prośbę. Przy wypisie w badaniu przedmiotowym stwierdzono osłabione napięcie zwieraczy, bez cech krwawienia z odbytu, bez objawów niedrożności. Pacjent nie zgłosił się na wizytę kontrolną w Poradni Chirurgicznej.

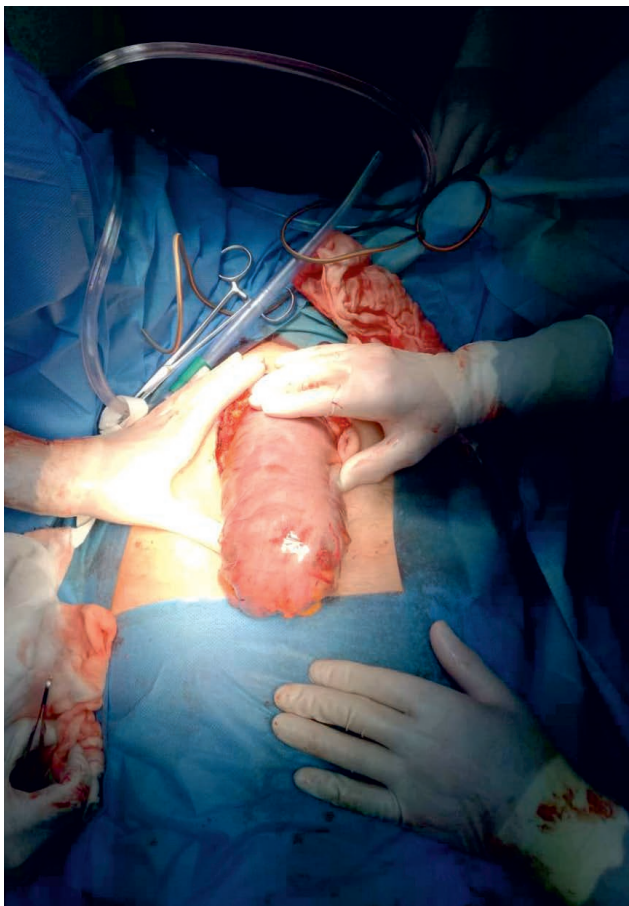
DYSKUSJA

Problem obecności ciała obcego w odbytnicy może dotyczyć ludzi w różnym wieku (1). Najczęstszą przyczyną umieszczenia ciała obcego w odbytnicy są zabawy seksualne lub gwałty, rzadziej dochodzi do tego typu sytuacji u osób cierpiących na zaparcia, które w ten sposób próbują manualnie wydobyć stolec z odbytnicy lub przez połknięcie przedmiotu (np. fragmentów protez zębowych) (2, 3). Przedmioty używane do pomocy w wypróżnieniu są cienkie i częściej prowadzą do uszkodzenia jelita, te używane do zabaw seksualnych są wymiarami

between the pelvis and the dome of the diaphragm on the left side. The ascending and transverse colon were slightly distended (fig. 1). An attempt to remove the foreign body through the anal canal was made, but was unsuccessful due to the large size and deep location of the impacted object. A decision was made to perform an emergency surgery. The patient gave his consent for laparotomy to remove the foreign body. Under general anaesthesia, another unsuccessful attempt to remove the foreign body through the anal canal was made. After opening the abdominal cavity, a very large cylindrical 40 cm long foreign body, which distended the rectum, the sigmoid colon and the descending colon, was found (fig. 2). No signs of perforation or necrosis of the intestinal wall were found. The entire foreign body was removed by slowly pushing it out and pulling in from the perineal access, without the need to open the GI tract. Once the foreign body was removed, the abdominal cavity was inspected and no damage was observed. The intestine was viable and with preserved peristalsis. The anal canal was inspected after the surgery. No bleeding from the anal canal was detected. Anal sphincter muscle tone was reduced. The removed foreign body was made of hard pipe insulation foam arranged in a few layers secured with insulation tape, which was designed specifically for sexual play. The object had a length of 35 cm and a diameter of 8 cm (fig. 3). The patient was well after the surgery and was discharged home on request the following day. Physical examination at discharge showed reduced sphincter tone in the absence of anal bleeding or obstruction. The patient did not report for a follow-up to the surgical outpatient clinic.

DISCUSSION

The problem of a foreign body in the rectum can affect people of all ages (1). Sexual play and rape are the most



Ryc. 2. Obraz śródoperacyjny – ciało obce widoczne w jelicie

Fig. 2. Intraoperative picture: a foreign body in the intestine



Ryc. 3. Ciało obce po wyjęciu z jelit

Fig. 3. Removed foreign body

i kształtem zbliżone do rozmiaru męskiego członka, to najczęściej butelki, plastikowe opakowania lub warzywa o obłych kształtach (ogórek lub marchewka) niepowodujące bezpośredniego uszkodzenia ściany jelita (4, 5). Autorzy nie znaleźli jednak w piśmiennictwie doniesienia o przedmiocie wymiarami zbliżonym do opisywanego (6). Pierwsze prace o usuwaniu ciał obcych pojawiły się w literaturze już w XVI wieku i próby leczenia pacjentów ograniczały się do ręcznego wydobycia przez kanał odbytu. Obecnie sposób postępowania zależy od wielu czynników i dobierany jest indywidualnie do sytuacji (7). Przytaczane w publikacjach schematy postępowania zalecają w pierwszej kolejności podjęcie próby ręcznego wydobycia ciała obcego. W razie niepowodzenia takiego postępowania zaleca się podjęcie kolejnej próby wydobycia ciała obcego tym razem w znieczuleniu ogólnym oraz z użyciem narzędzi chirurgicznych. Laparotomię zaleca się wówczas, gdy wyżej wymienione postępowanie jest nieskuteczne. W rzadkich przypadkach potrzebne jest otwarcie jelita. Po usunięciu ciała obcego z jelita grubego niezbędne są co najmniej 24-godzinna obserwacja kliniczna pacjenta w szpitalu oraz kontrolna rektoskopia, w celu oceny ściany odbytnicy.

common aetiology of foreign body impaction in the rectum, whereas cases of patients with constipation who use objects to manually remove faecal masses or cases of ingestion (e.g. pieces of dental restorations) are less common (2, 3). Objects used to facilitate bowel movement are thin and more likely to cause intestinal damage, whereas those intended for sexual play are similar in size and shape to a man's penis, and most often include bottles, plastic packages or oval vegetables, such as cucumbers or carrots, which do not cause direct damage to the intestinal wall (4, 5). We found no literature reports on a foreign body of similar size (6). First literature reports on foreign body removal appeared already in the 16th century, with treatment attempts limited to manual removal through the anal canal. Currently, the mode of management depends on multiple factors and is selected individually for each case (7). Literature publications recommend to first attempt to manually remove the foreign body. In the case of failure, another attempt to remove the foreign body, but this time under general anaesthesia and using surgical tools, should be made. If this also fails, laparotomy should be performed. Enterotomy is needed in rare cases. Removal of a foreign body from the colon should be followed by at least 24-hour clinical in-patient follow-up and a follow-up rectoscopy to assess the rectal wall.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence

*Przemysław Ciesielski
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Powiatowy w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin
tel.: +48 (22) 763-31-16
drprzemyslawciesielski@gmail.com

Piśmiennictwo/References

1. Ooi BS, Ho YH, Eu KW et al.: Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998; 68(12): 852-855.
2. Kasotakis G, Roediger L, Mittal S: Rectal foreign bodies: a case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3(3): 111-115.
3. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S: Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis* 2010; 12(9): 851-861.
4. Goldberg JE, Steele SR: Rectal foreign bodies. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 173-184.
5. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR: Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005; 7: 98-103.
6. Gould GM, Pyle W: Anomalies and curiosities of medicine. WB Saunders, Philadelphia 1901: 645-648.
7. Cologne KG, Ault GT: Rectal foreign bodies: what is the current standard? *Clin Colon Rectal Surg* 2012; 25(4): 214-218.

nadesłano/submitted:

7.10.2019

zaakceptowano do druku/accepted:

28.10.2019