



AKUT KARIN NEDENİYLE OPERE EDİLEN OLGUDA AKUT MEZENTERİK İSKEMİ İLE EŞ ZAMANLI SİGMOİD VOLVULUSU: OLGU SUNUMU*

SIGMOID VOLVULUS ACCOMPANYING ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN OPERATED PATIENT WITH ACUTE ABDOMINAL PAIN: A CASE REPORT

Fatin Rüştü POLAT, Yasin DURAN, Onur SAKALLI, Ümit GEÇGEL, Ufuk COŞKUNKAN, İlhan BALI, Makbule Begüm BALKAN

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Tekirdağ

*Bu çalışma; XXI. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde (5-9 Nisan 2017, Antalya) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

Akut mezenterik iskemi ile eş zamanlı sigmoid volvulusun görülmesi nadir bir durumdur. Volvulusta cerrahi öncesi sigmoidoskop ile detorsiyone edilerek tedavi sağlanabilir ancak iskemide acil cerrahi müdahale gerekir. Volvulus tanısı alan mezenter iskemi olgularında ameliyatın geçiktirilmesi mortalite ve morbiditeyi artırır. Sigmoid volvulusu ön tanısıyla ameliyata alınmış, ancak laparatomide; sigmoid volvulus ve aynı zamanda akut mezenter iskemi gözlenen 68 yaşındaki akut batın olgusunun; operasyon bulguları, radyolojik bulguları ve tedavi yöntemleri açısından tartışmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Akut batın, Volvulus, Mezenterik iskemi.

Abstract

Concomitant sigmoid volvulus with acute mesenteric ischemia is rare condition. Volvulus can be treated by detorsion with sigmoidoscopy before surgery but urgent surgical intervention is needed in mesenteric ischemia. In this case, delaying the operation in case of mesenteric ischemia with volvulus diagnosis increases mortality and morbidity. In case the diagnosis of sigmoid volvulus was made preoperatively, but intraoperatively acute mesenteric ischemia was seen with concomitant sigmoid volvulus. Operative findings, radiological findings and treatment methods is discussed in this presentation.

Key words: Acute Abdomen, mesenteric ischemia & sigmoid volvulus.

GİRİŞ

Akut mezenterik iskemi ile eş zamanlı sigmoid volvulusun görülmesi nadir bir durumdur. Her iki hastalıkta akut batın bulgularını verir¹⁻³. Sigmoid volvulusta strangülasyon bulguları yoksa operasyon öncesi kolon detorsiyonu için terapotik sigmoidoskopi yapılır iken akut mezenter iskemide acil cerrahi müdahale gerekir. Pubmed taramasında bu iki durumun beraber sunulduğu bir makaleye rastlanmadı. Sigmoid volvulusu ön tanısıyla ameliyata alınmış, ancak laparatomide; sigmoid volvulus ve eş zamanlı akut mezenter iskemi tanısı alan akut batın olgusunun; operasyon bulguları, radyolojik bulguları ve tedavi yöntemleri

açısından literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

OLGU

68 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve karında şişlik nedeniyle acil serviste başvurdu. Yapılan tetkiklerde lokositoz mevcut olup diğer biyokimya ve hematolojik tetkikler normal tespit edildi, Ayakta direk karın grafisi)'de sigmoid volvulusa bağlı olduğu düşünülen kahve çekirdeği görünümü mevcuttu (resim 1). Fizik muayene bulgularında; karında asimetric distansiyon ve rebound mevcuttu. Sigmoid volvulusu öntanısı ile ameliyata alındı. Göbek altı median insizyonu ile batına girildi. Laparatomide; sigmoid volvulus (resim 2) ve

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Fatin Rüştü POLAT
Adres: Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
BD. 59100 Tekirdağ, Türkiye
E-posta: polat22@hotmail.com
Tel: +90 532 396 12 24

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 19.04.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 23.05.2017

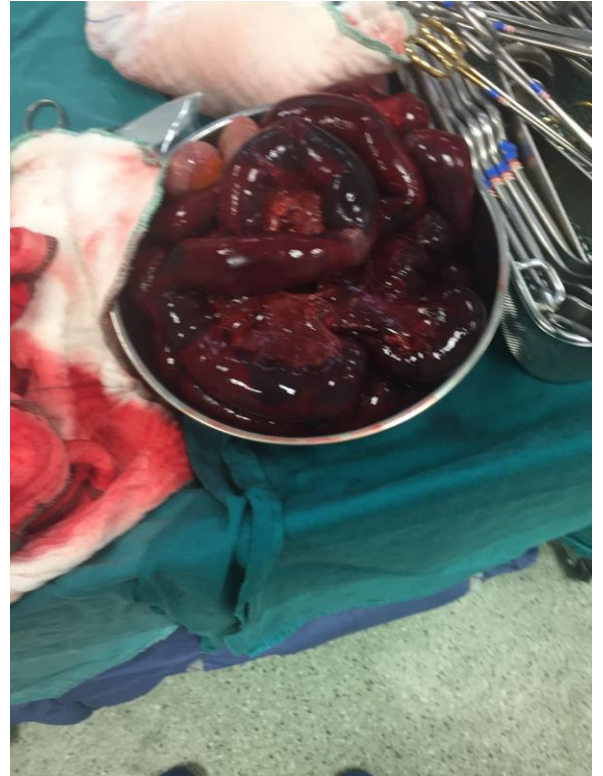
akut mezenter iskemi (resim 3) gözlemlendi. Sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı ve Hartmann prosedürü uygulandı (resim 4). İleumdaki yaklaşık 100 cm'lik strangüle olmuş barsak segmenti rezekte edildi. İnce barsaklara uçuca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası düşük doz heparin ile antitrombotik tedavi uygulandı. Post operatif takipleri olağan seyreden olgu 12'inci gün şifa ile taburcu edildi. 12 hafta sonra kolostomi kapatıldı (resim 5).



Resim 1: Sigmoid volvulus X RAY görünümü.



Resim 2: Sigmoid kolon.



Resim 3: İskemik ileum.



Resim 4: Hartmann prosedürü.



Resim 5: Kolostominin kapatılması

TARTIŞMA

Kolonik volvulusların % 45-80'i sigmoid kolonda gözlenir¹. Genellikle yaşlı, hareket kısıtlılığı olan, daha önce karın cerrahisi geçirmiş ya da kronik laksatif kullanım alışkanlığı bulunanlarda görülmektedir¹. Olgumuzda yaşlı olup hareket kısıtlılığı mevcuttu. Hastalarda yaş ortalaması 60-70 dir¹.

Volvulus; sigmoid kolon saat yönünde 200 dereceden daha fazla rotasyona uğrayan segmentte kapalı loop obstruksiyonuna neden olur¹. Hastalar genellikle akut gelişen karın ağrısı, gaz çıkaramama, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurur¹. Ayrıca flatus negatif olarak tespit edilir.

Mezenterik vasküler hastalıklarda iskemi; etiyojisi hangi mekanizmayla olursa olsun süperior veya inferiör mezenterik arter ya da vende oluşan akım yetersizliği sonucu geçici mukozal iskemiden tam kat barsak duvarı nekrozuna kadar giden bir spektrum içerisinde yer alır². Mezenterik vasküler hastalıklar; akut mezenterik iskemi (AMİ), kronik mezenterik iskemi ve iskemik kolit olarak sınıflandırılır². Mezenterik iskemide; preoperatif semptomlar ve bulgular nonspesifik olup ilk gözlenen semptom karın ağrısıdır².

Akut mezenterik iskemide intravenöz kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi ve abdomen bilgisayarlı anjiyografinin tanıda önemli olduğu ve erken olgularda girişimsel radyolojinin tedavide önemli olduğu fakat gecikmiş olgularda cerrahi uygulamanın hatta bazı hastalarda açık karın, ikinci gözlem gibi işlemler yapılabilir.

Volvulusta; fizik muayene ve düz karın grafisi genellikle tanı koydurucudur¹. Ancak AMİ

hastalarının %75-98'de nonspesifik karın ağrısı bulunur ve preoperatif tanı zor konur. Laboratuvar incelemesinde genellikle özellikli olmayan (lökositoz ve C-Reaktif Protein yükselmesi) bulgular mevcut olup tanı genellikle intra-operatif olarak konur.

Sigmoid volvulusta; genel durumu iyi ve strangülasyon riski düşük olan hastalarda rijit rektosigmoidoskopi ile %80 oranında detorsiyon sağlanabilir¹. Fleksibl sigmoidoskopi ile de başarılı sonuçlar bildirilmektedir¹⁻⁴. Endoskopik detorsiyon sonrası %50-90 hastada rekürrens görülmektedir. Nükslerde morbidite ve mortalite artmaktadır, bu nedenle bir veya ikinci ataktan hemen sonra barsak hazırlığı yapıp cerrahi uygulanmalıdır¹. Kolopeksinin rekürrens oranını azaltmadığı gösterilmiştir. rekürrensi ortadan kaldırmak için redundant sigmoid kolonun rezeksiyonu ve anastomoz uygulanmasıdır¹. Endoskopik detorsiyonda başarılı olunmadığı durumda acil cerrahi tedavi gereklidir¹. Rezeksiyon uygulanan durumlarda anastomoz ya da diversiyon (Hartmann prosedürü) seçeneklerinde biri hastanın durumuna göre uygulanır¹. AMİ'de ise cerrahi; canlılığını yitirmiş barsak segmentlerin rezeksiyonu ve anastomoz olup acil cerrahi müdahale gerekir.

Sonuç olarak; Sigmoid volvulusta strangülasyon bulguları yoksa, operasyon öncesi kolon detorsiyonu için terapotik sigmoidoskopi yapılabilir iken akut mezenter iskemide acil cerrahi müdahale gerekir.

Kaynaklar

1. Karakoç D. İntestinal obstruksiyonlar. Sayek İ, Editör. Temel Cerrahi, İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitapevi Ltd. Şti. 2010; 1221-36.

2. Karamercan A. Mezenterik vasküler hastalıklar. Sayek İ, Editör. Temel Cerrahi, İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitapevi Ltd. Şti. 2010;1796-1802.
3. Ersan Y. Bağırsak tıkanıklığı. Andican AA. Abdominal Operasyonlar. İstanbul: Nobel Kitapevleri Ltd. Şti. 2008;479-507.
4. Pickleman J. Small Bowel Obstruction. In: Michael J. Zinner, ed. 4. Abdominal Operations. 10th ed. London: Prentice Hall International, Inc. 2012;1159-1172.
5. Evers BM, Toundsend M. Small Intestina. In: Schwartz SI, ed. Principles of Surgery. Seventh ed. New York: McGraw-Hill International Inc. 2010;1:1217-64.
6. Charles Robertson. Small Intestina. In: Klingensmith, Mary E. ed. Washington Manual of Surgery, The, 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2008;182-199.