



## OLGU SUNUMU / CASE REPORT

### Jinekolojik operasyon sonrası non-oklüziv mezenterik iskemi

#### Non-occlusive mesenteric ischemia after gynecological surgery

Yakup Yalçın<sup>1</sup>, İsmail Zihni<sup>2</sup>, Çağlar Özçelik<sup>2</sup>, Burak Tatar<sup>1</sup>, Ebru Erdemoğlu<sup>3</sup>, Evrim Erdemoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniv. Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, <sup>2</sup>Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Isparta, Turkey

<sup>3</sup>Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Isparta, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2017;42(3):584-586*

#### Abstract

Non-occlusive mesenteric ischemia is a type of acute mesenteric ischemia diagnosis and treatment are important for survival. There are medical reasons such as hypotension, dialysis, digital use, alpha-adrenergic agonists in the underlying causes of non-occlusive mesenteric ischemia. It can also be seen after heavy surgery (especially cardiac surgery). There is no such information about occurrence of non-mesenteric ischemia after gynecological surgery. We aimed to present a case, developing non-occlusive mesenteric ischemia after a gynecological operation.

**Key words:** Granulomatous endometritis, non-occlusive mesenteric ischemia, gynecological surgery.

#### Öz

Non-oklüziv mezenterik iskemi, akut mezenter iskeminin bir tipidir ve tanısı, tedavisi sağkalm açısından önemlidir. Non-oklüziv mezenterik iskeminin altta yatan nedenleri arasında diyaliz, digital kullanımı, alfa-adrenerjik agonist, hipotansiyon gibi medikal nedenler vardır. Ağır cerrahi operasyonlardan sonra da (özellikle kardiyak cerrahi) görülebilir. Jinekolojik cerrahilerden sonra gelişen non-oklüziv mezenter iskemiyeye literatürde hiç rastlanılmamıştır. Bu olguda jinekolojik bir operasyondan sonra gelişen non-oklüziv mezenter iskemi tablosu aktarılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Granülatöz endometrit, non-oklüziv mezenter iskemi, akut mezenter iskemi, jinekolojik cerrahi.

## GİRİŞ

Endometrit, uterin kaviteyi döşeyen endometriyumun inflamasyonudur. Akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. Kronik endometrit granülatöz veya non-granülatöz (nonspesifik) olabilir. Granülatöz endometritler eşzamanlı endometriyum kanseri ile birlikte olması nedeniyle önemlidir<sup>1</sup>.

Non-oklüziv mezenter iskemi (NOMİ) arteriyel veya venöz tıkanma olmadan şiddetli splanknik vazokonstriksiyonun neden olduğu mezenter iskemidir. Akut mezenter iskemilerin (AMİ) yaklaşık %20-30'unu oluşturmaktadır<sup>2</sup>. NOMİ erken tanınması ve derhal tedavi edilmesi gereken yaşamı tehdit eden acil bir durumdur. Mortalite oranı yaklaşık %70 civarındadır<sup>2</sup>. Hastalığın altta yatan nedenleri arasında hipovolemi, hipotansiyon, kardiyak cerrahi, şiddetli konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, atriyal fibrilasyon, septisemi, şok, diyaliz, digital kullanımı veya alfa-adrenerjik

agonist kullanımı vardır. Ancak, olguların %25'inde altta yatan herhangi bir neden bulunamaz<sup>3</sup>. Non-oklüziv mezenter iskemili hastalarda şiddetli karın ağrısı olmayabilir, bunun için tanı koyarken daha şüpheli yaklaşmak gerekir. Karın ağrısının nonspesifik olması tanıyı geciktirir ve mortalite oranını artırır. Cerrahi operasyonlardan sonra (özellikle kardiyak cerrahi) NOMİ literatürde bildirilmiştir<sup>4</sup>. Bu yazıda jinekolojik bir operasyondan sonra gelişen non-oklüziv mezenter iskemi olgusu sunulmuştur.

## OLGU

69 yaşında bayan hasta pelvik ağrı nedeniyle başvurdu. Jinekolojik muayenede uterin ve adneksiyal patoloji yoktu. Transvajinal ultrasonografide intrakaviter 35x25 mm sıvı koleksiyonu izlendi. Manyetik Rezonans Görüntülemeye uterin kavitede myometriuma

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Yakup Yalçın, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Isparta, Turkey. E-mail: dryakupyalcin@gmail.com  
Geliş tarihi/Received: 11.11.2016 Kabul tarihi/Accepted: 15.12.2016

invaze görünümde kitle izlendi ve ayırıcı tanıda endometrium kanserinin ekarte edilemediği belirtildi. Uterin kavitedeki sıvı drene edildi ve endometriyal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu granülatöz endometrit olarak belirtildi. Endometrial biyopsi ile klinik bulgular arasında uyumsuzluk olması nedeniyle abdominal histerektomi, ayrıca semptomatik kolelitiazisi olması nedeniyle de kolesistektomi planlandı. Hastaya abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve kolesistektomi yapıldı. Operasyon 70 dakika sürdü. Ameliyatta herhangi bir komplikasyon olmadı.

Postoperatif 1. gün sorun yoktu. Postoperatif 2. günü sabahı hastanın kliniğiyle uyumsuz şiddetli karın ağrısı ve akut hipotansiyonu oldu. Nabız: 122, tansiyon: 60/40, ateş: 36.9°C. Drenden gelen 150 cc serohemorajik mayı izlendi. Karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyon testleri ile kanama profilinde bozukluk görüldü. Hemoglobün: 10.1g/dl, lökosit:10.300/mm<sup>3</sup>, kreatinin: 1.88 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 2110 u/l, alanin aminotransferaz: 789 u/l, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT): 42.6 sn, protrombin zamanı(pt): 23.4 sn, uluslararası düzeltme oranı(INR):1.96 idi.

Postoperatif 48. saatte ön tanı olarak AMİ düşünöldü ve relaparotomi yapıldı. Batın gözleminde histerektomi ve kolesistektomi lojunda herhangi bir patoloji izlenmedi. Operasyon yaklaşık 1 saat sürdü. Treitz ligamentinden sonra 40. cm'den itibaren tüm ince bağırsaklarda, ileoçekal valveden rektuma kadar tüm kolonda segmenter tutulumlu iskemik/nekrotik dokular ve yer yer kısmi bazı alanlarda sağlam dokular izlendi. Süperior mezenterik arter ve dalları ile inferior mezenterik arter ekspoz edilip kontrol edildi, pulsasyon olduğu izlendi. Süperior mezenterik ven ile inferior mezenterik ven'de kontrol edildi ve tromboz olmadığı izlendi. Barsaklara sıcak serum fizyolojik ile temas sağlanarak 30 dakika beklendi (Resim).

Ancak barsakların nekroze olan alanlarının düzelmediği gözlemlendi. Treitz ligamentinden sonra 40. cm'den itibaren ince barsaklar ile çıkan kolon, inen kolon ve sigmoid kolon rezeke edildi, sadece transvers kolon bırakıldı. Jejunum ile transvers kolon arasında anastomoz yapıldı ve hartman poş bırakıldı, kolostomi açıldı. Böylece 100 cm'lik barsak elde edilmiş oldu. Hasta yoğun bakıma alındı, tansiyonun düşük seyretmesi (60/40) nedeniyle adrenalin başlandı. Hasta operasyondan 2 saat sonra kardiyak arrest oldu, kardiyopulmoner resüsitasyon yapıldı ancak cevap alınamadı. Postoperatif nihai patoloji

non-kazeifiye granülatöz endometrit olarak belirtildi. Barsakların patoloji sonucunda vaskülit veya trombüse rastlanmadı.



**Resim. Tüm ince bağırsak ve kolonda segmenter tutulumlu iskemik/nekrotik dokular. İntraoperatif barsak nekrozu görüntüsü.**

## TARTIŞMA

AMİ, gastrointestinal hastalıkların %2'sini oluşturmaktadır<sup>2</sup>. AMİ; superior mesenterik arter embolisi, superior mezenterik arter trombozu, non-oklüziv mezenterik iskemi ve superior mezenterik venöz tromboz olarak 4 farklı patofizyolojiyle oluşabilir. NOMİ, akut mezenter iskemilerin yaklaşık %20-30'unu oluşturmaktadır<sup>2</sup>. NOMİ, akut mezenter iskemilerin arasında tanısı daha zor konulan tipidir. Çünkü semptom ve fizik muayene bulguları daha nonspesifik seyredir. Klinik gözleminde hastanın genel durumuyla uyumsuz şiddetli karın ağrısı AMİ'nin kardinal bulgusudur. Fizik muayene bulguları arasında azalmış barsak sesleri, hipotansiyon, ateş, abdominal distansiyon, yaygın abdominal hassasiyet ve defans vardır.

NOMİ tanısında altın standart yöntem yoktur, ancak mezenterik anjiyografi ile AMİ'nin diğer nedenlerinden ayırıcı tanısı yapılabilir. Direkt batın grafisi erken dönemde genellikle normaldir. Bilgisayarlı tomografide ise barsak duvarında kalınlaşma, barsak lümeninde genişleme gibi bulgulara rastlanabilir. Pnömotozis intestinalis ile portal vende gaz görülmesi patognomotik bulgulardır ve barsak duvarında nekroz oluştuğunu gösterir<sup>5</sup>. Hastalardaki sağkalım oranını belirleyen en önemli faktör, bağırsaklarda nekroz gelişmeden önce tanının konmasıdır. Eğer tanı 24 saat içinde konulursa sağkalım oranı %60 iken, 24 saatten sonra tanı konulursa bu oran %30'a düşmektedir<sup>6</sup>.

Tedavide yeterli hidrasyon yapılması, kardiyak fonksiyonun korunması ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlanması önemlidir. Vazopressin ve digital gibi vazokonstriksiyon yapan ilaçlar kullanılıyorsa derhal kesilmelidir. Çünkü hipovolemi ve hipotansiyon mezenterik vazokonstriksiyonu artırır. Bağırsakların canlılığı, semptomların başlangıcından itibaren 12 saatten önce teşhis konulursa %100, 12 – 24 saat arası teşhis konulursa %56, 24 saatten fazla zaman geçmiş ise %18 olarak bildirilmiştir<sup>7</sup>. Bağırsaklar kısa süreli hipoperfüzyonu tolere edebilir, ancak ciddi ve uzun süreli hipoperfüzyon durumunda mezenterik iskemi meydana gelir, intestinal bariyer kaybolur, bakteri translokasyonu ve endotoksin salınımı artar, sistemik inflamatuvar yanıt tetiklenir ve multiorgan disfonksiyonuna gider<sup>4,8</sup>. Karaciğer, böbrek gibi hayati organların işlevlerini yerine getirememesi ve organlarda oluşan hasardan dolayı karaciğer enzimleri yükselir, protrombin zamanı ve INR uzar. Böbrek disfonksiyonu nedeniyle kreatinin artar. Bu tablo multiorgan yetmezliğini gösterir<sup>9</sup>. Bizim hastamızda da bu tablo görülmektedir. Cerrahi olarak sınırlı rezeksiyon yapılan ve bağırsak canlılığından emin olunan stabil hastalarda primer anastomoz uygulanabilir, ancak geniş rezeksiyon yapılan, hemodinamik olarak stabil olmayan ve eşlik eden ciddi hastalığı bulunan hastalarda stoma uygun girişim olur.

Sonuç olarak; NOMİ, postoperatif dönemde en fazla kardiyak cerrahi sonrası görülür. Jinekolojik cerrahilerden sonra gelişen non-oklüziv mezenter iskemiye literatürde hiç rastlanılmamıştır. Karın ağrısı olan her hastanın AMİ olabileceği akılda

tutulmalıdır. AMİ tanısı ancak aklımıza gelince konulabilecek bir tanı olduğu unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Hoff E, Prayson RA. Incidental granulomatous inflammation of the uterus. *South Med J*. 2002;95:884-8.
2. Trompeter M, Brazda T, Remy CT, Vestring T, Reimer P. Nonocclusive mesenteric ischemia: etiology, diagnosis, and interventional therapy. *Eur Radiol*. 2002;12:1179-87.
3. Grendell JH, Ockner RK. Vascular diseases of the bowel. In: *Gastrointestinal Disease*, 3rd ed. (Eds MH Sleisenger, JS Fordtran):1543-68. Philadelphia, WB Saunders, 1983;.
4. Chaudhuri N, James J, Sheikh A, Grayson AD, Fabri BM. Intestinal ischaemia following cardiac surgery: a multivariate risk model. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;29:971-7.
5. Smerud MJ, Johnson CD, Stephens DH. Diagnosis of bowel infarction: a comparison of plain films and CT scans in 23 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 1990;154:99-103.
6. Dilege Ş. Mezenter damar hastalıkları. In: *Genel Cerrahi*, 1st ed. (Eds. G Kalaycı):883. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 2002.
7. Lobo-Martinez E, Merono CE, Sacco O, Martinez ME. Embolectomy in mesenteric ischemia. *Rev Esp Enferm Dig*. 1993; 83:351-4.
8. Nilsson J, Hansson E, Andersson B. Intestinal ischemia after cardiac surgery: analysis of a large registry. *J Cardiothorac Surg*. 2013;8:156.
9. Byard RW. Acute mesenteric ischaemia and unexpected death. *J Forensic Leg Med*. 2012;19:185-90.