

Non-Meckel İleum Divertikül Perforasyonu: Olgu Sunumu

Non-Meckel Ileum Diverticulum Perforation: Case Report

Kayhan Özdemir¹, Mustafa Yener Uzunoğlu¹, Enis Dikicier², Fatih Altıntoprak², Fehmi Çelebi²

¹ Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Correspondence:

Kayhan Özdemir

Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

T: + 90 553 380 02 89 E-mail: Drkayhan1@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 02.01.2020 Kabul Tarihi / Accepted : 25.05.2020

Orcid:

Kayhan Özdemir: <https://orcid.org/0000-0002-8041-198X>

Mustafa Yener Uzunoğlu: <https://orcid.org/0000-0001-8133-2311>

Enis Dikicier: <https://orcid.org/0000-0002-5074-0299>

Fatih Altıntoprak: <https://orcid.org/0000-0002-3939-8293>

Fehmi Çelebi: <https://orcid.org/0000-0003-1157-8556>

(Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J 2020, 10(2):307-310) DOI: 10.31832/smj.669109

Öz

İnce barsak divertikülleri kolonik divertiküllere göre çok daha nadir görülmekle beraber ince barsak divertiküllerinin meckel harici divertiküllerinin sıklığı %0,006 – 1,3 olarak bildirilmiştir. Genellikle insidental saptanan bu divertiküller semptomlara yol açtığında genellikle cerrahi tedavi edilirler. Bu makalede bir non-meckel ileum divertikül perforasyon olgusu sunuldu. Karın ağrısı şikayetiyle acile başvuran hastada akut karın bulguları olması ve abdominal bilgisayarlı tomografisinde serbest hava görülmesi üzerine acil şartlarda cerrahi uygulandı. Divertikül ileum segmentleri rezeksiyeye edilerek ileostomi açıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde sorunsuz seyreden hastanın stoması 3. Ayda kapatıldı.

Anahtar kelimeler Perforasyon, ince barsak divertikül, akut karın

Abstract

Although small bowel diverticula are more rare than colonic diverticula, the incidence of non-meckel diverticula of small bowel diverticulum is reported to be 0.006 - 1.3%. These incidental diverticula are usually treated surgically when they cause symptoms. In this article, a case of non-meckel ileum diverticulum perforation is presented. The patient was admitted to the emergency department with the complaint of abdominal pain. On physical examination, acute abdominal findings and abdominal computed tomography showed free air, the patient underwent emergency surgery.

The diverticular ileum segments were resected and ileostomy was performed. The patient's stoma was closed in the third month after surgery

Keywords Perforation, small bowel diverticulosis, acute abdomen

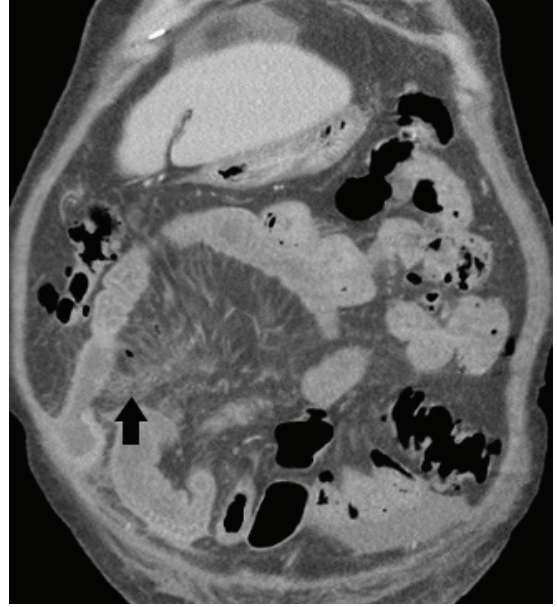
GİRİŞ

Meckel divertikülü hariç ince barsağın divertiküler hastalığı %0.006 - 1.3 arasında değişen sıklığı ile nadir görülen bir durumdur ve klinik bulgulara neden olması ise çok daha nadirdir.¹ Sıklıkla proksimal jejunumda (%75) karşılabilir ve distale ilerledikçe görülme sıklığı azalır (distal jejunum %20, ileum %5).² Genellikle insidental olarak saptanmakta ve klinik bulgulara neden olmadıkları sürece tedavi gerektirmemektedirler. Akut batın sendromu bulgularına neden oldukları zaman ise cerrahi tedavi kaçınılmaz olmaktadır. Bu yazıda karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve ileal divertikül perforasyonu saptanan bir hasta sunulmakta ve literatür gözden geçirilmektedir.

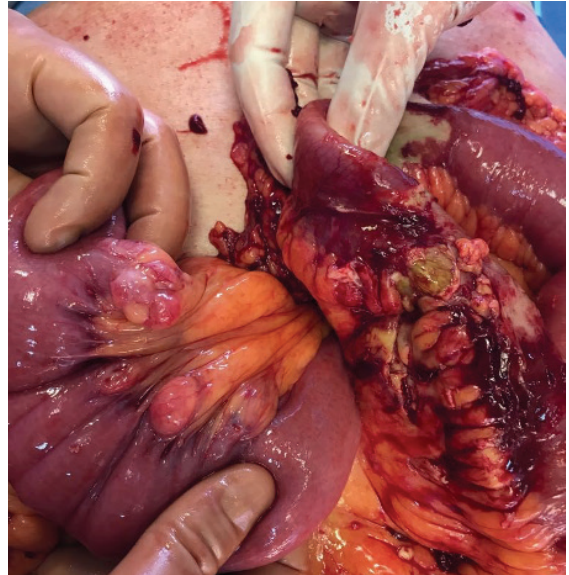
OLGU SUNUMU

Doksanyedi yaşında kadın hasta 1 gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise getirildi. Özgeçmişinde Hipertansiyon ve tip-II Diabetes Mellitus hikayesi mevcuttu, geçirilmiş abdominal cerrahi girişim öyküsü yoktu. Başvuru anında hemodinamik parametreleri normal (Tansiyon arteriyel : 110/70 mm/Hg, Nabız dakika sayısı :68/dk) olan hastanın abdominal muayenesinde karında yaygın hassasiyet ve periton irritasyon bulguları olduğu belirlendi. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz (17.200 /mm³) dışında normal olarak değerlendirildi. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; ince barsak mezenteri içerisinde yer yer serbest hava habbecikleri ve ileum lokalizasyonunda mezenterde serbest hava ile birlikte loküle sıvı olduğu belirlendi (Resim 1). İçi boş organ perforasyonu ön-tanısı düşünülen hastaya laparoskopik eksplorasyon kararı verildi. Eksplorasyonda; karın içerisinde bol miktarda intestinal içerik ve pelviste pürülan mayi olduğu belirlendi. Batın içerisinde serum fizyolojikle yıkanıp aspire edilmesini takiben yapılan ileri incelemede; ileum lokalizasyonunda daha fazla olmakla birlikte tüm ince barsak mezenterlerinde divertiküller olduğu, ileo-çekal valvin 15 cm proksimalindeki ileum segmentindeki divertikülde perforasyon olduğu belirlendi (Resim 2). Per-operatif olarak hastada hiperkarbi gelişmesi nedeniyle açık ameliyata geçilerek perforasyonlu divertikülü içeren ileum

segmenti rezekt edildi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 4. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası 3. ayda ileostomisi kapatılan hasta 1 yıl sorunsuz izlendi.



Resim 1: İnce barsak mezenteri içerisinde yer yer serbest hava habbecikleri ve ileum lokalizasyonunda mezenterde serbest hava ile birlikte loküle sıvı



Resim 2: İleo-çekal valvin 15 cm proksimalindeki ileum segmentinde bulunan perforasyonlu divertiküller

TARTIŞMA

İnce barsak divertiküllerinin gerçek nedeni bilinmemekle birlikte intestinal motilite bozuklukları, barsak duvarındaki kas tabakasının zayıflığı ve segmental intraluminal basınç artışı gibi faktörlerin etyolojide rol oynadıkları düşünülmektedir.^{3,4} İnce barsak divertikülleri görülme sıklığı açısından erkek ve kadınlarda eşittir. En nadir form olan ileal divertiküllerin bağ dokusu hastalıkları gibi konjenital durumların varlığında primer olarak oluşabileceği gibi Crohn veya Tüberküloz gibi ince barsağı etkileyebilen hastalıklara veya geçirilmiş ince barsak cerrahisine sekonder olarak da gelişebileceği bildirilmektedir.^{3,5} Olgumuzda ince barsak tutulumu yapabilecek kronik hastalık veya geçirilmiş abdominal cerrahi girişim hikayesi olmadığı için divertiküllerin primer ince barsak divertikülü olduğu düşünüldü.

İleal divertiküller genellikle asemptomatikler ve radyolojik incelemeler sırasında veya başka nedenle yapılan abdominal cerrahiler sırasında insidental olarak saptanmaktadırlar.⁵

Radyolojik olarak ince barsak mezenteri içerisinde, barsak duvarına yakın olarak hava habbeciği içeren cep şeklindeki yapıların görülmesi karakteristiktir.⁵ İleal divertiküllerin de tüm ince barsak divertikülleri gibi semptomatik olma olasılıkları oldukça düşüktür (%10) ve semptomatik oldukları zaman da bulgular non-spesifiktir (dispepsi ve gelip geçen kısa süreli karın ağrıları gibi).⁶ İleal divertiküller çok nadir de olsa intestinal obstrüksiyon, perforasyon, volvulus, divertikülit ve kanama gibi kompliksyonlarla prezente olabilirler. Nadir görülen bir durum olması nedeniyle tanı koyulması aşamasında gecikmeler yaşanabilmekte ve bu da morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olabilmektedir.^{6,7} Olgumuzun ileri yaşta olması ve eksplorasyonda perforasyon saptanmış olmasına rağmen şikayetin başlangıcı ile hastaneye başvuru süresinin kısa olması ve cerrahi müdahale zamanının gecikmemesi postoperatif sürecin sorunsuz olmasını sağladığını düşünüyoruz.

İleal divertiküller ile ayırıcı tanıda ilk düşünülmesi gereken tanı Meckel divertikülü olmalıdır. Meckel divertikülleri sıklıkla çocukluk çağında bulgu vermelerine rağmen yetişkin dönemde de Meckel divertikülitisi önemli akut batın sendromu etyolojileri arasındadır. Meckel divertikülü konjenital ve gerçek bir divertikül olup terminal ileumda, ileumun anti mezenterik yüzünde yer almaktadır. İleum divertikülleri ise ince barsağın mezenterik yüzünde olmaları ve sıklıkla çok sayıda olmaları ile Meckel divertikülünden ayrılabilirler.⁸ Olgumuzda da perfore olarak saptanan divertiküller dışında ileumun mezenterik kısmında çok sayıda başka divertiküller de olduğunu gözlemledik.

Sonuç olarak; ince barsağın Meckel dışı divertikülleri nadir olarak da olsa akut batın sendromu etyolojisi olabilirler ve tedavide cerrahi seçeneği ön planda düşünülmelidir.

Çıkar çatışması

Yazarların çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. W. Staszewicz, M. Christodoulou, S. Proietti, N. Dermartines Acute ulcerative jejunal diverticulitis: case report of an uncommon entity. *World J. Gastroenterol.*, 200 (814) (2015), pp. 6265-6267
2. C.Y. Liu, W.H. Chang, S.C. Lin, C.H. Chu, T.E. Wang, S.C. Shih Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejuno-ileal disease. *World J. Gastroenterol.*, 11 (5557) (2005), p. e60
3. R. Kassir, A. Boueil-Bourlier, S. Baccot, et al. Jejuno-ileal diverticulitis: etiopathogenicity, diagnosis and management. *Int. J. Surg. Case Rep.*, 10 (2015), pp. 151-153
4. K.R. Kongara, E.E. Soffer Intestinal motility in small bowel diverticulosis: a case report and review of the literature. *J. Clin. Gastroenterol.*, 30 (2000), pp. 84-86
5. Severin S, d'Alincourt A, Redon H, Hamy A, Mathon G, Lerat F. Small bowel diverticulitis: the role of CT. *J Radiol.* 2003; 84: 47-9
6. Pfister R, Letourneau JG. CT imaging of acute right lower quadrant disease. *AJR Am J Roentgenol.* 1997; 168: 411-16.
7. Lieberman JM, Haaga JR. Computed tomography of diverticulitis. *J Comput Assist Tomogr.* 1983; 7: 431-33.
8. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's diverticulum: Comparison of incidental and symptomatic cases. *World J Surg.* 2004; 28: 917- 20.