

Mezenteroaksial Tipte Akut Mide Volvulusu Olgusu

Dr. Ekrem KAYA, Dr. Adem DERVİŞOĞLU, Dr. Kayhan ÖZKAN,
Dr. Necati ÖZEN, Dr. Zafer MALAZGİRT

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, SAMSUN

- ✓ Akut mide volvulusu, klinik ve radyolojik olarak karakteristik özellikler içermesine rağmen sıklıkla geç teşhis edilir. Bu yazıda daha önce trafik kazası sonucu sol lobektomi operasyonu uygulanan bir hastada yıllar sonra gelişen, tarafımızdan teşhis ve tedavi edilen bir akut mezenteroaksial mide volvulusu olgusu sunuldu. 46 yaşında, erkek, hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Çekilen mide-duodenum grafisinde mide volvulusu olarak değerlendirildi. Hasta ameliyata alınarak total gastrektomi+roux-en-y özofagojejunostomi prosedürü uygulandı.

Anahtar kelimeler: Mide volvulusu, travma

✓ An Acute Gastric Volvulus: Case Report

Gastric volvulus is often an unrecognized surgical emergency, its clinical and radiographic features are so characteristic that accurate diagnosis is possible if the condition is kept in mind. In this article we presented an acute gastric volvulus due to previous trauma. A 46-year-old men was admitted to our clinic with abdominal pain, nausea and vomiting. Left lung lobectomy had been performed on the patient due to blunt thoracic and abdominal trauma 16 years ago. Barium enema study was showed gastric volvulus. Total gastrectomy and esophagojejunostomy was performed

Key words: Gastric volvulus, trauma

GİRİŞ

Akut mide volvulusu, midenin 180°nin üzerindeki rotasyonu ile oluşan ve muhtemelen nekrozla seyreden cerrahi bir durumdur. İlk kez Berti tarafından, 1886 yılında 60 yaşındaki bir bayanın otopsisinde tanımlanan mide volvulusunun, ilk başarılı operasyonunu John Berg 1896 yılında gerçekleştirmişti^(1,2).

Bu çalışmada 16 yıl önce trafik kazası nedeniyle sol akciğere lobektomi uygulanan bir hastada yıllar sonra gelişen ve tarafımızdan teşhis ve tedavi edilen bir akut mezenteroaksial mide volvulusu olgusu sunuldu.

OLGU BİLDİRİMİ

46 yaşında, erkek, hasta. İki gün önce

başlayan karın ağrısı bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Karında yaygın gerginlik ve şişkinlik hissiyle birlikte, yediği ve içtiği gıdaları kustuğunu ifade ediyordu. Hastanın son 15 yıldır ataklar şeklinde ve kusarak rahatladığını ifade ettiği karın ağrıları mevcuttu. Hastaya 16 yıl önce trafik kazası sonucu sol akciğere lobektomi operasyonu uygulanmıştı.

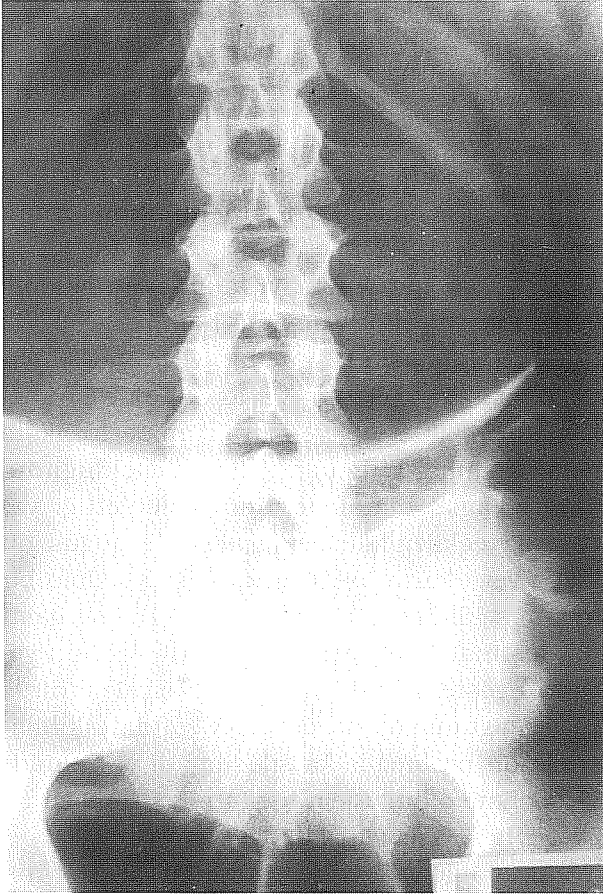
Fizik muaynesinde; vital bulgular stabil olup, sol hemitoraksta torakotomi skarı saptandı. Dinlemekle sol akciğer bazalinde solunum sesleri duyulmuyordu. Karın muayenesinde, epigastriumda hassasiyet, klepotaj vardı. Defans ve rebaund yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 16500/mm³ olması dışında patolojik bulgu saptandı.

tanmadı. Çekilen ayakta direkt karın filminde oldukça geniş bir mide gazı tespit edildi (Resim 1) ve pylor stenozu ön tanısıyla yatırıldı. Parenteral nütisyon ve nazogastrik dekompresyon işlemleri uygulanan hastanın şikayetleri progresif olarak arttı. Beyaz küre değerleri $20000/mm^3$ üzerine çıktı. Yapılan gastroskopi'de linitis plastica düşünülen hastanın, çekilen mide-duodenum pasaj grafisi mide volvulusu olarak değerlendirildi (Resim 2). Hasta acilen ameliyata alındı. Eksplozyonda muhtemelen geçirilen travmaya ve operasyona bağlı olarak diafragma elevasyon, parahiatal diafragma bölgesinde in-

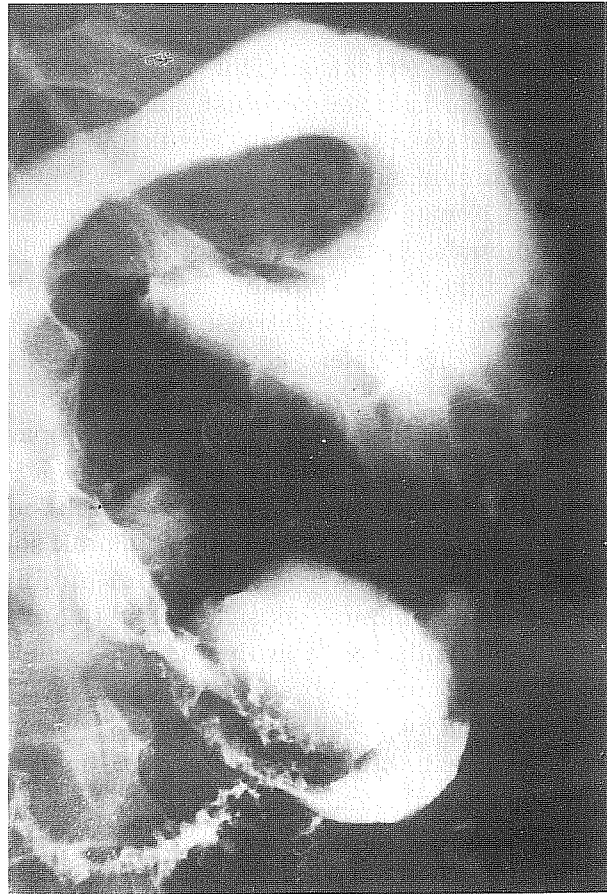
celme ve keseleşme mevcuttu. Mezenteroaksial tipte mide volvulusunun geliştiği saptandı. Midenin özellikle posterior yüzde olmak üzere fundustan itibaren nekrozla birlikte, kapalı perforasyon saptandı. Hastaya total gastrektomi+roux-en-y özofagojejunostomi prosedürü uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 10'uncu günde kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut mide volvulusu, nadir görülen cerrahi bir tablodur ve midenin 180° 'nin



Resim 1. Aşırı derecede gaz ile dilate olmuş mide.



Resim 2. Bayırlı mide-duodenum incelemesi "Baş-aşağı mide" görüntüsü. Pilon hiatus seviyesinde açık şekilde mezenteroaksial mide volvulusu.

üzerindeki rotasyonları sonucu oluşur. Zamanında tedavi edilmezse sonuçlar hasta açısından son derece kötüdür⁽³⁾. Klinik ve radyolojik olarak karakteristik özellikler içermesine rağmen, sıklıkla geç teşhis edilir. Hızlı ve progresif bir seyir gösterir. Hayatın 5. ve 6. dekatlarında en sık görülmesine rağmen infantlarda da bildirilen vakalar mevcuttur. Seks dağılımı her iki cins için eşittir^(1,4).

Mide volvulusunun etyolojisinde en büyük etken midenin suspensor ligamanlarının (gastrosplenik, gastrofrenik, gastrohepatik, gastrokolik) relaksasyonudur^(1,2,5). Dalgard 1952 yılında gastrosplenik veya gastrokolik ligamanlardan biri kesilmedikçe midenin rotasyona uğramıyacağını ve dolu midenin boş mideye göre daha kolay rotasyonunun gerçekleşeceğini göstermiştir⁽⁶⁾. Bazı vakalarda mide volvulusu idiopatik olabilir, fakat fakat vakaların büyük bir bölümünde tanımlanabilir bir predispozan faktör vardır. Konjenital veya akkiz adezyonlar duodenumda obstruksiyona yol açarak mide volvulusuna neden olabilirler^(1,4). Büyük paraözofajial hiatus hernisi, diafragmatik hernilerin diğer tipleri, konjenital veya akkiz diafragma evantrasyonları ve sol diafragma elevasyonu ile sonuçlanan herhangi bir patolojide mide volvulusu oluşumunu kolaylaştırır^(1,2,5). Bizim olgumuz da geçirilen travma ve toraks ameliyatına bağlı olarak sol hemidiafragma elevasyonu mevcuttu. Bunun yanında travmanın etkisiyle olduğunu düşündüğümüz ve volvulusun da neden olduğunu sandığımız sol hemidiafragmada keseleşme, inceleşmede mevcuttu. Ayrıca hastanın şikayetlerinin travmadan bir yıl sonra başlıyor olması patolojinin travma ile ilişkisini ortaya koymaktadır.

Mide volvulusu, topografik olarak 1912 yılında Von Haberer tarafından yapılan ve Singleton tarafından modifiye edilen klasifikasyona göre organoaksial volvulus ve me-

zenteroaksial volvulus olarak iki tipe ayrılır. Organoaksial tip, midenin longitudinal aksı boyunca oluşur. Bu tip volvulusun büyük çoğunluğu akut veya total mide volvulusu şeklindedir. Genellikle büyük kurvatür küçük kurvatürün önüne ve yukarısına doğru döner. Mezenteroaksial tipte; mide küçük kurvatürün ortasından büyük kurvatüre çizilen hayal çizgisinden rotastona uğrar. Bu tip genellikle idiopatik ve parsiyeldir. Spontan detorsiyon ve rekurrent episodlar yaygındır. Klinik tabloda distansiyon, hassasiyet, kitle gibi abdominal bulgular hakimdir. Bu tipte sıklıkla radyolojik inceleme ile tanı konabilir^(1,5,7). Nitekim bizim olgumuzda hastanın şikayetleri pilor stenozuna benzediği için yanıtıcı olmuş; ancak baryumlu radyolojik inceleme sonucu tanı konabilmiştir.

Akut mide volvulusunda semptomlar dramatik ve karakteristiktir. Borchardt 1904 yılında tanıda büyük değeri bulunan semptom triadını tarif etmiştir; Şiddetli karın ağrısı ve kusma, kusmayı takip eden şiddetli öğürtü ve yeterli kusamama hali, nazogastrik tüpün takılmasında güçlük veya takılmaması hali^(1,2,4). Carter ve ark. yukarıda belirtilen özelliklere ilave olarak; mide toraksta ise abdominal bulguların minimal olduğunu, paraözofajial hiatal herninin eşlik ettiği vakalarda çekilen akciğer grafisinde göğüs alt kısmı veya karın üst kısmında içi gaz dolu bir organ şeklinde görüldüğünü, acil üst gastrointestinal incelemelerde obstruksiyonun yerinin gösterilebildiğini ifade etmişlerdir⁽¹⁾. Bizim olgumuzda nazogastrik sonda takılmasında bir problemle karşılaşılma ve mide aşırı dilate olduğu için hasta pilor stenozu ön tanısıyla sevisse yatırıldı.

Akut mide volvulusu sonucu nekroz midenin zengin damarsal yapısı nedeniyle oldukça nadirdir (%5). Bu hastalarda gastrointestinal kanama, akut kardiopulmoner

distres ve şok belirgin özelliklerdir. Akut mide volvulusu sıklıkla paraözofagial herni ile birlikte görülmesine rağmen, strangüasyonlu vakaların büyük çoğunluğu travma sonucu oluşan diafragma hernileridir⁽¹⁾. Bizim olgumuzda travma anemnezi olması rağmen ameliyat bulguları tam bir diafragma hernisi lehine değildi.

Mide volvulusunda teşhis hekimin akla getirmesi ile, klinik ve radyolojik olarak karakteristik özelliklere sahip olması nedeniyle kolaylaşır. Literatürde bildirilen strangüasyonlu vakalar genellikle organoaksial tip olmasına rağmen, bizim vakamız mezenteroaksial tiptir.

Nazogastrik tüpün mideye rahat yerleştirilebildiği vakalarda mide dekompresyonu yapılarak volvulus detorsiyone edilebilir. Özellikle kardianın açık olduğu mezenteroaksial tipte bu yöntem denenmelidir, fakat başarı şansının düşük, rekürrens şansının çok yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Son yıllarda endoskopik olarak volvulus redüksiyonu yapılabileceğine ilişkin yayınlar artmaktadır^(1,3,8,9). Mide volvulusunun cerrahi tedavisinde amaç midenin dekompresyon ve detorsiyonundan sonra rekürrensi önlemek için volvulusa neden olan patolojinin anatomik onarımı şeklindedir. Bu nedenle volvulus düzeltildikten sonra mide fiksasyonu sağlanmalı ve eşlik eden patoloji düzeltilmelidir. Midede nekroz mevcutsa iskeminin yaygınlığına göre subtotal veya total gastrektomi yapılmalıdır^(1,2,4). Nazogastrik dekompresyonun özellikle mezenteroaksial tipte başarılı olabileceği bildirilmiştir. Yüksek riskli hastalarda geçici gastrostomi ve endoskopik dekompresyon işlemi yapılabilir.

Mide volvulusu cerrahi kliniklerde nadir

görülmeyle beraber her zaman ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken klinik bir tablodur. Özellikle paraözofagial herni, diğer nedenlere bağlı diafragma hernileri, sol diafragma yükselmesine neden olan predispozan faktörlerin varlığında mide volvulusu her zaman ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

Geliş tarihi : 21.04.1999

Yayına kabul tarihi : 19.07.1999

Yazışma adresi:

Dr. Adem DERVÜŞOĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

55139 Kurupelit, SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Carter R, Brewer L, Hinshaw D. Acute gastric volvulus. Am J Surg 1980; 140: 99-106
2. Guernsey JM, Connolly JE, Alto P. Acute, complete gastric volvulus. Arch Surg 1963; 86 : 423-429.
3. Wassella JA, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis and treatment. Am J Gastroenterol 1993; 88 : 1780-1784.
4. Giblin TB, Martin JD. Volvulus of the stomach. Am Surg 1960; 26: 759-762.
5. Norman CT. Chronic and recurrent volvulus of the stomach. Am J Surg 1968; 115: 505-515.
6. Dalgard JB. Volvulus of the stomach. Acta Clin Scand 1952; 103: 131.
7. Alwan MH, Said BA. Acute gastric volvulus. Dig Dis Sci 1989; 34: 1309.
8. Lowenthal MN, Odes HS, Fritsch E. Endoscopic reduction of acute gastric volvulus complicating motor neuron disease. Isr J Med Sci 1985; 21: 552-553
9. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R ve ark. Endoscopic Management of chronic organoaxial volvulus of the stomach. Am J Gastroenterol 1990; 85: 1486-1488.

