

# Nadir bir ileus nedeni olarak sklerodermanın intestinal tutulumu: Olgu sunumu

Mesut Dede, İbrahim Barut, Ömer Rıdvan Tarhan

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta,

## Özet

Skleroderma kollogen depozitlerinin birikimiyle beraber, fibrozis ve mikrovasküler hasar oluşturan sistemik bir hastalıktır. Deriden sonra en sık gastrointestinal sistem tutulur. Sklerodermadaki primer patolojik değişiklik düz kasların fibrozis ile yer değiştirmesidir. Bu da pseudoobstrüksiyonun primer nedenidir. Karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal şişkinlik, konstipasyon, fekal inkontinans sık görülen semptomlardır. Bu makalede sklerodermanın intestinal tutulumu olan olgumuz sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Skleroderma, intestinal tutulum, ileus

## Abstract

### Scleroderma; As a Rare Cause of Intestinal Obstruction: Report of a Case

Scleroderma is a systemic disease causing microvascular injury and fibrosis accompanying with collagen deposits. Gastrointestinal system is the second most frequent involvement site after skin. Fibrotic changes of smooth muscles are the primary histopathological change in scleroderma. This is the primary cause of pseudo-obstruction. Abdominal pain, distention, nausea, vomiting, constipation, and fecal incontinence are frequent symptoms. Here we report a case of scleroderma with intestinal involvement.

**Key words:** Scleroderma, intestinal involvement, intestinal pseudo obstruction.

## Giriş

Skleroderma kollogen depozitlerinin birikimiyle beraber, fibrozis ve mikrovasküler hasar oluşturan sistemik bir hastalıktır<sup>1,2,3</sup>. Deriden sonra en sık gastrointestinal sistem tutulur<sup>4</sup>. Sklerodermalı hastaların %50 kadarında incebarsak tutulumu görülür<sup>5</sup>. Karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal şişkinlik, barsak motilitesinin azalması sık görülen semptomlardır<sup>6,7</sup>. Sklerodermadaki primer patolojik değişiklik düz kasların fibrozis ile yer değiştirmesidir. Bu da pseudoobstrüksiyonun primer nedenidir. Kolon tutulumu ise %10-50 arasında görülür<sup>5</sup>. Konstipasyon, fekal inkontinans sık görülen semptomlardır. Bu makalede sklerodermanın intestinal tutulumu olan olgumuz sunulmaktadır.

## Olgu

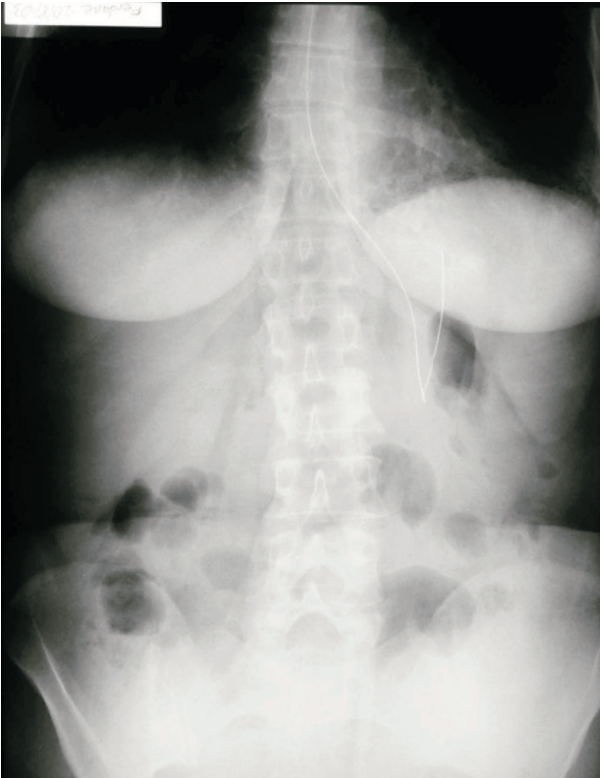
Dört gündür devam eden sağ alt ve sağ üst karın ağrısı, iki gündür olan bulantı ve safralı kusma şikayetleri ile acil polikliniğine başvuran ve daha önce histopatolojik olarak skleroderma tanısı almış

44 yaşındaki kadın hastanın muayenesinde sağ alt ve üst kadranda daha fazla olmak üzere karın tüm kadranda yaygın hassasiyeti mevcuttu, ancak efan ve rebound yoktu. Barsak sesleri hipoaktifti. Yapılan hemogram ve biyokimyasal analizlerde anormal bir değere rastlanmadı. Ayakta direk batın grafisinde incebarsak düzeyinde multipl hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. (Resim 1). Tüm abdomen ultrasonografide; dilate barsak ansları dışında bir patoloji tespit edilmedi. Hastanın öyküsünde klinikopatolojik olarak skleroderma tanısı almış olduğundan klinik bulguların da intestinal obstrüksiyonu düşündürmesi sebebiyle; sklerodermanın intestinal tutulumu gösteren pseudoobstrüksiyon tanısıyla hospitalize edildi. Hastanın oral alımı kesildi. Hastaya uygun sıvı elektrolit ve periferik parenteral nutrisyon tedavisi başlandı. Lewin tüpü ile dekompresyon uygulandı. Prokinetik olarak metoklopromid kullanıldı. Klinik izleminde, yatışının 3. günü başvuru şikayetleri ve muayene bulguları düzeldi. Ayakta direk batın grafisindeki hava-sıvı seviyeleri kayboldu (Resim 2). Oral alımı tolere eden olgu yatışının 4. günü şifa ile taburcu edildi.

**Yazışma Adresi:** Yrd. Doç. Dr. İbrahim BARUT  
SDU Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi, 32900 - İSPARTA / TÜRKİYE  
Telefon: 0-246-2112280 Fax: 0-246-2234284  
E-mail: ibarutt@hotmail.com



Şekil 1: Başvuru sırasındaki Ayakta Direk Karın Grafisi (Multipl incebarsak hava-sıvı seviyeleri mevcut)



Şekil 2: Medikal tedavi sonrası Ayakta Direk Karın Grafisi (İncebarsak hava-sıvı seviyeleri kaybolmuş)

### Tartışma

Sklerodermada gastrointestinal tutulum oranının %90'dan fazla olduğu, özefagusun %50-70, incebarsakların %50, kolonun ise %10-50 oranında tutulduğu bildirilmiştir<sup>5</sup>.

Sklerodermada gözlenen primer patolojik değişiklik, inflamatuvar bir reaksiyon, vasküler bozulma ve anlamlı sayıda fibroblast görülmeksizin düz kasların kollogen ile yer değiştirmesidir. Kliniksel özellikler esas olarak nöral hasar ve ikincil olarak vasküler iskemiye bağlı düz kas fibrozisi, daha sonra düz kas atrofisi ile oluşmaktadır<sup>2,3,7,8</sup>.

Sklerodermalı hastalarda barsaklarda oluşan ring kontraksiyonların fibroze bağlı gecikmesi üzerine motilite yavaşlar Böylece hipomotiliteye bağlı pseudoobstrüksiyon, bakteriyel kolonizasyon, malabsorbsiyon oluşur<sup>2,3</sup>.

Klinikte; olgumuzda da görülen karın ağrısı, bulantı, kusma, konstipasyon şikayetlerinin yanısıra, erken doyumluk hissi, abdominal şişkinlik, anoreksi, diyare şikayetleri de görülebilir<sup>7</sup>. Malabsorbsiyon, malnütrisyon ve ölüm seyrek görülür. Hastalarda esansiyel vitamin ve element eksikliği görülebilir<sup>6</sup>. Baryumlu incelemelerde kolonun %10-50 arasında tutulduğu belirtilmektedir. Bu hastalarda kolonik transit zamanı uzamaktadır. Anorektal disfonksiyon meydana gelmektedir.

Kolona bağlı semptomlar daha azdır. Konstipasyon sık görülmektedir<sup>1</sup>. Geniş ağızlı divertiküller en sık komplikasyondur. Ayrıca sterkorol ülserasyonlar, megakolon, telenjiektazi, perforasyon da oluşabilir<sup>9</sup>. Anal tutulum sonucu fekal inkontinans oluşmaktadır. Teşhiste ayakta direk batın grafisinde dilate barsak ansları, baryumlu pasaj grafisinde baryumun tam boşaltılmaması<sup>7</sup>, motilite testi, endoskopik olarak jejunumdan alınan aspiratta bakteriyel içerik araştırılması, hidrojen soluma testi, rektoanal inhibitör refleksin azalmasını gösteren motilite testleri kullanılmaktadır<sup>5</sup>. Sunulan olguda ayakta direk batın grafisi, klinik bulgular ve öyküsünde skleroderma tanısı almış olmasından dolayı tanı için yeterli bulunmuştur. Hastada mekanik bir obstrüksiyon düşündürecek, fizik muayene ve klinik bulgular olmadığından, kolonoskopi ve kolon grafisi akut dönemde planlanmamıştır. Hasta taburcu olduktan sonra gerçekleştirilen baryumlu kolon grafisi ve kolonoskopisinde lümeneye ait mekanik obstrüksiyon sebebi olabilecek bir patolojiye rastlanmamıştır. Tedavide; intestinal tutulumlu sklerodermanın, gastrik ve intestinal semptomların önlenmesine yönelik, semptomatik olarak yaklaşımında metaklopramid,

cisapride veya eritromisin prokinetik ajan olarak kullanılmaktadır<sup>7,10</sup>. Oral alımın kesilerek barsak istirahati, nazogastrik tüp ile dekompresyon akut tedavide kullanılabilir<sup>7</sup>. Prokinetik ajanlar motiliteyi stimüle etmekte, intestinal stazı azaltmakta, tekrarlayan pseudoobstrüksiyonu önlemektedir<sup>10</sup>. Bakteriyeel overgrowth tedavisinde ampicilin, tetrasiklin, ciproflaksasin gibi geniş spektrumlu antibiyotikler 2-3 haftalık periyotlarla kullanılabilir<sup>7</sup>. Ancak olgumuzda antibiyotik tedavisi uygulanmamıştır. Hastalarda esansiyel vitamin ve element desteği, total parenteral nütrisyon şeklinde nutrisyonel destek verilebilir<sup>6</sup>. Olgumuzda da, oral alım kesildi. Periferik parenteral nütrisyon ve sıvı-elektrolit tedavisi uygulandı. Nazogastrik sonda ile dekompresyon yapıldı. Prokinetik olarak metoklopromid kullanıldı. Bu tedavilerle hastanın klinik bulguları düzeldi ve şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak, sklerodermada intestinal tutulumun olguların %50'sinde görülebileceği unutulmamalıdır. Olguların tedavisinde; destekleyici medikal tedavi ile birlikte nazogastrik tüp ile dekompresyon, oral alımın kesilmesi, periferik parenteral nütrisyon uygulanması ve prokinetik ajanların kullanımının, temel tedavi yaklaşımını oluşturması gerektiği kanaatindeyiz.

### Teşekkür

Yazarlar, makalenin yazım aşamasındaki önerileri ve katkıları için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalı Öğretim Üyeleri Prof.Dr.Mahmut BÜLBÜL ve Yrd.Doç.Dr.Celal ÇERÇİ'ye teşekkür ederler.

### Kaynaklar

1. Kobayashi T, Kobayashi M, Naka M, Nakijima K, Momose A, Toi M.:Response to octreotide of intestinal pseudoobstruction and pneumatosis cystoides intestinalis associated with progressive systemic sclerosis. *Gastroenterology*. 1988;95(4):1114-8
2. Rohrmann CA Jr, Ricci MT, Krishnamurthy S, Schuffler MD.:Radiologic and histologic differentiation of neuromuscular disorders of the gastrointestinal tract:Visceral myopathies and progressive systemic sclerosis. *Gastroenterology*.1979;77(4 Pt 1):664-71
3. Schuffler MD, Beegle RG: Progressive systemic sclerosis of the gastrointestinal tract and hereditary hollow visceral myopathy: Two distinguishable disorders of intestinal muscle. *Eur Emerg Med*. 2001;8(4):333-5
4. Ortiz-Alvarez O: Intestinal pseudo-obstruction as an initial presentation of systemic sclerosis in two children. *Dig Dis Sci*. 1995;40(9): 1892-901
5. Michele A. Young, MD, Suzanne Rose, MD AND James C.Reynolds, MD: Gastrointestinal manifestations of scleroderma. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 1996;22(4):797-813-817
6. Stafford-Brady FJ, Kahn HJ, Ross TM, Russell ML.:Advnced scleroderma bowel:Complications and management. *AJR Am Roentgenol* 1984;143(5):933-41
7. A.V. Emmanuel, A.G. Shand and M.A. Kamm: Erythromycin for the treatment of chronic intestinal pseudo-obstruction: Description of six cases with a positive response. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:687-693
8. Venizelos ID, Shousha S, Bull TB , Parkins RA.: Chronic intestinal pseudo-obstruction in two patients. Overlap of features of systemic sclerosis and visceral myopathy. *J Rheumatol*. 1988;15(5):869-74.
9. Exadaktylos A, Papagrigroriadis S.: Chronic constipation-a lethal danger in patients with systemic scleroderma. *Br J Rheumatol*. 1997;36(2):280-4
10. Verne GN, Eaker EY, Hardy E, Sninsky CA.: Effect of octreotide and erythromycin on idiopathic and scleroderma-associated intestinal pseudoobstruction. *Intern Med*. 1993;32(7):607-9