

Sigmoid kolonda iskemiye sebep olan akut kolonik psödoobstrüksiyon: Olgu sunumu

Acute colonic pseudo-obstruction causing sigmoid colon ischemia : Case report

* Oktay Karaköse
* Hüseyin Pülat
** Mehmet Fatih Benzin
** Girayhan Çelik
** Gökhan Avcı
* Recep Çetin

* Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Cerrahi
Onkoloji BD, Isparta
** Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi
AD, Isparta

Öz

Akut kolonik psödoobstrüksiyon (Ogilvie sendromu), mekanik bir obstrüksiyon olmadan ileri derecede kolon dilatasyonu ile karakterize bir sendromdur. Önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. İskemi ve perforasyon korkulan komplikasyonlarıdır. Kliniği hakkında çok fazla bilgi olmasına rağmen, tanısı zordur ve genellikle gecikmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda beraberinde travma, enfeksiyon, kardiyak hastalıklar, geçirilmiş cerrahi ve nörolojik hastalıklar gibi predispozan bir faktör bulunmaktadır. Biz bu makalede; Parkinson hastalığı olan bir olguda gelişen ve sigmoid kolonda iskemiye sebep olan Ogilvie sendromunu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Akut kolonik psödoobstrüksiyon, Parkinson hastalığı, Ogilvie sendromu

Abstract

Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome), is a syndrome characterized with severe dilatation of the colon without a mechanical obstruction. Is an important cause of morbidity and mortality. Ischemia and perforation are feared complications. Although there are much information about the syndrome, clinical diagnosis is difficult and often delayed. In the majority of patients, there are predisposing factors such as ; trauma, infection, heart diseases, neurological diseases and previous surgery. In this article we aimed to present a patient with Parkinson's disease who developed sigmoid colon ischemia caused by Ogilvie's syndrome.

Keywords: acute colonic pseudo-obstruction, Parkinson's disease, Ogilvie's syndrome

Yazışma Adresi:
Yrd. Doc. Dr. Oktay Karaköse
Süleyman Demirel Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji BD,
Isparta
e-mail: oktaykarakose@mynet.com

Giriş

Kolonik psödoobstrüksiyon, mekanik bir neden olmadan kolonik obstrüksiyonu gösteren radyolojik görünüm ve semptomlar ile karakterize kinlik bir sendromdur (1). Akut ve kronik formları vardır. Mekanik bir obstrüksiyon olmadan ileri derecede kolon dilatasyonu olan akut kolonik psödo-obstrüksiyon (2); ilk kez Sir William Ogilvie tarafından 1948'de rapor edildiği için, Ogilvie sendromu olarak isimlendirilmiştir (3). Önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. İskemi ve perforasyon korkulan komplikasyonlarıdır. Spontan perforasyon olguların % 3-15'inde bildirilmiş olup, bunların mortalite oranı % 50 ve üzerindedir (4). Kliniği hakkında çok fazla bilgi olmasına rağmen, tanısı zordur ve genellikle gecikmektedir. Erken teşhis ve zamanında tedavi morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için önemlidir. Ogilvie sendromu gelişen hastaların büyük bir çoğunluğunda (>% 95) beraberinde predispozan bir faktör bulunmaktadır. Travma, enfeksiyon, kardiyak hastalıklar, geçirilmiş cerrahi ve nörolojik hastalıklar bunların başlıcalarıdır (5). Biz bu makalede 79 yaşında Parkinson hastalığı olan bir bayan olguda gelişen ve kolonik iskemiye sebep olan Ogilvie sendromunu sunmayı amaçladık.

Olgu

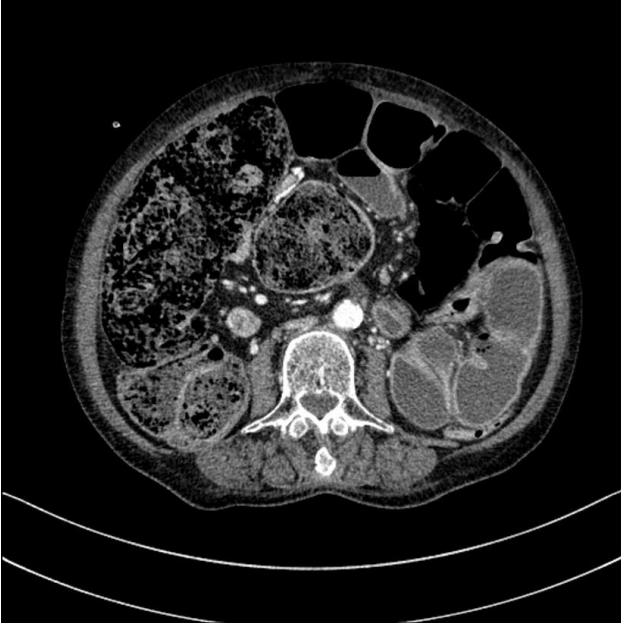
Parkinson hastalığı tanısı olan, 79 yaşında bayan hastadır. Uzun yıllardır dispeptik şikayetleri ve zaman zaman konstipasyonu oluyormuş. Son 1 aydır karında şişkinlik, bulantı, iştahsızlık ve konstipasyonu olmuş. 15 gün önce lavman tedavisi sonrası rahatlamış. Konstipasyonun devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Genel durumu orta, vital bulguları stabildi. Batın muayenesinde yaygın hassasiyeti vardı. Defans ve rebound yoktu. Barsak sesleri azalmıştı. Kan hemogram ve biyokimya değerleri normal idi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri vardı.

Hastanın ağızdan gıda alımı kesildi. Sıvı tedavisi başlanarak, nazogastrik sonda takıldı. Dekompresyon sağlamak için lavman ve rektal tüp uygulandı. Abdomen ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Batın hassasiyeti ve hava sıvı seviyeleri devam eden hastaya Abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) planlandı. BT'de jejunal anslar dilate görünümdeydi. Hava- sıvı seviyeleri görülmekteydi. Obstrüksiyon veya daralma saptanmadı. Çekum, çıkan kolon, transvers kolon ve splenik

fleksurada distansiyon, lümeninde yoğun feçes vardı. İnen kolon ve sigmoid kolon kollabeydi.



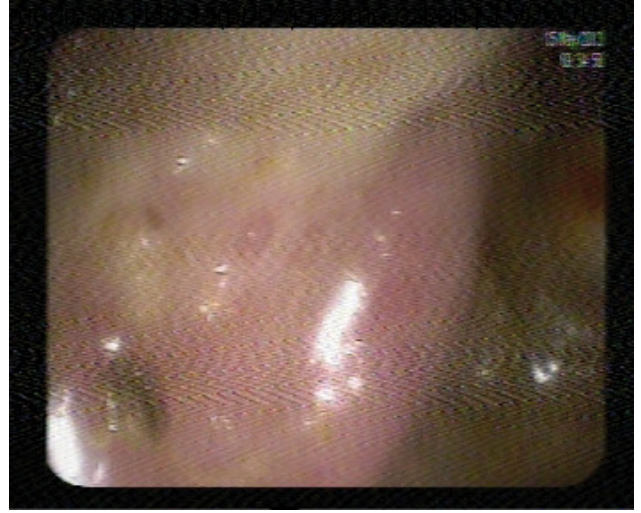
Şekil 1. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri



Şekil 2. Yoğun feçes içeren kolon ve dilate jejunal anslar.

Hastada organik bir hastalık düşünülmedi. Ancak takibinde intestinal obstrüksiyon bulguları devam etti. Kolonoskopik dekompresyon uygulandı. Ancak yetersiz barsak temizliği nedeniyle faydalı olmadı. Çok az değerlendirilebilen kısımda, mukoza siyanotik görünümde olup yer yer ülser alanlar izlendi. Takibinin 5. gününde nazogastrik sondadan gelen içerik intestinal oldu. Batın distansiyonu artarak, tüm kadrarlarda defans ve rebaund gelişti. Beyaz küre değeri 16000 μ L'e yükseldi.

Bu bulgular üzerine, acil operasyona karar verildi. Eksplorasyonda, çekumdan rektuma kadar bütün kolon segmentleri dilate olup yoğun feçes içeriyordu. İnen kolon ve sigmoid kolon içinde fekalomlar vardı. Sigmoid kolon dolaşımı aşırı dilatasyona bağlı olarak bozulmuş olup, iskemik görünümdeydi.



Şekil 3. Kolonoskopide ödemli mukoza



Şekil 4. Operasyon görüntüsü. Sol tarafta transvers kolon, sağ da ise sigmoid kolon ansı.

Dolaşımı bozulmuş olan sigmoid kolonla beraber aşırı dilate olmuş splenik fleksura ve inen kolon rezeke edilerek, Hartman prosedürü uygulandı. Transvers kolon seviyesinde umblikus soluna uç kolostomi açıldı. Postoperatif 1 gün yoğun bakım servisinde takip edildi. Postoperatif 2. gün hastaya rejim başlandı. Kolostomiden gayta deşarjı oldu. Postoperatif 6.gün yara yerinde enfeksiyon gelişmesi nedeniyle, insizyonu aralanarak açık yara pansumanına geçildi. İnsizyonun tekrar sütüre edilmesi sonrasında şifa ile taburcu edildi. Çıkarılan spesimenin patolojik incelemesi; kolon mukozasının düzleştiği, normal pililerin ortadan kalktığı görülüp kolonda iskemik olarak rapor edildi.

Tartışma

Akut kolonik psödoobstrüksiyon, büyük olasılıkla kolonun motor fonksiyonunun otonomik düzenlenmesindeki bir değişiklikten kaynaklanmaktadır. Hangi mekanizma ile geçici olarak kolonik motilitenin baskılandığı ve dilatasyon meydana geldiği bilinmemektedir (6). Oluşumunda birlikte bulunan başka hastalıklar etkilidir. 400 Hastalık retrospektif bir çalışmada en yaygın predispozan faktörler; travma (%11.3), enfeksiyon (%10), kardiyak hastalık (%10), cerrahi (%9.3) ve nörolojik hastalıklardır (%9.3) (5). Bizim hastamızda da Parkinson hastalığı var idi.

Literatürde Parkinson hastalığında Ogilvie sendromu olgusu bildirilmiştir (7). Savica ve ark. nin yaptığı çalışmada konstipasyonun Parkinson hastalığının en erken işaretlerinden biri olduğu ve motor semptomların başlangıcından iki dekad veya daha önce ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmada Parkinson hastalarında kontrollere göre iki kat fazla konstipasyon öyküsü olduğu bildirilmiştir. Bulgular Parkinson hastalığının erken evrelerinden itibaren otonomik fonksiyonu olumsuz etkilediği hipotezi ile uyumludur (8). Bizim hastamızın da uzun süredir zaman zaman olan konstipasyon şikayeti mevcut idi.

Hastalığın klinik özellikleri karın şişliği, karın ağrısı, bulantı ve kusmayı içerir. Karın şişkinliği genellikle 3-7 gün içinde gelişir. İskemi veya perforasyon gelişmesi durumunda belirtilere ateş, belirgin hassasiyet ve lökositoz eklenir (5).

Tanıda abdominal radyografi ile kolonik dilatasyonun derecesi, incebarsaklarda dilatasyon ve hava sıvı seviyeleri görülebilir. Mekanik obstrüksiyonun dışlanması için Abdomen BT gerekebilir (9). Bizim hastamızın da direk batın grafisinde dilate barsak ansları ve hava sıvı seviyeleri vardı. Batın bulgularının devam etmesi ve kliniğinin medikal tedaviye dirençli olması üzerine yapılan Abdomen BT'de mekanik bir neden görülmedi. Tedavi seçenekleri; destekleyici önlemler, farmakolojik tedavi, kolonoskopik dekompresyon ve cerrahi içerir. Destekleyici önlemler; ağızdan gıda alımının kesilmesi, sıvı ve elektrolit dengesinin düzeltilmesi, nazogastrik drenaj, rektal tüp ile drenaj, etken olabilecek medikasyonun sınırlandırılması ve mümkün olduğunca mobilizasyondur. Bütün hastalar için başlangıç tedavisi olarak uygulanır.

Medikal tedavide ilk seçenek neostigmindir. Reversibl asetilkolinesteraz inhibitörüdür. Dolaylı olarak

muskarinik parasempatik reseptörleri stimüle ederek kolonik motor aktiviteyi artırır. Ancak neostigmin geçici fakat derin bradikardi oluşturabilir. Eritromisin ve sisaprid kullanılabilecek diğer ajanlardır (10).

3-4 günü geçen abdominal distansiyon, 24-48 saatlik destekleyici tedaviye rağmen gelişme olmaması, medikal tedavinin yetersiz veya kontrendike olduğu durumlarda bir sonraki aşama olarak kolonik dekompresyon düşünülmelidir. Terapötik faydasını artırmak için, kolonoskopi sırasında dekompresyon tüpü yerleştirilmesi tavsiye edilmektedir (10).

İskemi ve perforasyon düşünülmeden, kolonoskopik dekompresyonun yetersiz olduğu cerrahi için yüksek riskli olan hastalara perkütan endoskopik çekostomi yapılabilir (11).

Dekompresyon için endoskopik ve medikal tedavilerin yetersiz olduğu ya da iskemi veya perforasyon düşünülen hastalara cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Uygulanacak cerrahi müdahalenin tipi kolonun durumuna bağlıdır. Perforasyon veya iskemi yoksa çekostomi yapılmalıdır. Çünkü başarı oranı yüksek ve morbiditesi düşüktür. İskemi ve perforasyon varlığında ise segmental veya subtotal kolektomi yapılabilir (5). Biz hastamıza başlangıçta destekleyici tedavinin hepsini uyguladık. Ancak yeterli dekompresyon sağlanamadı. Abdomen BT sonrası tanımızı Ogilvie sendromu olarak düşündük. Medikal tedavi düşündüğümüz dönemde abdominal distansiyon hızla artıp hastanın klinik durumunda kötüye gidiş oldu. Kolonoskopik dekompresyon işleminin başarısız olması ve akut batın bulguları oluşması üzerine cerrahi müdahale kararı aldık. Sigmoid kolon dolaşımı bozuk olduğu için rezeksiyonlu işlem uyguladık.

Literatürde perforasyon veya iskeminin kolon çapının en çok olduğu çekumda olduğu bildirilmektedir (10). Ancak bizim hastamızda farklı olarak iskemi gelişen bölge sigmoid kolon olmuştur.

Ogilvie sendromunda cerrahi tedavi sonrası morbidite ve mortalite oranı sırasıyla %30 ve %6'dır (5). Bizim hastamız postoperatif solunum problemi nedeniyle 1 gün yoğun bakım servisinde takip edildi. Ayrıca yara enfeksiyonu gelişmesi nedeniyle uzun bir hospitalizasyon dönemi geçirdi. Ancak postoperatif 21. günde taburcu edilebildi.

Sonuç olarak akut kolonik psödoobstrüksiyon, kolonun otonomik kontrolünde dengesizlikten kaynaklanan ve mekanik bir obstrüksiyon olmaksızın kolonun akut dilatasyonu ile karakterize bir sendromdur.

Medikal tedavi, kolonoskopik dekompresyon veya cerrahi müdahale kararı hastanın klinik durumuna göre belirlenir. Bilgisayarlı tomografi ve kolonoskopi tanı koyma ve tedavi stratejisinin belirlenmesinde tercih edilecek tetkiklerdir. Erken tanı ve uygun tedavi morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için önemlidir.

Kaynaklar

1. Coulie B, Camilleri M. Intestinalpseudo-obstruction. *Annu RevMed* 1999; 50: 37–55.
2. Saunders MD, Kimmey MB. Chapter 19: Ogilvie's syndrome. In: McDonald, JWD, Burroughs, AK, Feagan, BG, eds. *Evidence-based Gastroenterology and Hepatology*, 2nd edn. Malden, MA, USA: Blackwell Publishing, 2004: 303–9.
3. Ogilvie WH. Large-intestinecolic due to sympathetic deprivation. *BrMed J* 1948; 2: 671–3.
4. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7: 499–508.
5. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203–10.
6. De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, et al. The pharmacologic treatment of acute colonic pseudo obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 1717–27.
7. Marinella MA. Acute colonic pseudo-obstruction complicated by cecal perforation in a patient with Parkinson's disease. *South Med J*. 1997Oct;90(10):1023-6.
8. Savica R, Carlin JM, Grossardt BR, Bower JH, Ahlskog JE, Maraganore DM, Bharucha AE, Rocca WA. Medical records documentation of constipation preceding Parkinson disease: A case-control study. *Neurology*. 2009 Nov 24;73(21):1752-8.
9. Sheikh RA, Yasmeen S, Pauly MP, et al. Pseudomembranous colitis without diarrhea presenting clinically as acute intestinal pseudo-obstruction. *J Gastroenterol* 2001; 36: 629–32.
10. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Nov 15;22(10):917-25. Review.
11. Ramage JJ, Baron TH. Percutaneous endoscopic cecostomy: a case series. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 752–5.