

Bağırsak Obstrüksiyonu Nedeni ile Ameliyat Ettiğimiz Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation of Patients Operated Due to Intestinal Obstruction

Dr. Gülten KIYAK,^a
Dr. Mehmet Yiğit ÖZGÜN,^a
Dr. İbrahim Çağatay ŞİŞMAN,^a
Dr. Birol KORUKLUOĞLU,^a
Dr. Ahmet KUŞDEMİR^a

^a2. Genel Cerrahi Kliniği,
Ankara Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Gülten KIYAK
Ankara Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
2. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
TÜRKİYE/TURKEY
gultenkiyak@yahoo.com

ÖZET Bu retrospektif çalışmada mekanik bağırsak obstrüksiyonuna neden durumları irdelemek ve mekanik ince bağırsak obstrüksiyonlarını incelemek istedik. Şubat 2004 ve nisan 2009 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi kliniğinde mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile ameliyat edilen tüm hastaları bu retrospektif çalışmamıza dahil ettik. Mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedenlerini irdeledik. 21 kadın, 32 erkek 53 hasta mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat edildi. Hastaların yaşı 23-89 yaş aralığında, yaş ortalaması ise 62.35 idi. 22 (%41.50) hastada mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeni kalın bağırsak kaynaklı idi. 19 hastada (%86.3) obstrüksiyon sebebi kolon kanseri idi. 1 (%4.5) hastada sigmoid volvulus, 1 hastada (%4.5) divertikülit, 1 (%4.5) hastada da akut kolonik psödoobstrüksiyona bağlı ileus geliştiği tespit edildi. 31 (%58.5) hastada mekanik obstrüksiyon nedeni ince bağırsak kaynaklı idi. 15 (%48.4) hastada geçirilmiş ameliyatlardan sonucu gelişmiş yapışıklıklar, 4 (%12.9) hastada internal fıtıklaşma, 4 (%12.9) kısmi ince bağırsak iskemisi, 4 (%12.9) hastada inkarsere fıtık, 1 (%3.2) hastada spontan ince bağırsak perforasyonu, 1 (%3.2) hastada ince bağırsak mezenterinde hematoma, 1 (%3.2) hastada Meckel divertikülüti, 1 (%3.2) hastada ince bağırsak tümörü saptandı. Mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastaların yarısından fazlasında neden ince bağırsak kaynaklı idi. Geçirilmiş ameliyatı olan hastalarda neden genellikle yapışıklıklar olup konservatif tedavi başarısız olursa laparotomi ve adezyolizis planlanmalıdır. Ancak geçirilmiş ameliyatı olmayan hastalarda, nadir görülen, bulguları silik olan internal fıtıklaşma ve kısmi ince bağırsak iskemisi gibi nedenler akla getirilmeli, ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalı ve ameliyat kararı ivedilikle verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bağırsak obstrüksiyonu, adezyon, ayırıcı tanı

ABSTRACT We wished to investigate small bowel obstruction and to determine causes of mechanical obstruction in this retrospective study. All patients undergoing operative treatment at the second surgery department of Atatürk Research and Training Hospital for mechanical bowel obstruction between February, 2004 and April, 2009 were included in this study. We explicated the causes of mechanical intestinal obstruction. 21 female, 32 male 53 patients were operated for bowel obstruction. The mean age of this patients was 62.35 (range 23-89). 22 (41.50%) patients had large bowel obstruction as cause of mechanical obstruction. 19 (86.3%) patients had colon carcinoma. It was determined sigmoid volvulus in one (4.5%) patient, diverticulitis in one patient (4.5%) and acute colonic pseudoobstruction in one (4.5%) patient. 31 (58.5) patients had small bowel obstruction as cause of mechanical obstruction. It was determined abdominal adhesions related with previous operations in 15 (48.4%) patients, internal herniation in 4 (12.9%) patients, partial small bowel ischemia in 4 (12.9%) patients, incarcerated hernia in 4 (12.9%) patients, spontaneously small bowel perforation in 1 (3.2%) patient, small bowel mesenteric hematoma in 1 (3.2%) patient, Meckel's diverticulitis in 1 (3.2%) patient, small bowel carcinoma in 1 (3.2%) patient. More than half of patients had small bowel obstruction as cause of mechanical obstruction. Patients operated previously had mostly abdominal adhesions as cause of mechanical obstruction which required laparotomy and adhesiolysis if conservative treatment failed. But, for patients having not operation previously, it should be considered rare causes of ileus such as internal herniation and partial small bowel ischemia and required advanced imaging technique. The clinical situation should require to give a decision for operation.

Key Words: Bowel obstruction, adhesion, differential diagnosis

Mekanik bağırsak obstrüksiyonları acil servislerde sıklıkla rastlanılan ve cerrahi konsültasyon gerektiren durumlardır. Kalın bağırsak obstrüksiyonlarının büyük çoğunluğu cerrahi tedavi gerektirir. İnce bağırsak obstrüksiyonları ise mekanik, mekanik olmayan ve vasküler iskemiye bağlı nedenler sonucu gelişebilir.¹ İnce bağırsak obstrüksiyonlarının tedavisinde cerrahi olmayan yaklaşımlara öncelik verilir,² çünkü ince bağırsak tıkanıklıkları %60-80 oranında daha önce geçirilmiş laparotomi veya laparoskopisi sonucu gelişmiş yapışıklıklara bağlıdır ve hastaların %50'sinden fazlası konservatif tedavi ile açılırlar.^{3,4} Ancak ameliyat geçirmemiş hastalarda ince bağırsak tıkanıklığı yapabilecek çok değişik ve hayatı tehdit eden nedenler olabilir.

Biz de bu çalışmada mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile ameliyat ettiğimiz hastalarımızı retrospektif olarak taradık. Bu tabloya neden olan durumları irdelemek ve mekanik ince bağırsak obstrüksiyonlarını incelemek istedik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Şubat 2004 ve nisan 2009 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi kliniğinde mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile ameliyat ettiğimiz tüm hastaları bu retrospektif çalışmamıza dahil ettik. Bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile acil servise başvuran hastalar detaylı anamnez ve fizik muayene, tam kan sayımı, biyokimyasal parametreler ve düz karın grafileri ile değerlendirildi. Malign obstrüksiyon, iskemi, nekroz ve inkarserasyon düşünülen hastalar sıvı elektrolit dengesi düzeltildikten hemen sonra ameliyata alındı. İnce bağırsak obstrüksiyonu düşünülen hastalarda önce konservatif yaklaşım denendi, ancak karın grafilerinde hava-sıvı seviyelerinin sebat ettiği ve klinik bulguların gerilemediği hastalarda ameliyat kararı alındı.

BULGULAR

21 kadın, 32 erkek 53 hasta bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat edildi. Hastaların yaşı 23-89 yaş aralığında, yaş ortalaması ise 62.35 idi.

22 (%41.50) hastada bağırsak obstrüksiyonu nedeni kalın bağırsak kaynaklı idi. 19 hastada

(%86.3) obstrüksiyon nedeni kolon kanseri idi ve 14 hastada (%63.6) sigmoid kolon, 2 hastada (%9) sağ kolon, 2 hastada (%9) sol kolon, 1 hastada (%4.5) rektumda lokalize idi. 1 (%4.5) hastada sigmoid volvulus, 1 hastada (%4.5) divertikülit, 1 (%4.5) hastada da akut kolonik psödoobstrüksiyona bağlı ileus geliştiği tesbit edildi (Tablo 1).

31 (%58.5) hastada bağırsak obstrüksiyonu nedeni ince bağırsak kaynaklı idi. 15 (% 48,4) hastada geçirilmiş ameliyatlar sonucu gelişmiş yapışıklıklar, 4 (%12.9) hastada internal fitiklaşma, 4 (%12.9) kısmi ince bağırsak iskemisi, 4 (%12.9) hastada inkarsere fitik, 1 (%3.2) hastada spontan ince bağırsak perforasyonu, 1 (%3.2) hastada ince bağırsak mezenterinde hematoma, 1 (%3.2) hastada Meckel divertikülüti, 1 (%3.2) hastada ince bağırsak tümörü saptandı (Tablo 2).

İnternal fitiklaşma nedeniyle ameliyat ettiğimiz fitiklaşma yerleri, gastrokolik ligaman, sigmoid kolon mezosu ve iki hastada da kongenital brid idi.

TABLO 1: Kalın bağırsak tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların dağılımı.

İleus nedeni	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Kolon kanseri	19	86,3
Sigmoid volvulus	1	4,5
Divertikülit	1	4,5
Kolonik psödoobstrüksiyon	1	4,5
Toplam	22	100

TABLO 2: İnce bağırsak tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların dağılımı.

İleus nedeni	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Adezyon	15	48,4
İnternal fitiklaşma	4	12,9
Kısmi İB iskemisi	4	12,9
İnkarsere inguinal herni	4	12,9
Spontan İB perforasyonu	1	3,2
İB mezenterinde hematoma	1	3,2
Meckel divertikülüti	1	3,2
İB kanseri	1	3,2
Toplam	31	100

Kısmi ince bağırsak iskemisi nedeniyle ameliyat edilen 4 hastanın 3'ünde ince bağırsak rezeksiyonu ve ucuca anastomoz yapılırken bir hastada bağırsak üzerine sıcak uygulama yapılarak beslenme bozukluğunda düzelme sağlanabilmiştir.

İnkarsere fitik nedeniyle ileus gelişmiş 4 hastanın 3'ünde inguinal, bir hastada ise umbilikal fitik saptandı.

TARTIŞMA

Acil servislere bağırsak obstrüksiyonu tablosu ile başvuran hastalarda durumun olabildiğince çabuk aydınlatılması ve yapılacak olan tedaviye karar verilmesi, sıvı-elektrolit bozukluğunun derinleşmesi, bakteriyel translokasyon, bağırsak perforasyonu, bağırsak iskemisi ve bunlara bağlı gelişebilecek olan sepsisin engellenmesi açısından oldukça önemlidir.

Kalın bağırsak obstrüksiyonlarının büyük çoğunluğu cerrahi tedavi gerektirir. Ancak ince bağırsak obstrüksiyonlarının tedavisinde cerrahi olmayan yaklaşımlara öncelik verilir,² çünkü ince bağırsak obstrüksiyonları genellikle ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlıdır. İnce bağırsak yapışıklıklarına bağlı obstrüksiyonların %50'si konservatif tedavi olarak isimlendirilen intravenöz hidrasyon, nasogastrik veya nazointestinal dekompresyon ve oral alımın durdurulması ile açılırlar.³ Ancak bu tedavi ile başarı sağlanamadığı durumlarda ve hastanın geçirilmiş ameliyat öyküsünün olmadığı durumlarda cerrahi kararı vermek ve zamanlaması oldukça zordur. Bazı yazarlar hastanın 24-72 saat içinde tedaviye cevabı olmazsa laparotomi yapılmasını önerirler.³

Kliniğimizde bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastaların %41.5'inde kalın bağırsak obstrüksiyonu vardı. Bu hastalarımızın hepsi cerrahi tedavi gerektiren hastalardı. Ancak bir hastamızda Ogilvie sendromu olarak isimlendirilen akut kolonik psödoobstrüksiyon vardı ve mekanik obstrüksiyon düşünülerek ameliyat kararı verildi. Masif kolonik dilatasyon nedeniyle zaman kaybetmeden ameliyata aldığımız ve kolostomi açtığımız bu hasta kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş serebrovasküler olay ve konjestif kalp

yetmezliği nedeniyle tedavi görmekteydi. Hasta bu yandaş hastalıklarına bağlı nedenlerden dolayı ameliyat sonrası dönemde kaybedilmiştir. Perforasyon ve nekroz olmadığı durumlarda cerrahi müdahalenin tartışmalı olduğu bu hastalığın mortalitesi %30-60 arasında değişmektedir.⁵

Hastalarımızın %58.5'unda ince bağırsak obstrüksiyonu vardı. Bu hastaların da %48.4'ü ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı idi. Geçmiş zamanlarda inkarsere olmuş fitikler ince bağırsak kökenli obstrüksiyonların büyük çoğunluğunu oluştururken, günümüzde geçirilmiş ameliyatlar nedeniyle oluşmuş yapışıklıklara bağlı bağırsak obstrüksiyonlarında artış olmuştur.^{6,7} Bizim de mekanik ince bağırsak tıkanıklığı nedeni ile ameliyat ettiğimiz hastaların yaklaşık yarısı postoperatif adezyonlara bağlı idi. Her yapılan abdominal cerrahi prosedür yapışıklığa neden olmasına rağmen aşağı abdomen ve pelvik ameliyatlardan sonra daha sık görülmektedir.⁸ Yapılan her ameliyatın bu adezyonları arttırması nedeniyle, talk, nisaşta gibi yabancı maddeleri karın içine sokmamak, kompresleri ıslatarak kullanmak, yapışıklığa meyilli alanları ameliyat sonunda damarlı bir yapı ile örtmek, omentumu insizyon altına örtmek gibi önlemlere dikkat etmek gerekir.⁸ Gelişebilecek olan rekürenslerin önlenmesi amacıyla sodyum hialuronat, anti-adeziv membran ve sprey jeller gibi adezyon önleyici maddeleri önerenler olduğu gibi laparoskopik adezyolizisi önerenlerde vardır.^{9,10}

Geçirilmiş ameliyat öyküsü olan hastalarda obstrüksiyon nedenini bulmakta pek zorluk çekmemekteyiz. Eğer hastanın geçirilmiş ameliyatı yoksa tanı zorlaşmaktadır. İnce bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastalarımızın %12.9'da internal fitikleşme, %12.9'da ise kısmi ince bağırsak iskemisi vardı. Kısmi ince bağırsak iskemisi emboliye bağlı perfüzyon bozukluğu sonucu oluşmaktadır.¹¹ Literatürde tüm bağırsak obstrüksiyonu nedenleri arasında internal fitikleşme %1.7 oranına sahiptir.¹² Miller ve ark. 552 hastayı içeren bir çalışmalarında ince bağırsak obstrüksiyonu nedenlerini %74 adezyonlar, %5 neoplazi, %2 fitikler, %1 radyasyon ve %11 çeşitli sebepler olarak sıralamışlardır.¹³ Daha önceden ameliyat geçirme-

miş ince bağırsak obstrüksiyonu olan 119 hastanın incelendiği başka bir çalışmada ise etiyolojik nedenler HIV pozitifliği, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, kolon kanseri, diğer kanserler, divertiküler hastalık, Meckel divertikülü, Ogilvie sendromu, fitiklar, volvulus, darlık, endometriozis, kemoterapi ve radyasyon olarak sıralanmıştır.¹⁴

Bizim çalışmamızda ise hem internal herni hemde kısmi ince bağırsak iskemisine bağlı obstrüksiyonların oranlarının literatüre göre yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin hasta sayısının az olması ve adezyonlara bağlı obstrüksiyonların konservatif tedaviye cevap vermeleri olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca ince bağırsak obstrüksiyonu nedenleri dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık göstermektedir. Hem internal fitikleşme hem de kısmi bağırsak iskemisinde klinik bulgular silik olması hem tanıda gecikmeye hem de tanının ancak laparotomi ile konulabilmesine neden olmaktadır.

Strangülasyon varlığı ve ileri yaş ile mortalitede ciddi bir artış olduğunu gösteren yayınlar vardır.¹⁴⁻¹⁶ Birçok klinik çalışmada bağırsak strangülasyonunu saptayabilmek için bazı biokimyasal testler çalışılmıştır ancak güvenilirliği yeter-

li bulunmamıştır.⁷ Chou ve ark.nın yapmış oldukları bir çalışmada abdominal tomografide ince bağırsakta intramural gaz görülmesi nekrozun göstergesi olarak tanımlanmıştır.¹⁷

Sonuç olarak mekanik bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile başvuran hastalarda detaylı anamnez alınmalı, bağırsak sesleri uzun süreli ve her kadranda dinlenmeli, muhtemel fitikleşme yerleri kontrol edilmelidir.

Bağırsak obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastaların yarısından fazlasında neden ince bağırsak kaynaklıdır. Geçirilmiş ameliyatı olan hastalarda neden genellikle yapışıklıklar olup konservatif tedavi başarısız olursa laparotomi ve adezyolizis planlanmalıdır. Çeşitli önlemler ve uygun cerrahi teknik ile adezyonlara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonlarının sıklığının ve rekürenslerin azaltılması morbiditenin ve maliyetin düşürülmesi için gereklidir.

Ancak geçirilmiş ameliyatı olmayan hastalarda ve ileri yaştaki hastalarda nadir görülen, bulguları silik olan internal fitikleşme ve kısmi ince bağırsak iskemisi gibi nedenler akla getirilmeli, ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalı ve ameliyat kararı ivedilikle verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ohmiya N, Arakawa D, Nakamura M, Honda W, Shira O, Taguchi A, et al. Small-bowel obstruction: diagnostic comparison between double-balloon endoscopy and fluoroscopic enteroclysis, and the outcome of enteroscopic treatment, *Gastrointestinal Endoscopy*; 2009; 69(1):84-93.
2. Foster NM, Mc Gory ML, Zingmond DS, Ko CY. Small bowel obstruction: A population-based appraisal. *J Am Coll Surg* 2006; 203(2):170-6.
3. Tanaka S, Yamamoto T, Kubota D, Matsuyama M, Uenishi T, Kubo S, Ono K. Predictive factors for surgical indication in adhesive small bowel obstruction. *Am J Surg* 2008; 196:23-7.
4. Grafen FC, Neuhaus V, Schöb O, Turina M. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital. *Langenbecks Arch Surg DOI: 10.1007/s00423-009-0490-z*.
5. De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009;96:229-39.
6. Kreis ME, Jauch KW. Ileus aus chirurgischer Sicht. *Chirurg* 2006; 77:883-8.
7. Lo OSH, Law WL, Choi HK, Lee YM, Ho JWC, Seto CL. Early outcomes of surgery for small bowel obstruction: analysis of risk factors. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392:173-8.
8. Ertekin C, Güloğlu R, Taviloğlu K. Acil Cerahi. 1. Baskı. İstanbul: 2009: 327-40.
9. Szomstein S, Lo Menzo E, Simpfendorfer C, Zundel N, Rosenthal RJ. Laparoscopic lysis of adhesions. *World J Surg* 2006; 30: 535-40.
10. Williams SB, Greenspon J, Young HA, Orkin BA. Small bowel obstruction: conservative vs. surgical management. *Dis Col Rec* 2005; 48(6):1140-6.
11. Izbicki JR, Schneider CG, Kastl S. Partielle Ischämien. *Chirurg* 2003;74:413-8.
12. Okayasu K, Tamamoto F, Nakanishi A, Takanashi T, Maehara T. A case of incarcerated lesser sac hernia protruding simultaneously through both the gastrocolic and gastrohepatic omenta. *Radiation Medicine* 2002; 20(2): 105-7.
13. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000;180(1):33-6.
14. Fraser SA, Shrier I, Miller G, Gordon PH. Immediate postlaparotomy small bowel obstruction: a 16-year retrospective analysis. *Am Surg* 2002;68(9):780-2.
15. Greene WW. Bowel obstruction in the aged patient. A review of 300 cases. *Am J Surg* 1985;118:541-5.
16. Schroder J, Kahlke V, Staubach KH, Zabel P, Stuber F. Gender differences in human sepsis. *Arch Surg* 1998;133:1200-5.
17. Chou CK, Mak CW, Tzeng WS, Chang JM. CT of small bowel ischemia. *Abdom Imaging* 2004; 29:18-22.