

ARAŞTIRMALAR :

Klinik Araştırmalar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği

17 SİGMOİD KOLON VOLVULUSU ÜZERİNDE KLİNİK İNCELEME VE TEDAVİ YÖNTEMİNİN SEÇİMİ

Dr. Ahmet YAYCICIOĞLU(*) Dr. Ertan TATLICIOĞLU(**)
Dr. Halûk GÖKÇORA(***) Dr. Altan TÜZÜNER(****)

GİRİŞ :

Sigmoid kolon volvulus'u sigmoid kolonun kendi mezosu ile birlikte kendi uzun eksenini çevresinde dönmesi sonucu ortaya çıkan bir kalın barsak tıkanmasıdır. Bu olayda barsak kan dolaşımının da bozulması; gangren, delinme ve peritonit gibi karışımların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Vakaların % 67 - 83'ünün 50 yaşın üzerinde bulunması (1, 12, 15, 18), volvulus dışında bu yaş grubunda kalb - damar, böbrek ve akciğer hastalıklarının yüksek oranda görülmesi (1, 14, 17, 18), sigmoid kolon volvulusunu önemli bir akut karın sendromu karışımı haline sokmaktadır. İvedili cerrahi girişimi gerektiren bu barsak tıkanmasında mortalite oranı bu karışımların derecesine göre % 20 - 50 arasında bildirilmektedir (1, 8, 11, 13, 15, 18).

Böyle mortalitesi yüksek bir akut olay karşısında isabetli olmayan tedavilerin doğurabileceği karışımları incelemek ve bunların sıklığı konusundaki bilgileri tam olarak anlamak, çeşitli kesin tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde güvenilir bir temel kazandırır.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Profesörü.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Başasistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Asistanı.

**** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Başasistanı.

Biz konuyu, kalın barsak tıkanmaları içindeki sıklığı, mortalite oranının yüksekliği ve tedavi seçiminin mortaliteye etkisi yönünden ilginç bularak, kliniğimizde tedavi edilen 17 vaka üzerindeki izlenimlerimizle eleştirmeyi yararlı bulduk.

MATERYEL VE METOD :

Ocak 1965 - Şubat 1975 yılları arasında kliniğimizde sigmoid kolon torsiyonu tanısı alan ve ivedili cerrahi girişim gören 17 hasta incelenmiştir.

Bu hastaların ikisi kadın, 15'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması 61,2 olarak saptanmıştır. En genci 17, en yaşlısı ise 76 yaşındaydı. Hastalardan 12'sinin 50 - 70 yaş grubunda oluşu dikkati çekmektedir (Çizelge : 1).

Yaş grubu	Hasta sayısı
0 - 30	1
31 - 40	1
41 - 50	1
51 - 60	7
61 - 70	5
71 - 80	2

Çizelge : 1 — 17 Hastanın Yaş Grupları

SEMPATOMLAR :

Hastaların kliniğimize gelişlerindeki şikâyetleri arasında; karın ağrısı, şişkinlik, bulantı - kusma, gaz ve gaita çıkartamama, yani ileus'un kardinal belirtileri, tümünde ortak bulunan semptomlardı. İki hastada nefes darlığı hastayı en fazla rahatsız eden belirtilerdi.

Ağrı, 13 hastada yaygın karın ağrısı niteliğinde, dört hastada ise zaman zaman şiddetlenen kramp biçiminde ağrı olarak tanımlanmıştır.

Karında şişkinlik; her hastada değişik derecede şikâyetlere neden olmuştur. Hastaların çoğunda ağrıyla birlikte karın şişkinliği önde gelen semptomlar olarak tanımlanırken, iki hasta karın şişkinliğinden çok nefes darlığı şikâyetlerini ön düzeyde göstermişlerdir.

Bulantı ve kusma; her hastada görülmekle birlikte çoğu hasta bulantıyı önemli bir şikâyet olarak belirtmemiştir. Dört hastada şiddetli bulantı ve kusma belirgin derecede saptanmıştır. Akut olaydan önce kabızlık, hastaların hemen tümünde vardı. Bunlardan altısı sürekli laksatif kullanan, süregen konstipasyonlu hastalardı.

Üç hasta öykülerinde, daha önce sigmoid kolon torsiyonu nedeniyle ameliyat geçirdiklerini belirtmektedir.

FİZİK YOKLAMA BULGULARI :

Hastaların tümünde değişik derecelerde karın şişkinliği saptanmıştır. Bu hastalarda gerek inspeksiyonla ve gerekse palpasyonla karında, dış bükeyi karın sağ üst kadranında yer alan gerilmiş sigmoid kolon imgesi saptanabilmıştır. Daha çok sol- da olmak üzere, tüm karında vurmakla timpanik bir ses alınmış, hastaların 11'inde sol karın yarısında aşırı duyarlılık, bunlardan beşinde aynı yörede defans bulunmuştur.

Oskültasyonla, sekiz hastada barsak seslerinin ileri derecede arttığı, beş hastada normal, dört hastada ise azaldığı saptanmıştır.

«Tuşe rektal»de, hastaların tümünde «ampulla recti»nin boş olduğu görülmüş, yalnız bir hastada eldivene kanlı sıvı bulaştığı saptanmıştır. Bu hastada, daha sonra endoskopik olarak tanıtılan, rektal polip ele gelmişti.

İki hastada belirgin dispne ve siyanöz görülmüştür. Bununla birlikte diğer hastalarda da değişik oranlarda takipne olduğu dikkati çekmiştir. Beş hastada, kalb yetmezliği belirtileri saptanmıştır. Hastaların tümünde, 90/dakika üzerinde nabız sayısı bulunmuş, altı hastada, dakikada 110 - 130 arası nabız sayısı saptanmıştır.

LABORATUVAR :

İvedili başvurularına karşın, hastaların tümünde rutin olarak; hemoglobulin, hematokrit, lökosit sayımı, azotemi, açlık, kan şekeri ve idrar tetkikleri yapılmıştır.

Bunlardan en çok dikkati çeken lökosit sayısındaki artma-

dır : 17 hastanın 7.000 - 19.400 mm³ arasında değişen lökositozu ilginçtir. Sekiz hastada lökosit sayısı 10.000'in üzerindeydi.

11 hastada idrarde eser ile ++ arasında değişen albuminüri, dört hastada ise azoteminin % 87, % 69, % 133, % 254 mgm. gibi normalin çok üstünde değerlerde olduğu izlendi. İki hastada kan şekeri % 172 mg. ve % 258 mg. bulundu. Bunlardan % 258 mg. açlık kan şekeri düzeyi olan hasta diyabetikdi ve bu nedenle tedavi görmekteydi. Tüm diğer hastalarda açlık kan şekeri ve azotemi normal değerlerde bulundu.

RADYOLOJİK TETKİK :

Hastaların tümünde rutin olarak ayakta direkt karın grafisi çekildi. Hepsinde de radyolojik olarak sigmoid kolon dönmesine değin belirtiler bulundu. İki vakada sigmoid kolonun ileri derecede gerilmesi yanında sağ kolonun distansiyonuna değin bulgular da vardı (Resim : 1, 2).



Resim : 2 — B. H. A.,
70 yaş, Prot. : 69/435, 1975.
Direkt karın grafisi.



Resim : 1 — Bn. A. P.,
73 yaş, Prot. : 386/843, 1967.
Müracaatında çekilen direkt
karın grafisi.

Beş hastaya akciğer (PA) filmi çekilmiş; bunlardan ikisinde sol diyafragmanın yükselip düzleştiği, kalbde global büyüme bulunduğ u saptandı.

ELEKTROKARDİOGRAFİ :

Dört hastaya elektrokardiogram çekildi. Bunlardan ikisinde geçirilmiş eski myokard infarktına değ in değ işmeler, bir hastada özgül olmayan ST segmenti değ işiklikleri, bir hastada ise koroner yetmezliğ ine değ in belirtiler saptandı.

TANI :

Hastanın öyküsü, fizik bulgular ve direkt karın grafisi bulgularıyla tanı kolayca konmaktadır. Sigmoid kolon torsiyonu tanısı çoğ u kez, yalnızca fizik bulgularla kolayca konulabilir. Tecrübeli bir hekim yalnızca karın yoklamasıyla bu yargıya varabilir. Karın grafisi bulguları tanıyı kanıtlayıcı belirtileri ortaya çıkarır.

Biz hastalarımızda tanıya fizik yoklama bulguları ve direkt karın grafisinin kanıtlayıcı belirtileri ile ulaştık. Üç hastamızın öykülerinde önceden sigmoid kolon volvulusu tanı ve tedavisinin bulunması dikkatinizi çekmiştir.

TEDAVİ :

Sigmoid kolon volvulusu tanısı alan hastaların tümüne hastaneye başvurmalarından başlayarak 2 - 30 saat arasında değ işen zaman sürecinde cerrahi girişim uygulanmıştır. Bu sürenin değ işik olmasının nedeni; kalb, akciğ er ve böbrek sorunlarının önemli olması ve bu yönlerden tetkik ve tedavi gereğ i duyulmasıdır. Bunun yanında, hastalar hastaneye kabul edilmeleriyle birlikte, intravenöz sıvı tedavisine başlanarak hastaların sıvı kaybının giderilmesine çalışılmıştır. Bununla birlikte hiçbir hastanın tutucu yöntemlerle tedavisine çalışılmadığı gibi, torsiyonun kendiliğ inden düzeldiğ ine de rastlanmamıştır.

17 hastanın 10'una tedavi için sigma rezeksiyonu uygulanmıştır. Bunlardan beşine, rezeksiyon + primer anastomoz + çekostomi veya transvers kolostomi yapılmış, diğer beşine ise, yalnızca rezeksiyon + dekompresyon + primer anastomoz uygulanmıştır. Rezeksiyon uygulanan bu 10 hastadan beşinde, laparotomi sırasında barsak duvarında beslenme bozukluğu saptanmış, diğer beş hastada ise barsak canlı ve fizyolojik işlem yapabilir nitelikte olmasına karşın, rezeksiyon üstün tutulmuştur. Son grubun iki hastasında daha önce (10 ay ve bir yıl önce) ivedili sigma torsiyonu nedeniyle ameliyat geçirmiş oldukları, basit laparotomi ve detorsiyon uygulanmış olduğu görülmüştür.

Geriye kalan yedi hastadan üçüne, laparatomiden sonra basit detorsiyon işlemi, üçüne ise, laparotomi + detorsiyon + sigma mapeksi ve sigma mezosunun plikasyonla kısaltılması uygulanmıştır. Bir hastaya ise, laparotomi + detorsiyon ve transvers kolostomi yapılmıştır. Bu hastada transvers kolostomi uygulamasının nedeni, laparatomide dalak ve sol fleksuraya infiltrate, inoperabl mide kanserinin de bulunduğu saptanmasıdır.

Tüm hastalarda cerrahi girişim öncesinden anüs'ten sokulan kalın ve uzun bir lastik tüp aracılığıyla ameliyat sırasında barsak dekompresyonu uygulanmıştır.

SONUÇLAR :

17 vakadan beşi ameliyattan sonra 2 - 7. günlerde öldü. Buna göre serimizin mortalite oranı, % 29,41 olarak hesaplandı. Ölen beş vakanın dördü, rezeksiyon uygulanan vakalardı. Rezeksiyon + primer anastomoz girişiminin mortalite oranı ise % 40 olarak değerlendirildi (Çizelge : 2).

Rezeksiyonla birlikte çekostomi veya kolostomi yapılmayan beş vakadan birinde anastomoz kaçağı olmuş ve hasta yeniden ameliyata alınarak transvers kolostomi uygulanmıştır. Bu hastanın ve rezeksiyonla birlikte kolostomi uygulanan diğer hastaların kolostomileri ameliyattan sonra 1 - 3 aylık evre sonunda ikinci bir ameliyatla kapatılmıştır. Ölen beş hastada ölüm

nedeni olarak; anastomoz kaçağı, peritonit, toksik şok, kalb, akciğer ve böbrek yetmezlikleri suçlanmıştır.

Kurtulan 12 hastanın birinde yukarıda belirtildiği gibi anastomoz kaçağı olmuş, transvers kolostomi yapılmıştır. Bu hastaların tümü (aynı zamanda mide kanseri bulunan hasta dışında) şifa ile taburcu edilmişlerdir.

Çizelge : 2 — Serimizdeki 17 Vakaya Uygulanan Cerrahi Tedavi Yöntemleri ve Mortalite Oranları.

Uygulanan Yöntem	Vaka sayısı	Ölüm oranı (Mortalite)
Laparotomi + Detorsiyon	3	—
Laparotomi + Detorsiyon + Sigmapektomi + Pilikasyon	3	1 % 33,3
Laparotomi + Detorsiyon + Kolostomi	1	—
Sigma rezeksiyonu + Primer anastomoz + Kolostomi/Çekostomi	5	2 % 40 (10) (4) (%40)
Sigma rezeksiyonu + Primer anastomoz	5	2 % 40
Toplam	17	5 % 29,41

TARTIŞMA :

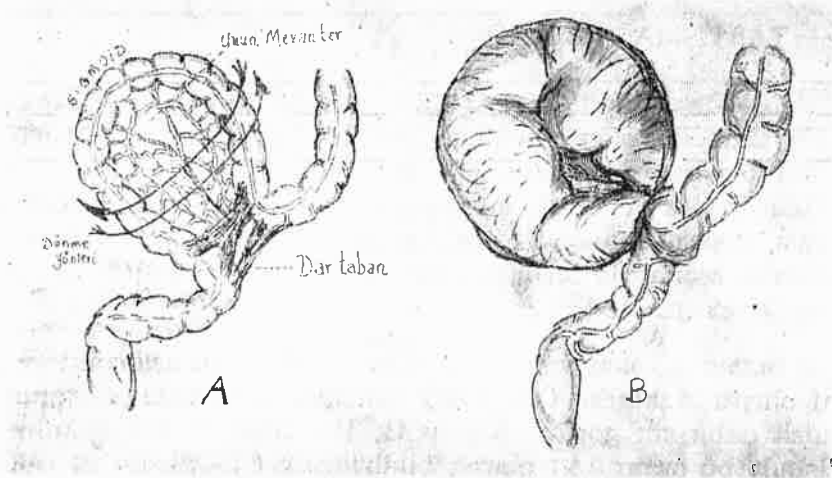
1836'da Von ROKİTANSKY tarafından tanımlandığından beri, sigmoid kolon volvulusu pek çok karışımlara ve ölüme yol açan bir barsak tıkanması olarak bilinmektedir (1, 15). Cerrahideki tüm gelişmelere karşın mortalite oranının yüksek kalması, başarılı sonuçlar alınabilmesinde uygulanacak tedavi yönteminin seçimi ile birlikte diğer sorunların da değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Sigmoid kolon volvulusu, tüm kolon volvuluslarının % 80'ini oluşturmaktadır (18). Olay erkeklerde kadınlara oranla iki misli daha sık görülmektedir (1, 18). SHINA, 211 vakalık serisinde bu oranı 3,5:1 olarak bildirmiştir (12). Bizim 17 vakalık serimizde ise yalnızca iki kadın hasta bulunmaktadır.

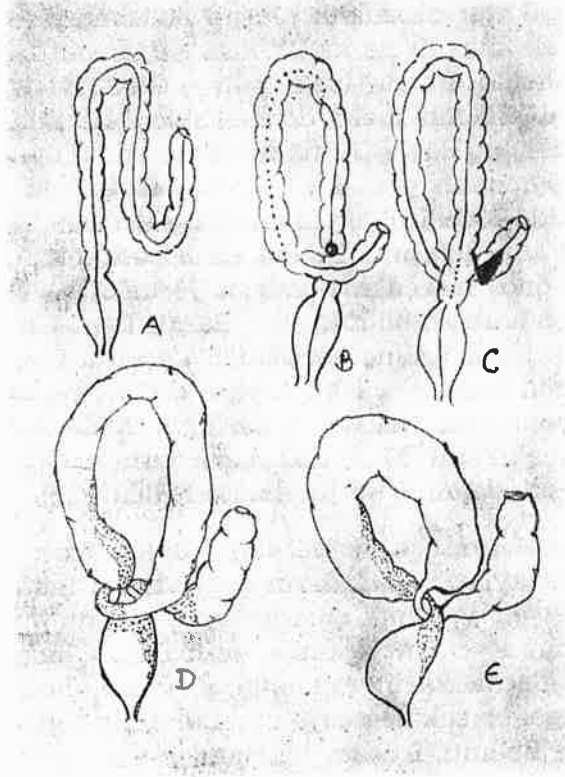
Vakaların % 67 - 83'ü 50 yaşın üstündedir (1, 12, 15, 18). Bizim serimizde, hastaların % 70 - 59'u 50 - 70 yaş grubundadır.

Sigmoid kolon volvulusu daha çok bol posalı gıdalarla beslenen toplumlarda görülmektedir. Örneğin: Sigma torsiyonu A.B.D.'de tüm barsak tıkanmalarının ancak % 1 - % 4'ünü oluştururken, Doğu Avrupa, Afrika ve Asya'nın bazı kesimlerinde bu oran % 30 - 50'ye ulaşmaktadır (1, 4, 6, 10, 12). Kuzey İran'da ise bu oran % 85 gibi çok yüksek bir değerde bildirilmiştir (4).

Sigmoid kolon volvulusunun etyolojisi kesin olarak aydınlatılmamıştır. Ancak iki anatomik etkenin çoğu kez sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar: (1) Periton boşluğunda serbest hareket eden, uzun bir sigma'nın varlığı, (2) Sigma kangal bacaklarının hareketsiz kısımlarının birbirine çok yakın olmalarıdır (2, 4, 12, 15, 17). Süregen kabızlık, bol kapsamlı diyet (fazla posa bırakan sebzelerin çok yenmesi) suçlanan diğer etkenlerdir (2, 12, 15). Sigmoid mezosundaki yangısal olaylar, sigmoid kolon kangali bacaklarının daha çok yakınlaşarak torsiyon eğilimi kazandığı ileri sürülmüştür (12, 17). Sigma torsiyonu saat yelkovanı ile aynı veya ters yönde oluşabilir (Resim : 3, 4).



Resim : 3 — A) Sigmoid Kolon Volvülüsü eğilimini artıran iki önemli anatomik faktör ve kolonun dönme yönleri.
B) Tam bir dönme olduğu zaman «Kapalı Kangal Tıkanıklığı» ortaya çıkmaktadır. (Thorek'ten)



Resim : 4 — Sigmoid Kolon Volvülüsüne ait etken, fizyolojik dönme ve dönme geçitleri.

A) Uzun sigma, B) Fizyolojik Volvülüs, C) Damarlarda strangulasyon olmadan sigmoid kolonun eksen çevresinde 180 derece dönmesi, D) Strangulasyon başlaması ile birlikte sigmoit kolonun 360 derece eksen etrafında dönmesi, E) Strangulasyonla birlikte kolonun eksen etrafında 360-540 derece dönmesi. (Schackelford'tan)

Sigma'nın mezosu çevresinde dönmesi 180 - 540 derece veya daha fazla olabilir (2, 4, 6, 10, 12, 15, 16, 17). Barsağın kendi uzun eksen çevresinde de dönmesi olanaklıdır. Bu durumda (kapalı kangal) «closed loop» tipi tıkanma ortaya çıkar.

Sigmoid kolon tıkanınca, proksimalde distansiyon gelişir.

Bunun hızı ve derecesi ileo - çekal kapagın dayanıklılığı veya kapalı kangal tipi tıkanıklık oluşup oluşmadığına bağlıdır. Tıkanan barsak kangalı ne kadar kısa ise önemli barsak tıkanıklığı karışımları o oranda hızla gelişir. GROTH (7), uzun eksen çevresinde dönmenin mezo dönmesinden iki misli fazla olduğunu bildirmiştir. Böyle tip tıkanmanın erken evresinde gaz ve sıvı, ilgili segmentin peristaltizmle kapalı barsak kangalı içine itilerek burada birikir. Eğer tıkanıklık giderilmezse, barsak içindeki basınç kan dolaşımını daha da bozacağından nekroz gelişir. Nekroz önce mezodaki torsiyon yerinde başlar, ancak tüm barsak kangalını sarabilir (2, 17). Bazan kapalı kangal'dan hava ve sıvı şiddetli basınç karşısında kaçarak tıkanıklık bulunmasına karşın paradoksal bir diyare ortaya çıkarabilir (2, 17). Strangülasyonun da birlikte bulunduğu vakalarda önce venler, sonra arterler tıkanır. Mezodaki damarların trombozu hızla barsak infarktına, delinme ve peritonite neden olur.

Hastalığın tanısı, tipik ve özgül öykü, fizik ve radyolojik bulgularla kolaylaşır. Hastaların çoğunda karında şişkinlik, alt karın ağrısı, gaz ve gaita çıkaramama, bulantı ve kusma şikâyetleri vardır. Karında şişkinlik en belirgin bulgudur. Birkaç günlük vakalarda karın şişkinliği solunum, hatta kalb hareketlerine engel olacak dereceye ulaşabilir. Ağrı genellikle kramp şeklindedir. Bulantı, kusma ve daha sonra görülen gangren, delinme gibi karışımların geliştiği bazı vakalarda görülür. Karında timpanik bir kitle ele gelir, barsak sesleri azalmış, veya artmış olabilir. Vakaların % 50'sinde orta derecede bir karın duyarlılığı artışı bulunur. Barsakta nekroz varsa defans ve karın duyarlılığında artış belirginleşir. Lökositoz; başka bir enfeksiyon veya barsakta gangren, delinme yoksa yüksek değildir. Bizim hastalarımızın sekizinde lökosit sayısı 10.000 - 17.400 arasında bulunmuş, bunlardan 3'ünde laparatomide barsakta beslenme bozukluğu saptanmıştır. Tanıda en özgül bulgular ayakta çekilen direkt karın grafilerinde ve hasta ayakta duramaz nitelikteyse sağ yan dekübitus durumunda çekilen grafilerde saptanır. Pelvisten diyafragmaya kadar uzanan ileri derecede genişlemiş sigmoid kolon içi hava dolu olarak, aynı bir otomobil tekerleği iç lastiği gibi görünüm verir.

TEDAVİ:

Sigmoid kolon volvulusu tedavisinde günümüze kadar çeşitli tıpte cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Yakın zamana kadar İngiltere ve A.B.D.'de yüz güldürecek bir tıbbi tedavi yöntemi bulunmadığı kanısı vardı. Ancak 1947'de Oslo'da, BRUUS-GAARD, 136 vakanın 123'ünde başarılı bir biçimde rektoskopi ve rektal entübasyonla tedavi sağladığını bildirerek soruna değişik bir yönde çözüm getirmiştir (1, 5, 6). Bu yöntemde genel anestezi altında sigmoidoskop anal halkadan 25-30 cm. proksimale kadar sokularak, torsiyona uğramış kısım açılabilir. Torsiyona uğramış kısma ulaştıktan sonra 1,3 cm. çapında iyice vazelinle kayganlaştırılmış bir rektal tüp dikkatli bir el becerisiyle tıkalı kısmın proksimaline kadar ulaştırılarak dramatik bir biçimde dekompresyon sağlanır. Tüp anus çevresine saptanarak 48 saat yerinde tutulur. Ancak sigmoidoskopi sırasında mukoza cansız görünümdeyse, tüp ilerlemiyorsa ve torsiyon çok proksimalde ise bu yöntem bırakılmalı, laparotomi uygulanmalıdır. Pek çok tıp özeğinde büyük ilgi uyandıran bu yöntemle seçkin vakalarda başarılı sonuç alındığı bildirilmektedir.

1962'de PRATHER ve BCWERS (9), 14 sigmoid kolon volvülüsü hastalarında oluşan 18 nöbetten 12'sinde entübasyonla ve beşinde de basit lavmanla tam bir düzeltme sağladıklarını bildirmişlerdir. ARNOLD ve NANCE (1), ise 114 sigmoid kolon torsiyonu vakasında, WILSON, DUNAVANT ve WUEPPER (17, 18), bu yöntemle başarılı sonuçlar bildirdiler.

CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ:

- Basit detorsiyon
- Laparotomi + detorsiyon + sigmapeksi
- Kolostomi veya çekostomi ile birlikte veya yalnız başına Rezeksiyon + Primer Anastomoz
- Paul - Mikulicz eksteriorizasyonu veya Hartmann işlemi şeklinde sıralanabilir.

Sigmoid kolon volvulusu bulunan hastalarda sıklıkla yandaş kalb-damar, böbrek ve akciğer hastalıklarının bulunması,

ayrıca fizik yoklamada ve endoskopi sırasında nekroz ve gangren belirtileri bulunabilmesi, uygulanacak tedavi yöntemi seçiminde önemli etkenlerdir. Diğer taraftan tedaviden erek barsak tıkanıklığını gidermek yanında, olayın yenilenmesinin önlenmesinin de söz konusu olduğunu belirtirsek, karşılaşılan durumun karmaşıklığı daha da açık olarak ortaya çıkar.

Sigmoidoskopik entübasyon biçimindeki tedavi yöntemi nekroz - gangren ve peritonit belirtileri olmayan vakalarda başarılı olabileceği bildirilmektedir. Ancak burada yinelemeyi önlemek ve kesin tedavi sağlamak için ileride seçkin bir ameliyat uygulama zorunluluğu vardır.

Bunun dışında kalan, yani entübasyon olanagi bulunmayan ve nekroz, gangren belirtileri gösteren vakalarda tutumumuz ne olacaktır?

Her şeyden önce, laparatomide barsağın durumu önemlidir. Karın açıldığında beslenmesi ileri derecede bozulmuş, nekroze veya gangrene giden bir barsakla karşılaşılabilir veya barsak normal görünümde, canlı olabilir. Mortalite oranı yüksek olmakla birlikte nekroza uğramış bir barsak karşısında rezeksiyon veya Paul - Mikulicz tipi eksteriorizasyon zorunludur. Rezeksiyon zorunluğu bulunduğu primer anastomoz yanında transvers kolostomi de yapılması anastomoz kaçağı veya peritonit karışımlarını önlemesi açısından uygulanmalıdır. Bu durumlarda rezeksiyon mortalitesi % 40'ın üzerinde bildirilmiştir (1, 2, 4, 10, 13, 17, 18).

Barsak canlı ise basit detorsiyon (plikasyonlu veya plikasyonsuz) uygulanmasında ARNOLD ve NANCE (1), % 27,3 yineleme bildirmişlerdir. SHEPARD (11), laparotomi ve peksi sonrası % 41, SUTCLIFFE (15), ameliyatla detorsiyon sonrası % 89 oranında yineleme bildirmişlerdir. Bizim serimizde rezeksiyon mortalite oranı % 40 olarak saptanmıştır.

Mortaliteyi etkileyen etkenler : Bunların başında hastaların sıklıkla ileri yaş grubunda ve kalb - damar, böbrek veya akciğerlerinde yandaş hastalıkların bulunması gelmektedir. ARNOLD ve NANCE (1), kendi serilerinde % 70,4 oranında önem-

li yandaş hastalık, STRING ve DE COSSE (14), ise % 48 oranında psikiatrik bozukluklar bildirmişlerdir. Bizim serimizdeki 17 hastanın yedisinde kalb - akciğer, bir hastada da böbrek yetmezliği saptanmıştır.

Diğer önemli bir etken, hastalığın başlamasıyla hastanın hekime başvurması ve hastaneye kabulü ile tedaviye başlaması arasında geçen zaman sürecidir. STRING ve DECOSSE (14), kendi serilerinde bu sürenin ortalama 65 saat olduğunu ve barsak gangreni bulunanlarda mortalite oranının % 100'e yakın olduğunu bildirmişlerdir. Bizim serimizde ise hastaların şikâyetlerinin başlamasıyla hekime başvurmaları arasında geçen süre 2-8 gündür (ortalama 4 gün). Bunun yanında hastanın hastanede ameliyata alınıncaya kadar geçen süre 2-48 saat arasında değişmektedir (ortalama 10.7 saat). Fizik yoklamada barsak beslenme bozukluğu belirtileri saptanan hastalar mümkün olabilen hızla ameliyata alınmışlardır (en geç 2 saatte).

SONUÇ :

Sigmoid kolon volvulus'u özellikle ileri yaşlarda görülmesi ve sıklıkla önemli kalb - damar, böbrek veya akciğer bozunlarıyla yandaş bulunması tedavideki başarıyı olumsuz yönde etkilemektedir. Gelişmekte olan sigmoidoskopik entübasyon biçimindeki tutucu tedavi yöntemi, barsakta gangren, nekroz bulunmayan, peritonitsiz vakalarda, cerrahi girişimin tehlikelerine hastayı terketmeden dekompresyon sağlamaktadır. Ancak tedavinin ikinci ereği olan yinelenmenin önlenmesi için, hastanın ileride seçkin rezeksiyona gitmesi zorunludur. Laparotomi gerekli olan vakalarda barsak nekrozlu ve gangrenliyse yüksek mortaliteye karşı rezeksiyon veya Paul - Mikulicz eksteriorizasyonu uygulanması gereklidir. Rezeksiyon ve primer anastomoz yanında kolostomi yapmak da elzemdir. Böylelikle kaçak ve peritonit gelişme olasılığı azaltılır.

Barsağın canlı bulunduğu durumlarda, basit detorsiyon, plikasyon ve peksi ameliyatları mortalite oranları rezeksiyondan çok düşük olduğu için ileride ikinci bir girişimle seçkin re-

zeksiyon gereğine karşın vakanın durumuna göre yararlı olabilir.

Hastanın yaşı ve önemli yandaş kalb - damar, böbrek ve akciğer hastalıkları, ayrıca olayın başlamasıyla tedavi girişiminin zamanı arasında geçen süre mortaliteyi etkileyen başlıca etkenler olarak dikkati çekmektedir.

ÖZET :

Günümüzdeki cerrahi gelişmeler ve literatürdeki bilgiler ışığında sigmoid kolon volvulusunun tedavi ve mortalitesini etkileyen sorunlar eleştirilmiştir.

Ocak 1965 - Şubat 1975 arasında kliniğimizde ivedili tedavi gören 17 sigmoid kolon volvulusu vakası sunulmuştur. Rezeksiyon uygulanan 10 vakada mortalite % 40, basit detorsiyon, peksi veya plikasyon uygulanan 7 vakada ise % 14,3 olarak saptanmıştır. Sigmoidoskopik entübasyon hiçbir hastada uygulanmamış olmakla birlikte olumlu yönleriyle seçkin vakalarda yararlı olabileceği kanısına varılmıştır.

Laparatomide, nekroz saptanan vakalarda yüksek mortalite oranına karşın rezeksiyon veya Paul - Mikulicz eksteriorizasyonu uygulanması zorunludur. Barsak canlı ve normal görünümdeyse basit detorsiyon, peksi yaparak kesin tedaviyi ilerde uygulanacak seçkin rezeksiyona bırakmak hasta yaşamı yönünden olumlu bir karar olacaktır.

SUMMARY

«Clinical Study and Selection of Treatment Methods in 17 Sigmoid Colon Volvulus Cases»

In light of modern surgical development and literature information, problems which affect sigmoid colon volvulus treatment and mortality are criticized.

17 sigmoid colon volvulus cases, who have had emergency treatment in our clinic, between Jan. 1965 and Feb. 1975, are

presented. Mortality rates were found as; 40 % in 10 resection cases 14,3 % in seven simple detorsion, pexy or plication cases.

Although sigmoidoscopic intubation has never been performed in any of our cases, we believe that it can be advantageous in elective cases.

A high mortality rate is common, when faced with necrosis of the bowel, in laparotomy. Resection or Paul-Mikulicz type of exteriorization is a must. If the gut is viable and normal in appearance, we recommend that simple detorsion and pexy be performed to save the patients life. When the patient has recovered for further surgical intervention, elective rezection should be performed.

LİTERATÜR

- 1 — Arnold, G. J., Nance, F. C. : Volvulus of the Sigmoid Colon, Ann. of Surg. 177 : 527, 1973.
- 2 — Bickham, Callender : Volvulus of the Sigmoid. Shackelfort, Surgery of the Alimentary Tract, Vol. 2, Ch. 8, p. 1489, W. B. Saunders Co. Phil. — London, 1968.
- 3 — Botsford, T. W., Healey, S. J., Veith, F. : Volvulus of the Colon, Am. J. Surg. 114 : 900, 1967.
- 4 — Chen, I., Nance, F. : Volvulus, Textbook of Surgery, Sabiston, Ch. 5, p. 953. W. B. Saunders Co. Phil. — London, 1972.
- 5 — Ellis, H. : Acute Intestinal Obstruction, Special Forms — Sigmoid Colon Volvulus, Abdominal Operations 6th Ed. R. Maingot, Vol. 2, p. 1873, Appleton Century Crofts Co., 1974.
- 6 — Goligher, J. G. : Volvulus of the Sigmoid, Surgery of the Anus - Rectum and Colon. 2nd Ed. Ch. 26. p. 1085, Boilliers, Tindell and Cassell, London, 1970.
- 7 — Groth, K. E. : The Axial Torsion of the Colon So Called Physiologic Volvulus, Acta Radiol. 13 : 153, 1934.
- 8 — Hines, J. R., Geurkink, R. E., Bass, R. T. : Recurrence and Mortality Rates in Sigmoid Volvulus, S. G. O., 124 : 567, 1967.
- 9 — Prather, J. R., Bowers, R. F. : Surgical Management of the Sigmoid, Arch. of Surg. 85 : 869, 1962.
- 10 — Sawyer, R. B., Sawyer, K. C. Jr. and Sawyer, K. C. : Volvulus of the Colon, Amer. J. Surg. 194 : 468, 1962.

- 11 — Shepherd, J. J. : Treatment of the Volvulus of the Sigmoid Colon. A Review of 425 Cases. Brit. Med. Jour. 2 : 280, 1968.
- 12 — Shina, R. S. : A Clinical Appraisal of the Volvulus of the Pelvic Colon. With Special Reference to Aethiology and Treatment. Brit. J. Surg. 56 : 838, 1969.
- 13 — Storer, E. H., Lockwood, R. A. : Sigmoid Volvulus. Schwartz Principles of Surgery Ch. 27. p. 989, McGraw - Hill Co., 1969.
- 14 — String, S. T., DeCosse, J. J. : Sigmoid Volvulus, An Examination of the Mortality, Amer. J. Surg. 121 : 293, 1971.
- 15 — Sutcliffe, M. M. L. : Volvulus of the Sigmoid Colon. Brit. J. Surg. 55 : 903, 1968.
- 16 — Thorek, P. : Volvulus of the Sigmoid, Surgical Diagnosis, 2nd Ed. p. 184, J. B. Lippincott Co., 1965.
- 17 — Wilson, H., Dunavant, D. W. : Volvulus of the Sigmoid Colon. Surg. Clin. N. Amer. 45 : 1245, 1965.
- 18 — Wuepper, K. D., Otteman, M. G. : An Appraisal of the Operative and Non - operative Treatment of the Sigmoid Volvulus, S. G. O., 122 : 84, 1966.