

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞ KOLON DİVERTİKÜLİTİ

RIGHT COLON DIVERTICULITIS

Erdem B. Cartı, Mehmet Yıldırım, Erkan Oymacı, Ali Coşkun, Savaş Yakan, Nazif Erkan, A. Deniz Uçar, Levent Genç

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET: Sağ kolon divertiküler hastalığının görülme sıklığı etnik kökene, kültüre ve diyetle ilgili olarak değişiklik göstermektedir. Hastaların benzer bulgu ve semptomlarla başvurması nedeni ile cerrahi öncesi apandisit ile ayırımı zordur. Bu nedenle tedavi stratejisinin belirlenmesinde de zorluklar vardır. Bu çalışmanın amacı tanı ve tedavi açısından sağ kolon divertiküler hastalığını değerlendirmektir. 2008 yılından 2013 yılına kadar hastanemize başvurmuş pre veya perioperatif sağ kolon divertikülitisi tanısı almış 11 hastayı klinik hikaye, fizik muayene, radyolojik bulgular ve tedavi açısından retrospektif olarak inceledik.

Anahtar kelimeler: Sağ kolon, Divertikülit

ABSTRACT: The incidence of colonic diverticular disease varies with national origin, cultural background and diet. Because the signs and symptoms are similar, it is difficult to differentiate right colon diverticulitis from appendicitis before surgery. Establishment of an appropriate treatment strategy is difficult for this condition due to its low preoperative diagnosis rate. The purpose of this study is to evaluate right-sided colonic diverticulitis in terms of diagnosis and treatment. This review examines 11 patients with right colon diverticulitis admitted to our hospital between 2008 and 2013. Patients with pre or per operatively diagnosed as right colon diverticulitis were evaluated based on their clinical history, physical and radiologic findings, and treatments retrospectively.

Key words: Right colon, Diverticulitis

Yazışma Adresi:
Dr. Erdem B Cartı
S.B. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği
Karabağlar – İzmir
e-mail: erdemcarti@yahoo.com

GİRİŞ

Sağ kolon divertiküler hastalığı özellikle Asya toplumunda yaygın bir hastalıktır. Avrupa ve Amerika serilerinde cerrahi spesimende sağ kolon divertikülit oranı %1-2 iken Asya serilerinde bu oran %43-50 leri bulmaktadır(1). Sol kolon divertikülitinin aksine erkek ağırlıklı bir hastalıktır ve hastalıkla ilişkili yaş grubu sol kolon divertikülitine göre çok daha düşüktür ve yaşla birlikte görülme sıklığında artış olmamaktadır (2). Sol kolon divertiküllerinin aksine çoğunlukla gerçek divertiküllerdir (3). Benzer semptom ve bulgular nedeniyle sağ kolon divertikülitini apendisitten ayırmak zordur. Bu nedenle sağ kolon divertikülitlerinin %80'i apandisit ön tanısı ile laparotomi yapılan hastalardır (4). Bilgisayarlı tomografinin kullanımının artması ile preoperatif tanı şansı artmıştır. Yine de uzamış sağ alt kadranda ağrısı, sistematik inflamatuvar cevabın sınırlı olması, daha az bulantı, kusma ve ağrının direk sağ alt kadranda başlamış olması ayırıcı tanıda önemlidir (5). Preoperatif tanı zorluğu nedeni ile tanımlanmış net bir tedavi stratejisi yoktur. Komplike olmayan sağ kolon divertikülitinde antibiyoterapi ile semptomatik tedavi kabul görmüş yöntemdir. Fakat preoperatif tanı güçlüğü nedeni ile antibiyoterapi ile semptomatik tedavi kısıtlıdır (6,7). Apendektomi, divertikülektomi, sağ hemikolektomi seçilebilecek cerrahi tedavilerdir. Laparotomi sırasında gözlemlenen kolon adenokarsinomu ile karışabilir (8). Bu hastalarda sağ hemikolektomi indikedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

2008-2013 yılları arasında Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi ne başvurmış preoperatif divertikülit ta-

nısı almış veya apandisit ön tanısı ile operasyon önerilmiş ve perioperatif divertikülit tanısı almış hastalar demografik özellikleri, tanı, tedavi ve takipleri açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR

2008-2013 yılları arasında başvurmuş preoperatif veya apendektomi nedeniyle operasyon önerilmiş ve perioperatif tanı almış, toplam 11 sağ kolon divertikülitli hasta mevcuttu. Bu hasta grubunun 7'si (%63.6) erkek, 4'ü (%36.4) kadındı. Ortalama yaş 43.2 idi. Bu hastaların hepsinin başvuru sırasında sağ alt kadranda ağrısı mevcuttu. 11 hastanın sadece 2'sinde (%18.1) lökositoz mevcuttu. 11 hastanın hiçbirinde ağrı migrasyonu öyküsü yoktu. Hastaların tümünde iştahsızlık mevcut iken, bulantı, kusma sadece 2 (%18.1) hastada vardı. 11 hastanın 4'ü (%36.4) preoperatif bilgisayarlı tomografi ile tanı almıştı. Kalan 7 (%63.6) hastada apendektomi tanısının yanlış olduğu ve sağ kolon divertikülit olduğu ameliyat sırasında saptanmıştır. Bu 7 hastanın 2'sine (%28.5) sağ hemikolektomi uygulanmış, 3 (%43) hastaya apendektomi yapılmış, 2 (%28.5) hastaya ise ek cerrahi girişim uygulanmamıştır. Sağ hemikolektomi uygulanan 2 hasta dışında, 9 hastaya da semptomatik tedavi uygulanmıştır. Oral gıdaları kesilmiş, intravenöz hidrasyon uygulanmış, ikili antibiyoterapi verilmiş ve ek cerrahi girişime ihtiyaç olmadan ortalama 5.6 günde taburcu edilmiştir. Sağ hemikolektomi uyguladığımız 2 hasta postoperatif dönemde mortalite ve morbidite gelişmeden şifa ile taburcu edilmiştir. Semptomatik tedavi uygulanmış 9 hastanın 34 aylık takibinde 1 (%11.1) hasta takibinin 6. ayında benzer semptomlar ile gelmiş olup sağ kolon divertikülitini düşünülerek semptomatik tedavi edilmiştir.



Resim 1: Sağ kolonun duvar kalınlığı artmış ve çevre mezenterde kirlenme



Resim 2: Sağ hemikolektomi yapılan sağ kolon divertikülitli vakanın spesmeni

TARTIŞMA

Sağ kolon divertiküler hastalığı batı toplumlarında daha nadir görülmektedir. Cerrahi spesimen incelemelerinde Amerika ve Avrupa'da yaklaşık %1-2 görülmekte iken Asya'da bu oran %43-50'ye kadar çıkmaktadır. Sağ kolon divertikülü olan çoğu hasta asemptomatik seyretmekle birlikte divertikülit, kanama, peridivertiküler abse, perforasyon gelişebilir (9). Sağ kolon divertikülit nedeniyle hastaneye başvurmuş hastaların yaklaşık %80'den fazlası preoperatif apandisit tanısı alarak operasyona alınmış hastalardır. Yapılan çalışmalarda apandektomi için yapılan laparotomi sırasında esas patolojinin divertikülit olarak tespit edilmesi 300 apandisit vakasına 1 oranında gözlemlenmiştir (10-12). Park ve arkadaşları apandisit ön tanısı ile laparotomi yapılan 1137 vakalık çalışmalarında hastaların %2.7'sinde sağ kolon divertikülitini tespit etmişlerdir (13). Sistemik inflamatuvar cevabın sınırlı olması, daha az bulantı, kusma ve ağrının direk sağ alt kadranda başlamış olması ayırıcı tanıda önemlidir. Cho ve arkadaşları bulantı kusma gibi prodromal semptomların sağ kolon divertikülitinde, apandisitte göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha az olduğunu (sırasıyla %26.7-%51) ve bu durumun ayırıcı tanıda önemini vurgulamışlardır (14). Such ve arkadaş-

ları sağ kolon divertikülitli hastaların %58'inde lökositozun bulunduğunu ve bu oranın apandisitte %90 olduğunu belirtmişlerdir (15). Bizim hastalarımızın hepsinin başvuru sırasında sağ alt kadranda ağrısı mevcuttu. 11 hastanın sadece 2'sinde (%18.1) lökositoz mevcuttur. 11 hastanın hiçbirinde ağrı migrasyonu öyküsü yoktur. Hastanın tümünde iştahsızlık mevcut iken, bulantı, kusma sadece 2 (%18.1) hastada vardı. Bizim hastalarımızdan 7'si (%63.6) apandektomi amacıyla yapılan laparotomi sırasında perioperatif tanı almıştır. Bu 7 hastanın hiç birine preoperatif bilgisayarlı tomografi çekilmemiştir. Preoperatif tanı alan 4 hastanın tümü bilgisayarlı tomografi ile tanı almıştır. Bilgisayarlı tomografinin sağ kolon divertikülitini için sensitivite ve spesifitesini %98 olduğu gösterilmiştir (16). Fakat sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran tüm hasta grubuna bilgisayarlı tomografi çekmek maliyet-yarar açısından düşünüldüğünde gereksizdir. Bir çok çalışma göstermiştir ki antibiyoterapi ile konservatif tedavi komplike olmayan sağ kolon divertiküler hastalarında iyi sonuçları olan uygun tedavi yöntemidir. Komuta ve arkadaşları preoperatif tanı almış komplike olmayan sağ kolon divertikülitli hastaların %99'unu barsakların dinlendirilmesi ve antibiyoterapi ile başarıyla

tedavi etmişlerdir. Medikal tedaviye cevap veren bu hastaların yaklaşık 3 yıllık takiplerinde %20'sinde komplike olmayan tekrarlayan divertikülit atağına rastlamışlar ve tekrar cerrahi tedaviye ihtiyaç duymadan başarıyla tedavi etmişlerdir (17). Başka bir çalışmada da medikal tedaviye cevap veren 113 hastanın ortalama 10 yıllık takibinde tekrara atak oranının %20 olduğunu bildirmişlerdir (18). Bizim hasta grubumuzda sağ hemikolektomi uygulanan 2 hasta dışında 9 hastaya da semptomatik tedavi uygulanmıştır. Oral gıdaları kesilmiş, intravenöz hidrasyon uygulanmış, ikili antibiyoterapi verilmiş ve ek cerrahi girişime ihtiyaç olmadan ortalama 5.6 gün de taburcu edilmiştir. Medikal tedavi verilen 9 hastanın ortalama 34 aylık takibinde 1 hasta (%11.1) takibinin 6. ayında tekrar hastanemize başvurmuş ve konservatif olarak tedavi edilmiştir. Divertikülektomi perioperatif olarak tanı alan komplike olmayan sağ kolon divertikülitinde önerilen tedavi yöntemlerinden biridir. Fakat inflame olan divertikül dışında komplike olmayan ve gözden kaçan divertiküllerin var olma ihtimali azımsanmayacak oranda rekürrens oranına sebep olabilir(4). Sağ hemikolektomi rekürrensin önlemesi ve histopatolojik tanı sağlaması gibi avantajları ile seçilebilecek diğer bir cerrahi alternatiftir. Dezavantajı ise diğer cerrahi girişimlerden daha fazla mortalite ve morbiditeye neden olması ve ileoçekal valvin eksize edilmesi ile oluşan fizyolojik değişikliklerdir (5). Bizim hasta grubumuzda perioperatif tanı alan 7 hastanın 2'sine (%28.5) sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Bu 2 hastadan birine kolon neoplazminın ekarte edilememesi, diğer hastaya ise cerrahın tercihi nedeniyle sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Sağ hemikolektomi uygulanan 2 hastada da mortalite ve morbidite görülmeden şifa ile taburcu edilmiştir. Laparoskopik cerrahinin gelişmesi ile sağ kolon divertiküliti ve apandisit ayrımı laparoskopik eksplozasyon ile daha rahat yapılabilen ve laparoskopik teknik avantajı ile apandisit, divertikülektomi, sağ hemikolektomi güvenli ve etkili bir yöntem olarak uygulanabilmektedir (19).

KAYNAKLAR

- 1) Jasim M Radhi, Jennifer A Ramsay and Odette Boutross-Tadross, BMC Res Notes 2011; 4: 383.
- 2) Park JK, Sung JK, Choi SH, Yun SS, Lee S. Clinical analysis of right colon diverticulitis. J Korean Surg Soc 2003; 64: 44-8.
- 3) Choi CS, Cho EY, Kweon JH, Lim PS, No HJ, Kim KH, et al. The prevalence and clinical features of colonic diverticulosis diagnosed with colonoscopy. Korean J Gastrointest Endosc 2007; 35:146-51.
- 4) Lee KJ, Hyun TI. Clinical evaluation of colonic diverticular disease. J Korean Surg Soc 1995; 11: 100-6.
- 5) In Kyu Lee, Right Colonic Diverticulitis J Korean Soc Coloproctology 2010; 26: 241-5.
- 6) Oudenhoven LF, Koumans RK, Puylaert JB. Right colonic diverticulitis: US and CT findings--new insights about frequency and natural history. Radiology 1998; 208: 611-8.
- 7) Lee IK, Jung SE, Gorden DL, Lee YS, Jung DY, Oh ST, et al. The diagnostic criteria for right colonic diverticulitis: prospective evaluation of 100 patients. Int J Colorectal Dis 2008; 23: 1151-7.
- 8) Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. Med Sci Monit 2003; 9: 107-9.
- 9) Iwase H, Sadahiro S, Mukoyama S, Makuuchi H, Yasuda M. Morphology of myenteric plexuses in the human large intestine: comparison between large intestines with and without colonic diverticula. J Clin Gastroenterol 2005; 39: 674-8.
- 10) Nirula R, Greaney G. Right-sided diverticulitis: a difficult diagnosis. The American Surgeon 1997; 63: 871-3.
- 11) Sugihara K, Muto T, Morioka Y, Asano A, Yamamoto T. Diverticular disease of the colon in Japan. A review of

615 cases. Diseases of the Colon & Rectum 1984; 27: 531-7.

12) Violi V, Roncoroni L, Boselli AS, Trivelli M, Peracchia A. Diverticulitis of the caecum and ascending colon: an unavoidable diagnostic pitfall? International Surgery 2000; 85: 39-47.

13) Park CW, Kim BG, Kim KS, Byun YH, Cho KH, Byun SH, et al. Surgical management of caecal diverticulitis detected during appendectomy. J Korean Soc Coloproctol 2001; 17:15-9.

14) Cho HJ, Cho SY, Oh JH. Clinical analysis of right colonic diverticulitis that was operated under the impression of acute appendicitis. J Korean Soc Coloproctol 2000; 16: 18-24.

15) Suh KW, Suh YJ, Choi JS, Yoo CH, Kim JH. Clinically differential diagnosis of cecal diverticulitis from appendicitis. J Korean Surg Soc 1996; 12: 94-8.

16) Reid MR, Poer DH, Merrell P. A statistical study of 2,921 cases of appendicitis. JAMA 1936; 106: 665-9.

17) Komuta K, Yamanaka S, Okada K, et al. Toward therapeutic guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. The American Journal of Surgery 2004; 187: 233-7.

18) Yang H-R, Huang H-H, Wang Y-C, et al. Management of right colon diverticulitis: a 10-year experience. World Journal of Surgery 2006; 30: 1929-34.

19) Lee IK, Lee YS, Kim SJ, Gorden DL, Won DY, Kim HJ, et al. Laparoscopic and open surgery for right colonic diverticulitis. Am Surg 2010; 76:486-91.

Yazının alınma tarihi:08.04.2013

Kabül tarihi:30.04.2013

Online basım:02.05.2013

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi,2013;17:72-76