



Bilateral diz artroplastisi sonrası Ogilvie sendromu: Olgu sunumu

Aysun YILMAZLAR¹, Remzi İŞÇİMEN¹, Ömer F. BİLGEN², Halil ÖZGÜÇ³

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bursa;

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Bursa;

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Akut kolonik psödo-obstrüksiyon olarak da bilinen Ogilvie sendromu, kalça ve diz artroplastisi sonrası görülen, nadir fakat göz ardı edilmemesi gereken, ciddi bir ameliyat sonrası komplikasyondur. Ogilvie sendromu görülen bir olguyu bildirdiğimiz bu çalışmanın amacı, bu komplikasyona dair risk faktörlerini belirlemek, görülme olasılığı ve doğru tedavisine yönelik cerrahların dikkatini çekmek idi.

Anahtar sözcükler: Artroplasti; cerrahi sonrası komplikasyon; Ogilvie sendromu.

Ogilvie sendromu aşırı sempatik stimülasyon veya sakral parasempatik iletide bozukluk sonucu gelişen otonomik bir dengesizliktir.^[1] İlk olarak 1948'de Ogilvie tarafından tarif edilmiştir.^[2] Hastalık aynı zamanda akut kolonik psödo-obstrüksiyon olarak bilinmekle birlikte, potansiyel cerrahi sonrası morbidite ve mortalite nedeni olup, masif kolonik dilatasyonla karakterize, kalça ve diz artroplastisi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur.^[3,4]

Çalışmamızda, bilateral diz ve kalça artroplastisi sonrası görülen Ogilvie sendromlu bir olgu sunuyoruz. Bu sunumun amacı, bu cerrahi sonrası komplikasyonun risk faktörlerini cerrahlara hatırlatmak, dikkatli gözetim ve tedavi ile morbidite ve mortalitenin azaltılabileceğini göstermek idi.

Olgu sunumu

Obez (BMI: 33.2 kg/m²) ve 88 yaşında, hipertansiyon ve osteoartriti olan kadın hasta için çimentolu, bi-

lateral diz artroplastisi planlandı. Hastada 2 ay önce düşme öyküsü ve sağ proksimal tibiasında psödoartrozlu mevcuttu. Psödoartrozlu saha temizlendi; düzeltme ve sağ dize uzun tibial stem ile stabilizasyon sağlandı. Genel anestezi altında her iki dize PCL kesen protezler (DePuy, Inc., East Warsaw, IN, ABD) yerleştirildi. Operasyon boyunca toplam 1,800 ml kristaloid, 5 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Cerrahi esnasında hemodinamik parametreler ve laboratuvar değerleri şöyle idi; kan basıncı: 135/70 mmHg, Hb: 11 mg/dL ve Hcr: %31. Cerrahi kanama 825 ml, cerrahi süre ise 210 dakika olarak kaydedildi.

Cerrahi sonrası dönemde hasta kontrollü analjezi amacıyla morfin infüzyonu, derin ven trombozu profilaksisi amacıyla düşük molekül ağırlıklı heparin uygulandı. Aynı zamanda intravenöz H2-bloker verildi. Cerrahi sonrası 1. günde hasta mobilize edildi, 2. günde normal diyet verildi. Aynı günün akşamı hastada aşı-



rı abdominal distansiyon gelişti. Bağırsak sesleri mevcuttu olmakla beraber hipoaktifti. Karın muayenesinde rebound ve defans mevcuttu. Hastada yaygın ve ciddi karın ağrısı, hipotansiyon (kan basıncı: 70/35 mmHg), metabolik asidoz (pH: 7.23, pCO₂:49 mmHg, pO₂: 62 mmHg (O₂ maskesi ile) ve laktik asidemi (75 mg/dL) gelişti. Çekilen abdominal radyografi ve batin BT'sinde özellikle diyafram altında serbest hava saptandı (Şekil 1 ve 2). Derhal oral alım durduruldu, nazogastrik sonda ile gastrointestinal dekompresyon sağlandı. Genel cerrahi tarafından bu klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgular sonrası acil laparotomi planlandı.

Laparotomi sırasında çekumda yaklaşık 1 cm² genişliğinde perforasyon görüldü, çekumun mobil olması ve hastanın kritik durumu nedeniyle çekostomi gerçekleştirildi. Abdominal yıkama sonrası abdominal kompartman sendromunu önlemek amacıyla fasya vicryl mesh ile kapatıldı. Hasta yoğun bakıma alındı. Kontrollü ventilasyon ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlandı. Gelişen inotropik tedavi gereksinimi sonrası hasta septik şok ve çoklu organ yetmezliği tablosuna girdi. Hasta yoğun bakıma alındıktan 10 gün sonra, gelişen komplikasyonlar nedeniyle öldü.

Tartışma

Ogilvie sendromu genellikle ileri yaş, uzun süre yatağa bağlı kalanlarda, çoklu ekstremitte travmalı hastalarda, devamlı hasta kontrollü narkotik analjezi infüzyonunu uygulananlarda, sepsiste ve özellikle artroplastisi, renal transplantasyon ve kardiyak by-pass cerrahisi gibi majör operasyonlardan sonra görülür. Ogilvie sendromunun en önemli belirtisi abdominal distansiyondur. Belirtiler genellikle cerrahi sonrası ikinci günde görülür. Abdomen grafisinde bağırsaklarda gaz görünümü çekum dilatasyonuna işaretir.^[1,2,5-10]

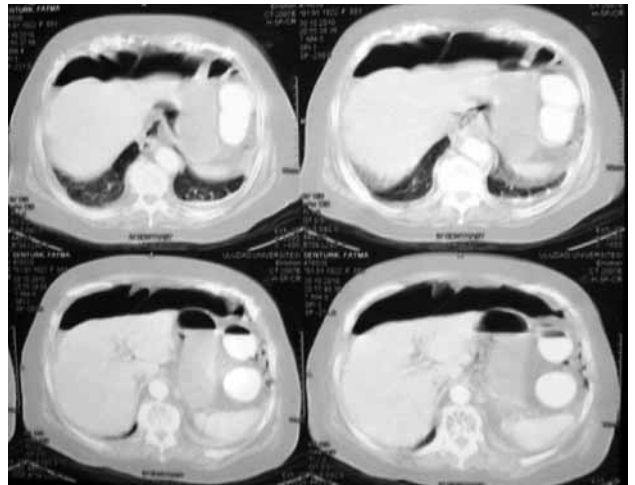
Nelson ve ark.^[4] 1995 ve 2002 yılları arasında 1,170 artroplastisi uyguladıkları hastalarının 18'inde (%1.5) Ogilvie sendromu ile karşılaşmışlardır. Yazarlar, bu sendromda ileri yaş ve cinsiyetin en önemli risk olduğunu ve en önemli belirtinin abdominal distansiyon olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra, Clarke ve ark. Ogilvie sendromunda yaş, cinsiyet, non-elektif (travma sonrası) artroplastinin etken olduğunu bildirmişlerdir.^[11] Petrisor ve ark. ise bilateral diz artroplastisi, cerrahi sonrası immobilité ve revizyon kalça artroplastisinin risk faktörü olduğunu söylemişlerdir.^[12] Bizim olgumuzda, ileri yaş, immobilizasyon, majör cerrahi (bilateral diz artroplastisi) bu komplikasyonun gelişimindeki risk faktörlerinden sayılabilir. Sonuçta, sıklıkla Ogilvie sendromunun sekeli olan kolonik perforasyon gelişmiştir.



Şekil 1. Diyafram altındaki hava ve distandü bağırsakları gösteren batin grafisi.

Cerrahi sırasında riski yükseltmeden, iyi sonuç ve erken ve hızlı rehabilitasyon ve mobilizasyon sağlayacak şekilde eş zamanlı bilateral diz artroplastisi uygulanabilir.^[13] Tek seansta yapılan cerrahi ile hastanede kalış süresi daha kısa olur. Ayrıca, eş zamanlı bilateral diz artroplastisi uygulanan hastalarda her iki dizin simetrik rehabilitasyonu daha kolaydır ve tek tarafı düzeltilmiş deformitede uygulanacak rehabilitasyona göre daha faydalı olur.^[14]

McInnis ve ark.^[13] ve Patil ve Wakankar'ın^[14] ileri sürdüğü çeşitli yararları nedeniyle biz de olgumuzda bilateral diz artroplastisini tercih ettik. Psödoartrozu olan sağ



Şekil 2. Hava seviyelerini gösteren batin BT'si.

dizde gerçekleştirdiğimiz ilk diz artroplastisinin süresi ve cerrahi sırasındaki hemodinamik parametreleri, kanama ve laboratuvar değerleri ikinci artroplasti için uygundu. Opere edilmeyen dizin operasyon sonrası mobilizasyonu engelleyebileceği, bu nedenle de simetrik rehabilitasyon ile bilateral artroplastiden hastanın daha çok yarar göreceği düşünüldü.

Opioid analjezi rejimi majör ortopedik cerrahi sonrası ciddi ağrı tedavisinde ilk seçenektir. En yaygın yan etkileri bulantı, sedasyon, kaşıntı ve solunum depresyondur. Bunlardan başka, opioidlerin yaşamı tehdit edebilecek ciddi yan etkileri de vardır. Bunlardan birisi de Ogilvie sendromudur.^[15] Ne yazık ki, biz de olgumuzda cerrahi sonrası hasta kontrollü morfin analjezisi kullanmak durumunda kaldık.

Ogilvie sendromu nadir ve cerrahi sonrası psödo-obstrüksiyonun bağırsağın masif dilatasyonu ile karakterize, ciddi, habis bir formudur ve tedavi edilmemesi halinde çekum perforasyonu ile sonuçlanır. Eklem artroplasti sonrası nadiren görülmekle birlikte, görülmesi halinde yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Ortopedist ve genel cerrahları ilgilendiren önemli bir durumdur ve fatalitenin önlenmesi açısından doğru tanının ve gerekirse cerrahi müdahale kararının verilmesinin önemi yüksektir.

Tenofsky ve ark. Ogilvie sendromu için basit bir algoritma düzenlemişlerdir.^[16] Ogilvie sendromu gelişen hastalarda bu algoritmanın kullanılması tedavinin etkisinin artmasına yardımcı olacaktır.

Ogilvie sendromu total artroplastide ciddi bir cerrahi sonrası komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir. Ortopedistler hangi hastaların Ogilvie sendromu için yüksek risk altında olduğunu bilmeli ve cerrahi sonrası hastada abdominal distansiyonla karşılaştıklarında Ogilvie sendromunu ayırıcı tanı olarak düşünmelidirler.

Çalışmamızda bilateral total diz artroplastisinin yaşlı ve immobil hastalarda göreceli bir kontrendikasyon olabileceği; cerrahi öncesi egzersizin ve cerrahi sonrası analjezi rejimi seçiminin önemli olduğu sonucuna vardık. Cerrahi sonrası periyotta gelişebilecek Ogilvie sendromunun tedavisinde erken tanı ve kolonik dekompresyon çok önemlidir; aksi takdirde fatal çekum perforasyonu kaçınılmazdır.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. El-Maraghy AW, Schemitsch EH, Burnstein MJ, Waddell JP. Ogilvie's syndrome after lower extremity arthroplasty. *Can J Surg* 1999;42:133-7.
2. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;2:671-3.
3. Tezval M, Schmisch S, Dumont C, Frosch KH, Balcarek P, Stürmer KM. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome), a life-threatening complication after total hip replacement. [Article in German] *Zentralbl Chir* 2009;134:263-6.
4. Nelson JD, Urban JA, Salisbury TL, Lowry JK, Garvin KL. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome) after arthroplasty in the lower extremity. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:604-10.
5. Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, Shike M, Lighthdale CJ, Winawer SJ, et al. Ogilvie's syndrome. Successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci* 1988;33:1391-6.
6. Ozguc H, Yilmazlar T, Duman H, Zorluoglu A. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Surgery Medical Bulletin* 1993;2:168.
7. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med* 1999;341:137-41.
8. Elder K, Lashner BA, Al Solaiman F. Clinical approach to colonic ischemia. *Cleve Clin J Med* 2009;76:401-9.
9. Georgescu S, Dubei L, Zaharia M, Cîrdei C, Crumpei F, Cijevschi-Prelicean C, et al. Ogilvie's syndrome – acute colonic pseudo-obstruction. Case report and review of the literature. *Rom J Gastroenterol* 2003;12:51-5.
10. Karatosun V, Karadam B. A case of acute colonic pseudo-obstruction following total hip arthroplasty. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2005;39:263-5.
11. Clarke HD, Berry DJ, Larson DR. Acute pseudo-obstruction of the colon as a postoperative complication of hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79:1642-7.
12. Petrisor BA, Petruccelli DT, Winemaker MJ, de Beer JV. Acute colonic pseudo-obstruction after elective total joint arthroplasty. *J Arthroplasty* 2001;16:1043-7.
13. McInnis DP, Devane PA, Geoffrey H. Bilateral total knee arthroplasty: indications and complications. *Curr Opin Orthop* 2003;14:52-57.
14. Patil N, Wakankar H. Morbidity and mortality of simultaneous bilateral total knee arthroplasty. *Orthopedics* 2008;31:780-9.
15. Brilla S, McCartney CJL, Weksler N, Chanb VWS. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome), lower limb arthroplasty and opioids. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88-B Suppl 2:321.
16. Tenofsky PL, Beamer L, Smith SR. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000;135:682-6.