



EDİTÖRE MEKTUP/LETTER TO THE EDITOR

İleoçekal valvüle çok yakın yapılan ileo-ileal anastomoz

Ileocecal valve very close to the ileo-ileal anastomosis

Emin Köse

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(Suppl 1):120-121.

Sayın Editör,

İleoçekal valvül ince barsak içeriğinin transitinde önemli rolleri olan bir yapıdır; ince barsak içeriğinin kolona geçişini yavaşlatır, emilimi artırır ve çekumdan ince barsağa olan reflüyü engeller¹. İnce barsak rezeksiyonu gereken durumlarda ileoçekal valvülün korunması bazı hastalarda tedavinin en önemli parçası olmaktadır^{1,2}. Geleneksel yaklaşım olarak ileoçekal valvüle 10-15 cm kadar yapılan ince barsak rezeksiyonu sonrasında, beslenme yetersizliği ihtimali ve çekuma yakın olan ileal segment basıncının yüksek olduğu düşünülerek anastomoz güvenliği açısından cerrahi prosedüre sağ hemikolektomi ilave edilmektedir. Bu tercihin en önemli sebepleri terminal ileum beslenmesinin zayıf olması ve ileoçekal valvül beslenmesinin sadece ileokolik arter tarafından sağlanmasıdır^{1,3}.

Sunduğumuz olguda amacımız ileoçekal valvüle 4cm mesafede yapılan yan-yana ileo-ileal anastomoz olgusunu sunarak ileoçekal valvülün önemini vurgulamak ve seçilmiş hastalarda ileoçekal valvüle çok yakın anastomoz yapılabileceğini hatırlatmaktır.

Altmış bir yaşında kadın hasta 3 gündür olan karın ağrısı, bulantı-kusma ve gaz-gaita yapamama şikayetleri ile acil servise geldi. Hastanın ek olarak morbid obezite (BMI:56), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı ve diyabeti mevcuttu. Fizik muayenede inkarsere umbilikal herni tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (15000 /UI) dışında özellik saptanmadı. Direk grafide ince barsaklarda mekanik obstrüksiyonla uyumlu seviyelenmeler izlendi ve batın ultrasonografide umbilikal bölgede fitik kesesi

içerisinde vaskülaritesi azalmış, peristaltizmi olmayan ödemli barsak ansları tespit edildi, bilgisayarlı tomografide batın ön duvarındaki faysa defektinde barsakların herniye olduğu izlendi (Resim 1). Hasta bu bulgularla acil operasyona alındı ve eksplorasyonda yaklaşık 5x5 cm boyutlarında fasya defektinden herniye olmuş fitik kesesi izlendi, kese içerisinde iskemi bulguları gösteren yaklaşık 50 cm ileum anısı olduğu gözlemlendi. Hastaya ince barsak rezeksiyonu yapıldı, distalde ileoçekal valvüle 4cm mesafede ileum ve vasküler yapıları korundu. Proksimal ince barsakların dilate olması nedeni ile yan-yana ileo-ileal anastomoz yapılması tercih edildi (Resim 2). Post operatif komplikasyon gelişmeyen hastaya 3. gün oral gıda başlandı ve 6. gün şifa ile taburcu edildi.

İleoçekal valvül kolonik bakterilere karşı bariyer görevi ile ince barsağa olan reflüyü ve ince barsak mukozasında inflamasyon gelişmesini engeller. İleoçekal valvül gastrointestinal sistemde emilim ve bariyer görevi nedeni ile korunması gereken önemli bir yapıdır, bu nedenle ileoçekal valvül rezeksiyonun gastrointestinal sistemde motilite ve absorpsiyon üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Ayrıca ince barsak transit zamanını uzatarak, absorpsiyonun artırılmasına katkı sağlar, böylece safra tuzlarının ve B12 vitamininin emilimini artırır^{1,3}. İleoçekal valvül öncesinde ileum duvarında başlayan kas tabakası ince barsak içeriğinin çekuma geçişini kolaylaştırır. İleoçekal valvül rezeksiyonlarında genelde terminal ileum rezeksiyonunun da birlikte yapılması nedeni ile malabsorpsiyon daha da artmakta ve diare görülebilmektedir⁴. İleoçekal bölgeye 10-15 cm uzaklıkta anastomoz yapmaktan kaçınılmasının en

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Emin Köse, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul E-mail: dreminkose@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 10.05.2016 Kabul tarihi/Accepted: 05.06.2016

önemli sebebi çekuma yakın olan ileal segmentte basıncın yüksek olduğunun düşünülmesi ve aynı zamanda beslenmenin yetersiz olabileceğinin düşünülmesidir. Jiang ve arkadaşları¹ yaptıkları çalışmada ileum mezenterinin barsak duvarından çok yakın olarak ayrılarak yani vasküler yapı korunduğu takdirde ileoçekal valvül yakınına anastomoz yapılmasının güvenli olduğunu bildirmişlerdir.



Resim 1. Preoperatif bilgisayarlı tomografi kesiti.



Resim 2. İleoçekal valve çok yakın, yan-yana yapılan ileo-ileal anastomozun görüntüsü.

İleoçekal valvülün korunduğu grupta rezeksiyon yapılan gruba göre diare ve sıvı elektrolit kaybı gibi sorunların daha az görüldüğünü bildirmişlerdir¹. Kadavra çalışmalarında ileoçekal bölge damarlanmasının sadece ileokolik arterden olmadığı superior mesenterik arterin ve terminal ileal arterin yan dallarından da beslendiği ortaya konmuştur^{1,3}. Mezenter iskemisi nedeni ile yapılan masif ince barsak

rezeksiyonlarında ileoçekal valvülün korunmasıyla morbiditenin azaldığı, kısmi ince barsak rezeksiyonlarında ise diare, steatore gibi semptomların azaldığı aşikardır. Masif ince barsak rezeksiyonlarında valvülün korunması geriye kalan ince barsak absorpsiyon kapasitesini iki kat arttırmaktadır⁵. İleoçekal valvüle yakın anastomoz uygulaması basınç yüksekliği ve beslenme sorunları nedeni ile anastomoz güvenliğini tehlikeye atacağı düşünülerek kaçınılan bir yöntem olarak görülse de valvülün korunmasının bazı hastalarda hayati önemi olması, bazı hastalarda beslenme bozukluğunun önüne geçmesi, bazı hastalarda da yaşam kalitesini etkileyecek diareyi, steatoreyi engellemesi nedeni ile değerlendirilmesi gereken bir cerrahi seçenektir^{6,7}. Olguyu sunmamızın amacı bu konuda yeterli çalışma olmadığını göz önünde bulundurarak ileoçekal valvülün korunmasının hastalara bir çok avantaj sağlayacağını vurgulamak ve uygun hastalarda tercih edilebileceğini literatürdeki diğer çalışmalar ışığında ortaya koymaktır.

KAYNAKLAR

1. Jiang WW, Xu XQ, Geng QM, Zhang J, Chen H, Lv XF et al. Enteroenteroanastomosis near adjacent ileocecal valve in infants. *World J Gastroenterol.* 2012;18:7314-8.
2. Folaranmi S, Rakoczy G, Bruce J, Humphrey G, Bowen J, Morabito A et al. Ileocaecal valve: how important is it? *Pediatr Surg Int.* 2011;27:613-5.
3. Thompson JS, Quigley EM, Adrian TE, Path FR. Role of the ileocecal junction in the motor response to intestinal resection. *J Gastrointest Surg.* 1998;2:174-85.
4. Cserni T, Paran S, Kanyarı Z, O' donnell AM, Kutasy B, Nemeth N. New insights into the neuromuscular anatomy of the ileocecal valve. *The Anatomical Record.* 2009;292:254-61.
5. Sever N, Cevizci MN, Karadağ ÇA, Dokucu AI. Distal ileum patolojilerinde pre-valvuler anastomoz güvenli midir? *Çocuk Cerrahisi Dergisi.* 2008;22:62-5.
6. Iwanaka T, Hashizume K, Kawarasaki H, Tanaka K, Kanamori Y, Utsuki T et al. Ileocecal resection in neonates and infants: a follow-up study. *J Pediatr Surg.* 1993;28:110-2.
7. Miller LS, Vegesna AK, Sampath AM, Prabhu S, Kotapati SK, Makipour K. Ileocecal valve dysfunction in small intestinal bacterial overgrowth: A pilot study. *World J Gastroenterol* 2012;18(46):6801-8