

Kronik idiopatik intestinal psödo-obstrüksiyon

Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction

Hakan Buluş, Arzu Boztaş, Mehmet Cihan, Abdulkadir Ünsal, Fatih Polat

Keçioren Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 07.02.2016

Kabul Tarihi: 26.06.2016

doi. 10.21601/otd.273607

Öz

Mekanik obstrüksiyon olmaksızın tekrarlayan karın ağrısı, bulantı ve kusmanın görüldüğü kronik İdiopatik İntestinal Psödo-obstrüksiyon Sendromu (CİİPOS) akut veya kronik olabilmektedir. Daha sık görülen akut formun (Ogilvie Sendromu) aksine kronik form daha nadir, ciddi ve heterojen bir klinikdir. Biz kronik psödo-obstrüksiyonu olan, ancak ileus ile merkezimize başvuran olguyu literatürler ışığında sunduk.

Anahtar kelimeler: Psödo-obstrüksiyon, Ogilvie Sendromu, ileus

Abstract

Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-obstruction Syndrome (CIIPOS), with recurrent abdominal pain, nausea and vomiting without mechanical obstruction, can be acute or chronic. Unlike the more common acute form (Ogilvie Syndrome), chronic form is a more rare, serious, and heterogeneous clinic. We presented in the light of the literature on chronic pseudo-obstruction but with reference to our center with ileus.

Key words: Pseudo-obstruction, Ogilvie Syndrome, ileus

Giriş

Kronik İdiopatik İntestinal Psödo-obstrüksiyon Sendromu (CİİPOS) mekanik obstrüksiyon olmaksızın tekrarlayan karın ağrısı, bulantı, kusmanın eşlik ettiği semptomlarla karakterize nadir görülen klinik bir entitedir [1]. Psödo-obstrüksiyon akut yada kronik olabilir. Akut formu Ogilvie Sendromu olarak adlandırılır ve yaygın formu budur. Buna karşın kronik form daha nadir, ciddi ve heterojen bir kliniğe sahiptir [2,3]. CİİPOS'un patogenezinde interstisyel Cajal hücreleri sorumlu tutulmaktadır [4]. Hastalarda tanı süreci uzun olduğundan bu gecikmeye bağlı olarak tedavi yetersiz olmaktadır. Bu yüzden cerrahların hastalığın patofizyolojisini, klinik özelliklerini ve tedavisini bilmeleri önem arz etmektedir. Biz kronik psödo-obstrüksiyonu olan ancak akut tıkanma semptomları ile merkezimize başvuran olguyu literatürler ışığında sunduk.

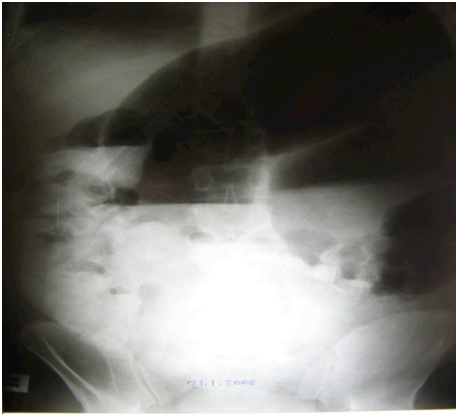
Olgu sunumu

Acil servise 67 yaşında erkek hasta; yaklaşık 3 gün önce başlayan karın ağrısı, şişlik ve bulantı-kusma şikayetleri ile başvurmuştur. Hasta, anamnezinde daha önce de benzer şikayetlerinin olduğu ancak laksatif kullanarak rahatladığını ifade etmekteydi. Ayrıca öncesine ait geçirilmiş bir abdominal cerrahi öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede karında ileri derecede distansiyon, yaygın hassasiyet ve rebound olduğu, rektal tuşede ampullanın boş olduğu saptandı (Resim-1). Dinlemekle barsak sesleri hipoaktifti. Laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı 13x10³ olarak bulunmuş olup diğer tetkiklerinde hiponatremi (Na= 132) dışında patolojik bulguya rastlanmadı.



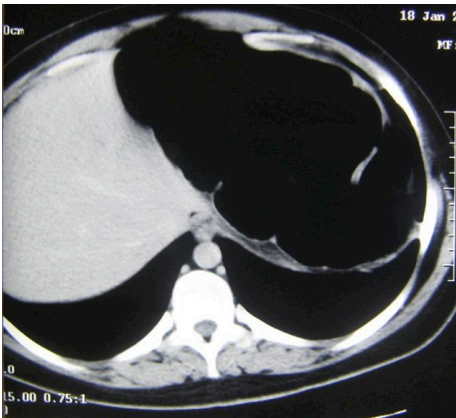
Resim-1:Preoperatif yaygın distansiyon görünümü.

Radyografik çalışmalarda çekilen ayakta direkt batın grafisinde ileri derecede genişlemiş intestinal ve kolonik anslar ile ileusun kardinal bulgularından sayılan hava-sıvı seviyeleri görünmekteydi (Resim-2).



Resim-2: Ayakta Direkt Batın Grafisinde yaygın hava sıvı seviyelerinin görünümü.

Hastaya abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi ve bunun sonucunda distandü kolonik ve intestinal anslar görüldü. Ayrıca tomografide herhangi bir mekanik obstrüksiyonu düşündürülecek bulguya rastlanmadı (Resim-3).



Resim-3:Abdominal BT'de yaygın genişlemiş çevre dokuyu iten aşırı derecede dilate kolon görünümü.

Olgumuzda mevcut akut karın bulguları ve ileri derecedeki distansiyonun akciğer ekspansiyonunu engellemesi sonucu meydana gelen solunum sıkıntısı nedenleri ile laparotomi kararı alındı. Orta hat kesisi ile karına girildi ve yapılan eksplorasyonda rektuma kadar bütün kolonik segmentlerin ileri derecede dilate olduğu, kolonik segmentlerde aşırı distansiyona bağlı yer yer iskemik alanların olduğu ve çevre organları ittiği görüldü (Resim-4).



Resim-4:İntraoperatif dilate barsak ansları

Tüm bu bulgulara rağmen karın içinde herhangi bir mekanik obstrüksiyon oluşturacak neden saptanamadı. Kolonda mevcut iske mi ve nekroz alanları nedeniyle hastaya subtotal kolektomi ile birlikte Hartman ameliyatı yapıldı. Eş zamanlı tüm ince barsak anslarına dekompresyon uygulandı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde barsak düz kas katmanında yaygın fibrozis, vakuoler dejenerasyon, muskularis propriada yaygın atrofi ve fibrozis saptandı. Ayrıca kolonda c-kit(+) Cajal Hücrelerinin olmadığı raporlandı. Olgumuzun postoperatif takiplerinde 3. gün prokinetik ajanlarla ileostomi çalışmaya başladı, postoperatif 5. gün pnömoni gelişti. Yoğun bakımda sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) tedavisi ve antibiyoterapi(10 gün boyunca seftriakson 1 g 2*1 /gün) ile solunumu düzelen hasta postoperatif 13. günde komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi.

Tartışma

CİİPOS mekanik obstrüksiyon olmaksızın klinik patolojik özelliklerle karakterize bir hastalıktır. Çok nadir görülür ve hastalığın prevalansı bilinmemektedir. Bu hastalık başlangıcına göre ya akut ya da kronik, etyolojisine göre idiyopatik yada sekonder yaygın bir klinik spektruma sahiptir. Bu spektrum içerisinde asıl önemli patoloji intestinal traktusun itici gücündeki yetmezliktir [5].

CİİPOS'lu hastaların hemen hemen tamamında progresif konstipasyon, abdominal distansiyon ve ağrı şikayeti bulunmaktadır. Bununla birlikte bazı vakalarda postprandial dolgunluk, bulantı ya da kusma görülebilmektedir. Bu

hastalık önemli bir morbidite nedenidir fakat sıklıkla fark edilmez. Bunun sonucu olarak hastalar uygun tedavi alamaz ve hastalığın ciddiyetine göre etkilenir [6]. Bizim olgumuzda literatürde bildirilen olgulardakine benzer olarak şikayetler bulunmakla birlikte son günlerde bu şikayetlerin artmasına bağlı akut karın bulguları gelişmiştir.

Bu hastalığın klinik özellikleri mekanik obstrüksiyon olmaksızın ilk defa 13 hastada 1958 yılında Dudley ve arkadaşları tarafından tariflenmiştir [7]. CİİPOS en yaygın olarak progresif sistemik skleroz, amiloidoz ya da küçük hücreli akciğer karsinomu gibi hastalıklara sekonder olarak gelişir. Dudley ve arkadaşlarının sundukları hastaların aksine bizim olgumuz yukarıda bahsedilen hastalıkların hiçbirine sekonder olarak gelişmemiştir. CİİPOS'un tanısı gastrointestinal sistemin organik lezyonları dışlandıktan sonra temel olarak klinik olmakla birlikte radyografik dilate barsak hava sıvı seviyelerinin tespit edilmesiyle desteklenir. Ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri, intestinal obstrüksiyonun seviyesi hakkında bilgi vericidir. Obstrüksiyondan sorumlu organik nedenlerin ekarte edilmesinde ayrıca kontrastlı görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, barsak obstrüksiyonu ile ilgili ayrıntılı değerlendirme yapıldığından diğer yöntemlere göre daha üstündür.

Kolonoskopi tanı ve tedavide genişlemiş barsak segmentlerinin dekompresyonunda kullanılmakla birlikte bizim olgumuzda potansiyel tedavi edici özelliğinden faydalanılamamıştır. Olgumuzun bilgisayarlı tomografik incelemesinde ileri derece genişlemiş intestinal ve kolonik barsak segmentlerinin varlığı ve mekanik obstrüktif bir patolojinin gösterilememiş olması CİİPOS'u düşünmemize yardımcı oldu.

Gerekli olan medikal cerrahi ve nütrisyonel değerlendirme için başlangıç tedavisi sıvı elektrolit replasmanı ve obstrüktif semptomların kontrolüne yönelik olmalıdır. CİİPOS tedavisinde gastrointestinal motiliteyi artırmak için betanekol, propranolol, metaklopramid ve neostigmin gibi prokinetik ajanların kullanılmasına rağmen başarısı sınırlıdır [8,9]. Sisaprid'in çalışmalarda en etkili prokinetik ajan olduğu gösterilmiştir [10,11]. Cerrahi tedavide myotomiden ileostomiye yada rezeksiyona kadar yaygın bir tedavi spektrumu bulunmaktadır. Olgumuzda hem intestinal hem de kolonik segmentlerde tutulum mevcut olup kolonik iskemi nedeni ile subtotal kolektomi operasyonu uygulandı.

Sonuç olarak acil servise barsak obstrüksiyonu semptomları ile başvuran hastalarda yapılan bütün laboratuvar çalışmalarına rağmen mekanik bir obstrüksiyon saptanamıyorsa CİİPOS düşünülmesi gereken bir tanıdır. Özellikle bu hastaların özgeçmişleri barsak alışkanlıkları açısından

ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Hastaların mevcut karın bulguları ve sistemik durumları göz önüne alınarak gerektiğinde cerrahi tedaviden kaçınılmamalı bununla birlikte cerrahi tedavideki gecikmeye bağlı olarak morbidite ve mortalitenin artacağı unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Schuffler MD, Keich A. Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction: a surgical approach. *Ann. Surg.* 1981;192:252-6.
2. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;2:671-673.
3. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986;29:203-210.
4. Streutker CJ, Huizinga JD, Campbell F, et al. Loss of CD117 (c-kit)- and CD34-positive ICC and associated CD34-positive fibroblast defines a subpopulation of chronic intestinal pseudo-obstruction. *Am J Surg Pathol* 2003;27:228-35.
5. Lee BH, Kim N, Kang S-B, et al. Two cases of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction with different clinical features. *J Neurogastroenterol Motil* 2010;16:83-89.
6. Stanghellini V, Cogliandro RF, de Giorgio R, Barbara G, Salvioli B, Corinaldesi R. Chronic intestinal pseudo-obstruction: Manifestations, natural history and management. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19:440-452.
7. Dudley HA, Sinclair IS, McLaren IF, et al. Intestinal pseudo-obstruction. *J R Coll Surg Edinb* 1958;3:206-17.
8. Lipton AS, Knauer GM. Pseudo-obstruction of the bowel: therapeutic trial of metoclopramide. *Am J Dig Dis* 1977;22:263-5.
9. Berger SA, Keshavarzian A, DeMeo MT, Mobarhan S. Erythromycin in chronic intestinal pseudo-obstruction (letter). *J Clin Gastroenterol* 1990;12:363.
10. Edwards CA, Holden A, Brown C, Read NW. Effect of cisapride on the gastrointestinal transit of a solid meal in normal subjects. *Gut* 1987;28:13-16.
11. Di Lorenzo C, Reddy SN, Villauneva-Meyer J, Mena I, Martin S, Hyman PE. Cisapride in children with chronic intestinal pseudo-obstruction. An acute, double-blind, crossover, placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 1991;101:1564-70.

Sorumlu Yazar: Arzu Boztaş

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Email: arzuboztas85@hotmail.com

Tel: 0538 439 45 38