

Olgular Işığında İleusun Güncel Cerrahi Tedavisi Current Surgical Treatment of Ileus in the Light of the Facts

Ahmet ALYANAK¹, Merter GÜLEN², Bahadır EGE¹

¹Yüksek İhtisas Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Medicana Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZ

Her yıl dünya genelinde 200 milyondan fazla ameliyat yapılmaktadır. Bu hastaların çoğu ileri yaş gibi komorbid özelliklere sahiptir (1). Postoperatif ileus genellikle karın ameliyatlarından sonra gelişen can sıkıcı bir durumdur. Kolorektal cerrahi sonrası postoperatif ileus görülme sıklığı diğer cerrahilere göre daha sıktır. Postoperatif ileus görülme sıklığı %10 ile %30 değişen insidans oranları bildirilmiştir(2,3). İleus gelişimi için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri; ileri yaş, açık cerrahi yaklaşımlar, ameliyatın zorluğu, ameliyat süresinin 3 saatten fazla olması, bağırsakların fazla manüplasyonu, hemotokritte düşüş veya kan transfüzyonu/kristaloid ihtiyacı ve geç mobilizasyon olarak özetlenebilir. Çoğu olguda bu risk faktörlerinin birden fazlasının olduğu gözlenmektedir. İleus patofizyolojisi; Vater ve arkadaşları tarafından, bozulmuş motilite ve bağırsak duvar ödemi olarak tanımlanmıştır (4). Bazı yayınlarda her ne kadar mekanik ileusun 12 saat içinde operasyonun kural olduğunu reddedip konservatif tedavi edilebileceğini savunsada (5), bizim bu iki olguda deneyimlediğimiz bu tür olgularda konservatif yaklaşımın tedavide pek yeterli olmadığıdır. Ve belki konservatif tedavide fazla ısrar etmenin hastanın genel durumunda geri dönüşsüz hasarlar bırakabileceğidir.

Biz bu çalışmada karmaşık bir tablo sunan iki ileus olgusunda güncel cerrahi tedavilerin irdelenmesini amaçladık.

Anahtar Sözcükler: İleus, batin cerrahisi, ileus tedavisi

ABSTRACT

More than 200 million operations are performed worldwide each year. Most of these patients have comorbid features such as advanced age (1). Postoperative ileus is an annoying condition that usually develops after abdominal surgeries. The incidence of postoperative ileus after colorectal surgery is more common than other surgeries. Incidence rates vary between 10% and 30% of the incidence of postoperative ileus have been reported (2,3). Various risk factors have been identified for the development of ileus. These risk factors are; It can be summarized as advanced age, open surgical approaches, the difficulty of the operation, operation time intestines, decrease in hematocrit or need for blood transfusion /crystalloid and late mobilization. In most cases, more than one of these risk factors is observed. Ileus pathophysiology; it was defined by Vater et al as impaired motility and intestinal wall edema (4). Although some publications argue that mechanical ileus can be treated conservatively within 12 hours by rejecting the rule of thumb (5), what we have experienced in these two cases is that the conservative approach is not sufficient in the treatment of such cases. And perhaps to insistence on conservative treatment may cause irreversible damage to the general condition of the patient. We aimed in this study to examine current surgical treatments in two ileus cases with a complex picture.

Keywords: Ileus, abdominal surgery, treatment of ileus

Cite this article as: Alyanak A, Gülen M, Ege B. Olgular Işığında İleusun Güncel Cerrahi Tedavisi. YIU Sağlık Bil Derg 2021;2:96-98.

Giriş

Yapılan çalışmalara göre; ileus gelişme riski hastaların nörohümorale ve perioperatif patofizyolojik değişikliklerine, volüm homeostazisine, stres yanıtına ve yapılan cerrahinin invazivlik derecesine bağlıdır (1,6). Ameliyat sonrası ileus riske yol açan birincil mekanizma, organ disfonksiyonu, nöroendokrin ve inflamatuvar immünolojik tepkileri içeren karmaşık bir durumdur (7). Yapılan çalışmalarda ileus gelişimini azaltan durumlar şu şekilde özetlenebilir; minimal invaziv

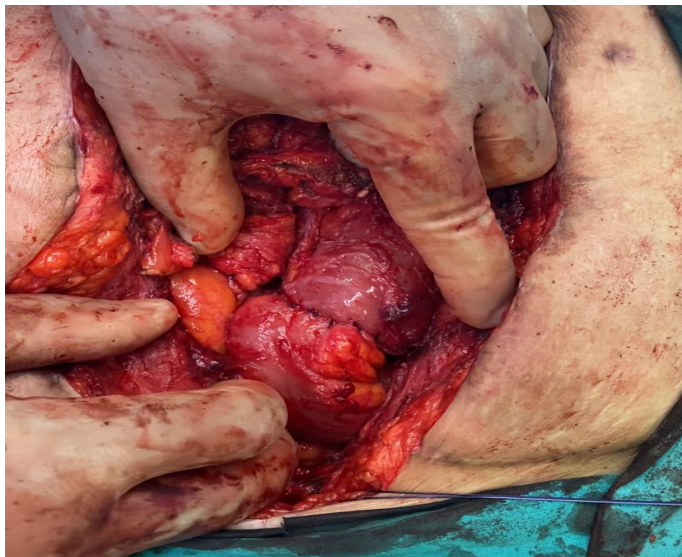
cerrahi, erken oral beslenme, sıvı fazlalığından kaçınmak, epidural anestezi kullanımı, gastrik tüplerden kaçınılması, erken mobilizasyon ve hatta sakız çiğnemek gibi önlemler ileus gelişimini azaltmaktadır (8,9). Hastaların ileus sürecinde iyi değerlendirilmesi ve en uygun zamanda uygun şekilde tedavi edilmesi, cerrahi girişim seçeneğinin hep akılda tutulması ve gerektiğinde uygulanmasından kaçınılması hastalar için hayati öneme sahiptir.

Amaç

Bu çalışmadaki amacımız, iki ileus olgusunda ki tedaviye yaklaşımları ve neticesinde süreçte karşılaşılabilecek sorunları sizlere sunmaktır.

Olgu 1

İlk hastamız 50 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hastaydı. Hastanın ilk ameliyatının 12 yıl önce akut appendisit nedeniyle açık appendektomi ameliyatı olduğu öğrenildi. İkinci ameliyatını uterus myomu nedeniyle olmuş ve bir sorun yaşamamıştı. Ağustos 2021'de abdominal histerektomi ameliyatı sırasında barsak yaralanması gelişmiş ve bu nedenle barsak rezeksiyonu yapılmıştı. Hastaya endometriozisi olduğu ve karın diseksiyonun da çoklu barsak segmenti yaralanması geliştiği söylenmişti. Hastada postoperatif dönemde karın içi enfeksiyon, apse ve ileus gelişimi olmuştu. Bir ay süreyle hastanede yatarak tedavi olmuş ve tam düzelme sağlanmadan enteral destekle taburcu edilmişti. İkinci leus atağından dolayı tekrar opere edilip barsak rezeksiyonu yapılmıştı. Hasta taburculuk sonrası karın içinde apse ve ileus şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkiklerde karın tomoğrafisinde pelvik ve epigastrik bölgede 2 adet apse ve anastomoz hattındaki striktüre bağlı ileus tablosu mevcuttu. Hasta hospitalize edilerek peruktan direnaj ile apse lojları direne edildi. Nutrisyonel destek santral kateterizasyon takıldıktan sonra intavenöz olarak sağlandı. Klinik ve labaratuvar olarak düzelen hastaya cerrahi planlandı. Karın eksplorasyonunda ileri derecede yapışıklıklar gözlemlendi, barsak yaralanması yapılmadan bu yapışıklıklar açıldı ve transvers kolonun wall off olarak üzerini örttüğü olası anastomoz kaçığına bağlı anastomoz hattı striktürüne ulaşıldı. Anastomoz hattı yapıştığı karın içi organlardan dikkatli diseksiyonla ayrıldıktan sonra rezeke edilerek manuel re-anastomoz yapıldı. Postoperatif 5. gün hasta oral alımı tam ve gaz-gaita çıkarır şekilde taburcu edildi. Ayaktan takibe alındı.

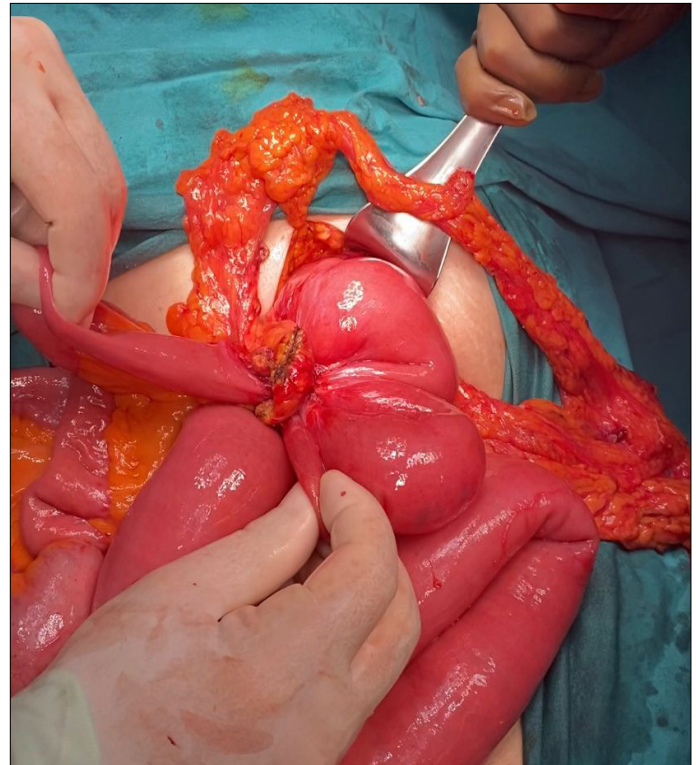


Şekil 1. Birinci olgu sunumunda bağırsak exizyonu sonrası re anastomoz görüntüsü.

Olgu 2

İkinci hastamız 52 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hastaydı. Bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile Ekim 2021'de dış merkeze başvurmuştu. Hasta ileus ve genel durum bozukluğu tanısı ile yoğun bakıma yatırılmıştı. Bir hafta süresince yoğun bakımda orali kesilerek damardan beslenmiş ve sonrasında gaz çıkışı olduğu için taburcu edilmişti. Taburculuğunun 3. günü tekrar karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle aynı merkeze başvurmuş ve tekrar hospitalize edilmişti. Tedavisinin 5. günü gaz çıkışı olması üzerine tekrar taburcu edilmişti. Ancak hasta her iki taburculuğunda da sıvı dışında oral alımının beklenmediğini belirtiyor. Tabuculuk sonrası oral beslenmeye geçen hasta şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastamız 10 yıl önce kronik kabızlık nedeniyle subtotal kolektomi ameliyatı olmuştu. Ameliyat sonrası erken dönemde bir aya yakın hastanede kaldığını ve bu sürecin çok sıkıntılı geçtiğini belirtiyor. Muayenesinde karın distandü, yaygın hassiyet mevcut ve barsak sesleri alınmıyordu. Yapılan ayakta karın grafisinde ve tomografisinde ileus bulguları mevcuttu.

Hospitalize edilen hasta gerekli operatif hazırlıklar yapıldıktan ve sıvı-elektrolit dengesi sağlandıktan sonra ameliyata alındı. Karının epigastrik bölgesinde ileri derecede yapışıklıklar mevcuttu, barsak yaralanması yapılmadan yapışıklıklar düşüldü. Jejunal ansın kendi üzerine katlanarak fiyonk tarzında yapıştığı gölemlendi. Bu durumun ilk ameliyatında olası barsak yaralanması ve "all-off" kapanma olduğu düşünüldü. Bu bölgenin rezeksiyonu ve manuel re-anastomoz yapıldı. Hasta postoperatif 5. Gün oral alımı tam ve gaz-gaita çıkışı var olarak taburcu edildi. Takiplerinde sorun yaşanmadı.



Şekil 2. İkinci olguda Wall-off kapanmaya bağlı jejunal yapışıklık.

Tartışma

İleus riskini artıran en önemli durum hastanın geçirdiği karın cerrahisidir. Yapılan cerrahilere göre ileus gelişime riski farklılık göstermektedir. Kolorektal cerrahiler, acil cerrahiler, karın içi organ ralanmalarından sonra ileus gelime riski artmaktadır. Cerrahin ameliyat süresince postoperatif ileusu riskini en aza indirmek için barsak perfüzyonuna, eldiven pudrası temizliğine, karın içi yabancı cisimlere, ameliyat süresinin uzunluğuna dikkat etmesi gerekmektedir. Minimal invaziv cerrahi girişimler ileusun engellenmesi için son derece önemli ve etkin cerrahi tekniklerdir.

Sunduğumuz iki olguda da geçirilmiş cerrahi işlemlerin fazlalığının yanısıra cerrahi tedaviden kaçınma sonucu bir dizi başarısız tedavi mevcuttu. Her iki olguda da ileusun olası sebebi olan organ yaralanmasının geliştiği abdominal cerrahi öyküsü olduğunu tespit ettik. Bu tip olgularda postoperatif erken dönemde cerrahi kararın geçikmeden alınması ve uygun prosedürün uygulanması gerekmektedir. Geciken cerrahi tedavi hastaları komplike hale getirmekte ve yaşam kalitesini bozan ve hatta hayati tehlikeye yol açan durumlar doğurmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak medikal tedavi ile geçmeyen yada tam düzelmeye sağlanmayan olgularda cerrahi tedavi kararı geçiktirilmemelidir. Her iki olguda da daha önce yapılan cerrahilerde barsak yaralanmasının olduğu gözlenmektedir. Cerrahi işlemler sırasında organ yaralanmasının olmaması için gerekli önlemlerin alınması ve cerrahi dikkatin gösterilmesi gerekmektedir. İleusun geçiken cerrahi tedavisinde tıkanıklığın distal ve proksimal segmentlerinde barsak kalibrasyon farkının fazla olmasından dolayı ve oluşan barsak ödemi nedeniyle re-anastomozların manuel olarak yapılmasının daha güvenli olacağını düşünmekteyiz.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - BE; Tasarım - BE; Denetleme - BE; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi -MG; Analiz ve/veya Yorum - AA; Literatür Taraması - AA; Yazıyı Yazan - BE.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - BE; Design - BE; Supervision - BE; Data Collection and/ or Processing - MG; Analysis and/or Interpretation - AA; Literature Search - AA; Writing - BE.

Conflict of Interest: The authors do not have any conflicts of interest.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. H. Kehlet, Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good? *Anaesthesia* 2020, 75 (Suppl. 1), e54-e61
2. Wolthuis AM, Bislenghi G, Fieuws S, de Buck van Overstraeten A, Boeckxstaens G, D'Hoore A. Incidence of prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: a systematic review and metaanalysis. *Colorectal Dis* 2016;18(01):O1-O9
3. Postoperative ileus, Harnsberger CR, Maykel JA, Alavi K. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 May;32(3):166-170. doi: 10.1055/s-0038-1677003. Epub 2019 Apr 2. (Venara A, Neunlist M, Slim K, et al. Postoperative ileus: pathophysiology, incidence, and prevention. *J Visc Surg* 2016;153(06): 439-446
4. Vather R, O'Grady G, Bissett IP, Dinning PG. Postoperative ileus: mechanisms and future directions for research. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2014;41(05):358-370
5. Vilz TO, Stoffels B, Strassburg C, Schild HH, Kalff JC. *Dtsch Arztebl Int*. Ileus in Adults. 2017 Jul 24;114(29-30):508-518. doi: 10.3238/arztebl.2017.0508.
6. Memtsoudis SG, Poeran J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery in the United States: from evidence-based practice to uncertain science? *Journal of the American Medical Association* 2019; 321: 1049-50.
7. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362: 1921-8.
8. Kehlet H. Postoperative ileus - an update on preventive techniques. *Nature Clinical Practice. Gastroenterology and Hepatology* 2008; 5: 552-8.
9. Hedrick TL, McEvoy MD, Mythen MMG, et al. American Society for Enhanced Recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on postoperative gastrointestinal dysfunction within an enhanced recovery pathway for elective colorectal surgery. *Anesthesia and Analgesia* 2018; 126: 1896- 907