

OGILVIE'S SENDROMU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

OGILVIE'S SYNDROME AND NURSING CARE

Hafize ÖZTÜRK

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Bornova/İzmir

Anahtar Sözcükler: Ogilvie's Sendromu-Hemşirelik Bakımı

Key Words: Ogilvie's syndrome-Nursing care

ÖZET

Ogilvie's Sendromu, mekanik olmayan tıkanma ile meydana gelen, ağır şekilde kolonun genişlemesiyle karakterize bir durumdur. Sendromun gelişimi 1-2 günden daha çabuk oluşabilir, fakat ilerleme genellikle daha yavaştır. Hemşirelik yaklaşımlarının planlanması ve uygulanmasında, gastrointestinal sistem problemleri için risk faktörlerinin gözden geçirilmesi, abdominal distansiyon ve duyarlılığın belirlenmesi, erken mobilizasyonun sağlanması önemlidir.

SUMMARY

Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) is characterized by abdominal distention and massive colonic dilatation without any mechanical cause obstruction. The development of Ogilvie's Syndrome can be rapid over 1-2 days, but more commonly progresses slowly. Nursing assessment and practice is reviewed history for risk factors for gastrointestinal system problems and assessment abdominal distention and tenderness and encourage ambulation in patients.

I. OGILVIE'S SENDROMU (O.S)

Bu sendrom ilk kez, 1948'de Sir Heneage Ogilvie tarafından; mekanik tıkanma olmaksızın; akut, kolon dilatasyonu ile karakterize olarak tanımlanmıştır. O.S, akut kolonik yalancı tıkanma (acut colonic pseudo-obstruction) olarak isimlendirilir. Kadınlarda ve gençlerde de görülmekle birlikte daha sıklıkla erişkinlerde ve erkeklerde görülen bir durumdur. Tablo 1'de O.S. yol açan hastalıklar ve durumlar görülmektedir (Carol 2000; Carpenter 2002; Çakır et all 2001; De Giorgio et all 2001; Patty et all 2000; Tsoutsos et all 1999).

Tablo 1. Ogilvie's Sendromu'nun Oluşmasına Neden Olan Durumlar

Sistemik Hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Metabolik hastalıklar• Elektrolit dengesizlikler• Alkolizm, ilaçlar• Enfeksiyon, sepsis• Gebelik ve doğum• Yaşlılık• Kanser• Hipotroidizm• Üremi	Kardiyovasküler Hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Myokard enfarktüsü• Kalp yetmezliği• Pulmoner embolizm
Yanıklar		Retroperitoneal	<ul style="list-style-type: none">• Hemoraji• Piyelonefrit
Nörolojik Hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Parkinson Hastalığı, Demans• Multiple skleroz• Spinal kord hastalıkları• Beyin tümörleri• Meninjit	Post-Operative Durumlar	<ul style="list-style-type: none">• Sezeryan operasyonu• Spinal kord operasyonları• Ortopedik operasyonlar• İntraabdominal operasyonları• Kalça ve pelvis operasyonları
Travmatik Durumlar	<ul style="list-style-type: none">• İntra veya extra abdominal• Otonom sinir fonksiyon bozuklukları yaratan, operatif olmayan travma	Abdominal Enfeksiyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Pankreatit• Safra kesesi enfeksiyonları

1. Patogenezi:

O.S.'nin patogenezi açık değildir. Çoğunlukla kolonu inerve eden parasempatik sinirler ile sempatik sinirler arasındaki bir dengesizlik vardır. O.S.'da, sempatik sinir fonksiyonunun artması veya parasempatik sinir fonksiyonlarında aksama ile oluşan otonomik dengesizlik olabilir. Buna, rektum ve sol kolonu inerve eden (2-2 ve 4-4) sakral parasempatik sinir fonksiyon bozukluklarına yol açan cerrahi girişimler de neden olabilir (Carol 2000; Carpenter 2002; Çakır et al 2001; De Giorgio et al 2001; Patty et al 2000; Tsoutsos et al 1999).

2. Semptomlar:

O.S. belirtileri, abdominal distansiyon, barsak seslerinin fazla olması ve hiperaktivitedir. Distansiyondan daha az kusma, bulantı ve abdominal duyarlılık olabilir. Abdominal duyarlılık artışı ve ağrıdaki artma, kolonun perfore olmasına yakın artar. Lokositlerde artma ve ateş görülebilir, fakat perforasyon oluşur ise hipertermi ve lokositoz

görülebilmektedir (Carol 2000; Carpenter 2002; Patty et al 2000; Tsoutsos et al 1999).

3. Tanılama:

- Tanılamada en etkili yöntem, abdominal X-Ray dir. Çekimde, kolonun distansiyonunu göstermektedir. Tedavi alanının dikkate alınmasında; barsak genişliğinin çapının ölçümünün önemli olduğunu birçok uzman desteklemektedir (Çekal genişleme, 9-12 cm. ve daha fazla veya konservatif tedaviden 48 saat sonraki başarısızlıkta invaziv tedaviye gereksinim duyulmaktadır) (Carol 2000; Çakır et al 2001).
- Tanılama, kolonoskopi veya lavman solüsyonuyla da yapılabilmektedir. Ancak, kolonoskopinin, O.S. belirtilerini daha da arttırmada riskli olabileceği ve X-Ray kullanımından daha az yararlı olduğu belirtilmektedir (Carol 2000; Carpenter 2002; Schermer et al 1999).

O.S. gelişimi 1-2 günden daha çabuk oluşabilir, fakat ilerleme genellikle daha yavaştır. Bazı vaka çalışmalarında, kolon perforasyonu olmadan da, peritonitin geliştiği belirtilmiştir. İskemik kolondan ortaya çıkan transuda, bu bulgunun mekanik sorumlusu olabilmektedir. Sendrom, genellikle yeterli tedavi ile 3-6 günde tamamıyla tedavi edilebilmektedir (Carol 2000).

4. Tedavi:

4.1. Konservatif tedavi; Konservatif tedavinin yararları ile ilgili az bilgi vardır. Buna karşın, sendromun tedavisi genellikle hastalığın altında yatan nedeni düzeltme ve basit destekleyici bakımdan oluşmaktadır. Konservatif tedavi ve bakım şu basamakları içermelidir;

- Nazogastrik sonda kullanılmalı ve ağızdan bir şey verilmemeli,
- Elektrolit ve sıvı kaybı yerine konulmalı,
- Barsak fonksiyonlarını bozan diğer ilaçlar ve narkotikler kesilmeli,
- Gazın barsaklardan geçişini kolaylaştırmak için, aralıklı rektal muayene dikkatli yapılmalı veya rektal tüp yerleştirilmeli. Ancak, kolonun dilate olmasına karşı dikkatli olunmalı,
- Gazın barsaktan geçişini kolaylaştırmak için, hasta düz pozisyonda yatırılmamalı,
- Pelvisin altına yastık konularak rektum yükseltilmeli,
- Lavman ile tedavi edilebilir ve lavman dikkatli yapılmalı,
- Hava yutması nedeniyle artan distansiyonun hastadaki riski sebebiyle dikkatli değerlendirilmeli ve sonra aralıklı pozitif basınçla tedavi veya spirometre kullanımına motive edilmeli (Carol 2000; Carpenter 2002; De Giorgio et al 2001; Kammen et al 2000; Patty et al 2000, Schermer et al 1999; Tsoutsos et al 1999).

4.2. Tıbbi Tedavi:

a) **İlaç tedavisi:** O.S. için çeşitli ilaç tedavileri bulunmaktadır. Bunlar;

- **Cisapride;** Gastrointestinal sistem motilitesini arttıran prokinetik bir ajandır. Bu ilacın I.V. kullanımını rapor eden vakalar, sonuçlarının karışık olduğunu göstermektedir (Carol 2000).
- **Eritromicin** kullanımının, O.S.'li hastada yararı olduğu belirtilmiştir. Barsak motilitesinde uyarıcı etkisi olabilmektedir (Carol 2000).
- **Guanethidine;** I.V. ile kullanımında, değişik derecelerde etkililik rapor edilmiştir (Carol 2000).
- Paraseptomomimetik ilaç olan **Neostigmine** ile tedavi de başarılı olunmuştur (Carol 2000; Çakır et all, 2001; De Giorgio et all 2001; Patty et all 2000; TureganoFuentes et all 1997).
- I.V. Guanethidine ile, sempatik blok etkili neostigminenin kombine kullanıldığı bir çalışmada, 11 hastanın sekizinde çok kısa sürede keskin sonuçlar bildirilmiştir (Carol 2000).
- Akut psöde-obstrüksiyonlu bir vaka çalışmasında, prostoglandin seviyesinde artma olduğu ve Prostoglandin inhibitörü olan **İndomethacin** kullanımının başarılı olduğu ileri sürülmüştür (Carol 2000).

Konservatif tedavinin etkisi, sadece peritoneal bulgu olmaksızın hafif abdominal rahatsızlığı olan hastaya bağlıdır. Ve ilaç kullanımı ile önleyici faktörler tersine çevrilebilir.

b) Eğer, konservatif tedavi etkili değilse, dekompresyon için kolonoskopi, genellikle ilk invazive terapidir. Tanı amaçlı kolonun dilate kısmına, kolonoskopi işlemi için girildiğinde, kısmen havanın indirildiği fakat bu prosedürün, %15-20 gibi yüksek oranda etkisiz olduğu veya kolonoskopiye takiben semptomların tekrar ettiği rapor edilmiştir (Carol 2000; Carpenter 2002; De Giorgio et all 2001; Patty et all 2000; Tsoutsos et all 1999).

4.3. Cerrahi Tedavi: Çekostomi ve muayene için cerrahi laparoskopisi desteklenmektedir. Genellikle, laparotomi, perforasyon varsa barsakları tamir etmek için gerekli olmaktadır (Carol 2000; Carpenter 2002).

5. Komplikasyonları:

O.S.'nin ciddi komplikasyonları;

- perforasyon,
- peritonit ve
- şokdur (Carol 2000; Carpenter 2002; Kammen et all 2000).

Cerrahi tedavi gerektiren O.S. vakaları için mortalite oranı, perforasyon olmayan vakalarda % 12-30 kadar yüksek olabilir ve perforasyonlu vakalarda % 43-50 dir. Şiddetli ve birdenbire gelişen abdominal ağrı sebebiyle olan perforasyon; şok ve peritonit belirtilerini takiben oluşur. Cerrahi müdahale bu noktada gerekebilir (Carol 2000).

Gebelikte ortaya çıktığında anne ölüm oranı %6-20 arasında değişmektedir. Perinatal ölüm gerçekleşme nedeni prematüre doğum ve fetal hipoksidir. Fetal ölüm oranı %26-50 dir (Walker et all 1997).

O.S., barsak torsiyonu, barsak tıkanması, parolitik ileus, akut gastrik distansiyon, akut abdomen ve iskemik barsak ile sıklıkla karıştırılmaktadır. Tanılama da bu durumlardan ayırt edilmesi gerekmektedir (Carol 2000; Tsoutsos et all 1999). Tablo 2'de O.S. En sıklıkla karıştırıldığı parolitik ileus ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 2. Parolitik İleus ve O.S. Karşılaştırılması

	Parolitik İleus	Ogilvie's Sendromu
Başlama:	• Hızlıdır, 1-2 gün	• Yavaş, 3-5 gün
İlişki (Karışma):	• Özefagus dışında barsak parçaları.	• Sadece kolonda.
Belirti ve Bulgular:		• Hiperaktif veya yüksek düzeyde,
• Barsak sesleri	• Yok,	• Var
• Distansiyon	• Var.	• Var, perforasyona yakın artar.
• Abdominal Duyarlılık	• Var.	• Sıklıkla az
• Bulantı-Kusma	• Yok.	• Konstipasyon veya diyare
• Barsak Aktivitesi		• Ağzdan bir şey verilmez.
Tedavi:	• Ağzdan bir şey verilmez,	• Tıbbi tedavi (yararı açık değil)
	• Tıbbi tedavi (yararı açık değil)	• Nazogastrik tüp,
	• Nazogastrik tüp,	• Mobilizasyon.
	• Mobilizasyon.	
Neden Durumlar:	Olan	
	• Abdominal cerrahi,	• Cerrahi girişim.
	• Künt travma,	• Cerrahi, pelvis-kalça operasyonları, sezeryan,
	• Abdominal olmayan hastalıklar,	• Yanık gibi çeşitli operatif olmayan travma
	• Enfeksiyon.	
Sınırlı Tutum:	* Genellikle evet	• Erkekler
Morbitite:	• Düşük	• Yaşlı popülasyonda
Mortalite:	• Düşük	• Sık değil,
		* Yüksek.

(Carol AR (2000) Ogilvie's Syndrome after cesarean delivery: JOGNN, 29(39, May/June: 239-245).

II- HEMŞİRELİK BAKIMI

Sempatik sinir fonksiyonlarının artması veya parasempatik sinir fonksiyonlarında aksama ile oluşan otonomik dengesizlik, sakral parasempatik sinir fonksiyonlarında bozukluklara neden olan cerrahi işlemler sonucu oluşan O.Sendromu'nda, etyolojik faktörlere bağlı hemşirelik tanıları konulabilir. Hemşirelik tanıları North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)/ Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği tarafından geliştirilen tanılar doğrultusunda aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelik Tanıları ve Tanılarla İlişkili Faktörler

HEMŞİRELİK TANISI	TANIM:	İLİŞKİLİ FAKTÖRLER
Fiziksel mobilitede bozulma:	İmmobil olmayan ancak, fiziksel olarak hareket etmekte bir sınırlılığı olan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.	Aşağıdaki durumlara sekonder, dayanıklılık ve gücün azalmasına bağlı; • Otoimmün değişimler (Örn:Multiple Sklerozis), • Sinir sistemi hastalıkları (Örn:Parkinsonizm, Myasteniagravis) • Musküler distrofi
Kolonik konstipasyon:	Kuru,sert gaitaya yol açacak şekilde, barsaktaki besinlerin geçişinde bir gecikme olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur.	Aşağıdaki durumlara sekonder olarak; immobilite, pelvik kaslarda zayıflık ve sinir inverasyonunda eksikliğe bağlı <u>fizyopatolojik olarak</u> ; • Spinal kord lezyonları, • Spinal kord travması, • Nörolojik hastalıklar <u>Durumsal olarak</u> ; • Gebelikte sekonder, barsak boşaltım zamanında uzama ve demir preparatlarına bağlı, • Labor ve doğuma sekonder sıvı/besin kısıtlanması, barsak hareketlerinde azalma ve abdominal tonüste gevşemeye bağlı
Rahatta Değişim:	İstenmedik bir uyarana tepki olarak bir rahatsızlık yaşayan bir bireydeki durumdur.	Aşağıdaki durumlara sekonder, doku travması ve refleks şeklindeki kas spazmlarına bağlı <u>biyopatofizyolojik olarak</u> ; • Spinal kord travmaları • Doğum eylemi süresince uterus kontraksiyonlarına bağlı gelişir. <u>Tedavi ile ilgili olarak</u> ; • Cerrahi, • Kazalar, • Yanıklar neden olabilir.
Akut ağrı:	Bir saniyeden uzun, 6 aydan kısa bir süre, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durumdur	

Ogilvie's Sendromu'nda;

- Fiziksel mobilitede bozulma
- Kolonik konstipasyon
- Rahatta değişim,
- Akut ağrı,v.b tanılar yer almaktadır (Biol 2002; Carpenito 1999).

Tanılara ilişkin faktörlerin patofizyolojisi ve tanımları (Biol 2002; Carpenito1999) tablo 3'de verilmiştir.

Hastaların bakımında, GIS antroin durumun dikkatli değerlendirilmesi esastır. GIS. durumunun tanınması; problemin erken belirlenmesinde hastalar için en iyi sonuçları desteklemede ve problemlerin erken tanınmasında önemlidir.

Postoperatif GIS hemşirelik deęerlendirilmesi;

Postoperatif hastaların GIS fonksiyon bakımı şunları içermelidir;

1. GIS problemleri için risk faktörlerinin gözden geçirilmesi,
2. Normal barsak sesleri duyulana kadar ilk 24-48 saat için her 4 saatte ve sonra her 8-12 saatte barsak seslerini dinlenmesi,
3. Dışkıının geçişini ve/veya gaz geçişinde ferahlama olup olmadığının ve miktarının belirlenmesi,
4. Bulantı-kusmanın belirlenmesi,
5. Abdominal distansiyon ve duyarlılığın belirlenmesi,
6. Erken mobilizasyon için cesaretlendirilmesi ve sıklıkla pozisyon değiştirilmesi,
7. Ağrı kesicilerin, narkotiklerin kullanımının monitörize edilmesi ve ağrı kesicilerin miktarının dikkatlice gözlenmesi,
8. Diyetle ilgili durumun belirlenmesi,
9. Uzayan bulantı-kusma, anormal barsak sesleri, artmış distansiyon gibi anormal bulguların dikkatle değerlendirilmesi,
10. Hastanın gereksinimlerinin ve durumunun kayıt edilmesi (Carol 2000; Carpenter 2002).

KAYNAKLAR

1. Biol L (2002). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Genişletilmiş 5. Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir, sy: 183-305.
2. Carol AR (2000). Ogilvie's Syndrome after cesarean delivery: JOGNN, 29(39). May/June: 239-245.

3. Carpenito LJ (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çev: Erdemir F., 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevler, İstanbul, sy:182-186,225-226,259-267.
4. Carpenter S (2002). Ogilvie Syndrome, <http://www.emedicine.com/med./topic2699.htm>, Ulaşma tarihi:17.04.2005.
5. Çakır E, Baykal S, Usul H et all (2001). Ogilvie's Syndrome after cervical discectomy: Clinical Neurology and Neurosurgery, 103: 232-233.
6. De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V et all (2001). The pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction, Review article: Alimentary Pharmacology& Therapeutics, 15(11), November: 1717.
7. Kammen BF, Levine MS, Rubesin SE et all (2000). Adynamic ileus after caesarean section mimicking intestinal obstruction: findings on abdominal radiographs, The British Journal Of Radiology, 73, 951-955.
8. Patty I, Tenofsky PL, Beamer L et all (2000). Ogilvie Syndrome as a postoperative complication: Archives of Surgery; Jun., 135,6; ProQuest Medical Library: 682-687.
9. Schermer CR, Hanosh JJ, Davis M et all (1999). Ogilvie's syndrome in the surgical patient: A new therapeutic modality: Journal Of Gastrointestinal Surgery, 3(2): Mar-Apr, 173-177 .
10. Tsoutsos D, Tsakou EG, Lykoudis E et all (1999). Acute colonic pseudo.obstruction (ogilvie's syndrome)-a rare complication of severe thermal injury. Report on two cases: Annals of Burns and Fire Disasters-vol.XII-June; 175(3): 679-82.
11. TureganoFuentes F, MunozJimenez F, DelValleHernandez E et all (1997). Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine-A simple, effective treatment. Diseases Of The Colon&Rectum, Nov; 40(11): 1353-1357.
12. Walker M, Sylvain J, Stern H (1997). Bowel obstruction in a pregnant patient with Ileal Pouch-Anal Anastomosis, Canadizn Journal of Surgery; Dec; 40(6), 471-473.