

Her İki Uçtan Tümör Obstrüksiyonuna Bağlı Gelişen Kapalı Segment Tıkanıklığı

Closed Segment Obstruction Related to Tumor Obstruction on Both Ends

Mehmet Erikoğlu, Gürçan Şimşek

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Özet

Mekanik barsak tıkanıklıkları; cerrahların günlük cerrahi pratiğinde sık karşılaştıkları klinik problemlerdir. Kapalı segment tipi tıkanıklıklar mekanik barsak tıkanıklıklarının nadir bir tipi olmasına rağmen distansiyonun hızla artması, barsak duvarında dolaşımın bozulması strangülasyona yol açması nedeniyle oldukça tehlikeli bir obstrüksiyon tipidir. İlk olgu; 38 yaşında kadın hasta, dış merkezde 10 ay önce inoperabl rektosigmoid köşe tümörü nedeniyle rezeksiyon yapılmaksızın yalnızca loop ileostomi uygulanmış. Hasta kliniğimize karın ağrısı ve distansiyon nedeniyle başvurdu. Hastada rektosigmoid bölgedeki tümörün çekumu infiltrate etmesine bağlı kapalı segment tıkanıklığı tespit edildi. Transvers kolostomi açılarak hasta tedavi edildi. İkinci olgumuz ise 50 yaşında erkek hastaydı. Üç yıl önce sigmoid kolon tümörü nedeniyle sol hemikolektomi geçiren hasta mekanik ileus tablosu ile acil servise başvurdu. Operasyonda ince barsak mezenterindeki metastatik kitlelere bağlı ince barsakta kapalı segment tıkanıklığı geliştiği tespit edildi. Subtotal ince barsak rezeksiyonu yapılarak hasta tedavi edildi. Kapalı segment tıkanıklıkları nadir görülen, hızla tedavi edilmesi gereken mekanik barsak tıkanıklığı nedenleridir. Her iki tarafından tümör infiltrasyonuna bağlı gelişen kapalı segment tıkanıklığı oldukça nadir görülür. Bu nedenle kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen her iki taraftan tümör obstrüksiyonuna bağlı kapalı segment tıkanıklığı gelişen iki olguyu bu yazımızda literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Abstract

Mechanical intestinal obstructions are frequent clinical problems that the surgeons come across in their daily surgical practices. Although the closed segment obstruction is a rare type of the mechanical intestinal obstruction, it is all the more dangerous because of the rapid increase in distension and its entailing strangulation based on the upset circulation in the intestinal wall. In our study we have discussed two closed segment cases related to colon tumor existence along with literature on the subject. The first case is a 38-year-old female patient who underwent only loop ileostomy without a resection because of inoperable rectosigmoid corner tumor 10 months ago at another health center. The patient presented to our clinic with complaints of abdominalgia and distension. The patient was diagnosed with closed segment obstruction based on the infiltration of the cecum by the tumor in the rectosigmoid area. The patient was treated through opening up a colostomy from the transverse colon. The second case was a 50-year-old male patient. The patient, who had undergone left hemicolectomy because of sigmoid colon tumor three years before, presented to the emergency service with a condition of mechanical ileus. The patient was diagnosed with closed segment obstruction in the small intestine related to the metastatic masses in the small intestinal mesentery, intraoperatively. The patient was treated through subtotal small intestinal resection. Closed segment obstructions are rare causes of mechanical intestinal obstructions that need to be treated rapidly. Closed segment obstructions that develop because of the tumor infiltration on both ends are quite rare. Therefore, we aim at discussing the aforementioned cases of closed segment obstruction that developed because of tumor obstruction on both ends and surgically treated in our clinic, along with literature on the subject.

Anahtar kelimeler: Kolon kanseri, ileus, kapalı segment.

Key words: Colon cancer, ileus, closed loop obstruction.

GİRİŞ

Basit mekanik barsak tıkanıklarında mortalite %5 civarındayken, strangülasyonun olaya eklenmesi ile %10-37'ye yükselir (1,2,3). Strangülasyon kapalı segment tıkanıklıklarında, inkarsere hernilerde, volvulusda ve tam obstrüksiyonlarda daha sık görülür. Kapalı segment tıkanıklıklarında barsak içeriği basit tıkanıklıkta olduğu gibi proksimale drene olamaz. Bu nedenle kapalı segment hızla distandü olmaya başlar. Bu distansiyon barsak segmentinde venöz dönüşü bozarak strangülasyona yol açar. Strangüle olan ans daha sonra perfore olarak sekonder peritonit ve sepsisi beraberinde getirir. Bu nedenle strangülasyonun erken fark edilip tedavi edilmesi önemlidir. Günlük

pratikte cerrahlar ağrı, ateş, taşikardi, periton irritasyon bulguları ve lökositoz gibi strangülasyonun 5 klasik bulgusu ile laparotomi endikasyonu koymaktadır. Ancak bu bulgular strangülasyon için sensitif ve spesifik değildir (1). Bu nedenle hastaneye mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle yatırılan hastalarda strangülasyon şüphesi durumunda BT, USG veya MRG ile tetkik edilmelidir. Bu üç tetkikten birinin yapılması strangülasyonun ekarte edilmesi açısından tavsiye edilmektedir (4). Bu üçlü içerisinde de BT nekrozu tespit etmede %93,8 sensitif ve %88,9 spesifik olduğu tespit edilmiştir (5).

OLGU

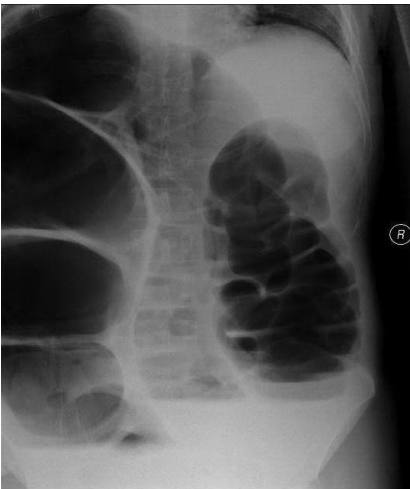
Olgu 1

Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık 10 ay önce başka bir kurumda rektosigmoid köşe tümörü nedeniyle opere edilmiş. Bu ameliyatta kitle inoperabl olarak kabul edildiğinden hastaya sadece ileostomi açılmış. Hasta daha sonra onkoloji kliniği tarafından takip edilmiş ve kemoradyoterapi uygulanmış. Hasta acil servise karın ağrısı, karında aşırı şişkinlik ve nefes almada zorluk şikâyetleri nedeniyle başvurdu. Karında şişlik şikâyetinin son 1 haftadır olduğu ve giderek arttığı öğrenildi. Kusması olmayan hastanın ileostomiden deşarjı da oluyordu. Fizik muayenede genel durumu orta, şuuru açık olan hastanın nabız:138/dk, TA:140/80 mm-Hg ve ateş 38,6 °C olarak tespit edildi. Karın muayenesinde belirgin distansiyon vardı. Rebaunt ve defans pozitif. Rektal tuşede ampulla boştu, kitle palpe edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:18.600, CRP:102 mg/dl olarak bulundu. Ayakta direkt karın grafisinde geniş, kolon düzeyinde çok sayıda hava sıvı seviyeleri vardı (Resim 1).

Hastanın önceki anamnezi ve yapılan ameliyat göz önüne alınarak tümör ile ileoçekal valv arasında gelişen kapalı segment obstrüksiyonu olabileceği düşünüldü. Hastanın kapalı segmentini drene etmek için rektoskopi ile tümör geçilmeye çalışıldı ancak başarılı olunamadı ve acil operasyona karar verildi (Resim 2). Operasyonda tüm kolonun kapalı segment halini aldığı görüldü. Ancak bu kapalı segmentin tümör ile ileoçekal valv arasında değil, aynı tümörün çekumu infiltrate etmesine bağlı olduğu görüldü. Kolonda iskemi ve perforasyona rastlanmadı. Tümörün sakrum invazyonu olduğu için rezek edilemedi. Kapalı segmenti drene etmek için tranvers kolon karın duvarına ağızlaştırılarak transvers kolostomi (müküs fistülü) yapıldı. Postoperatif dönemde hastanın distansiyonu hızla geriledi, ikinci gün oral gıda başlandı ve hasta postoperatif 5.gün taburcu edildi.

Olgu 2

Elli yaşında erkek hastaya 3 yıl önce kliniğimizde sigmoid kolon tümörü nedeniyle sol hemikolektomi uygulanmış. Ameliyat sonrası dönemde kemoterapi alan hastada ; 6 ay önce rutin takip sırasında



Resim 1. Olgu 1'in başvuru esnasında çekilen ayakta direkt karın grafisi. Geniş tabanlı kolonik hava sıvı seviyeleri dikkat çekmektedir.



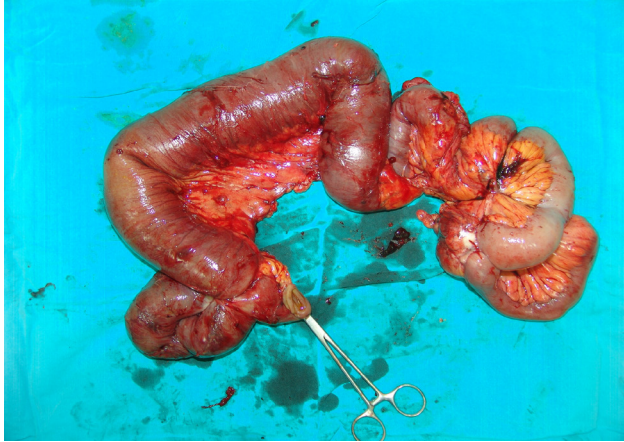
Resim 2. Olgu 1'in operasyon öncesi karınının görünümü.

peritoneal yayılım tespit edilmesi üzerine tekrar palyatif kemoterapi başlanmış. Hasta kramp tarzında şiddetli karın ağrısı, gaz-gayta yapamama ve kusma şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinden 2 gündür kusmasının olduğu ve son 1 gündür de gaz-gayta çıkışının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede nabız:102/dk, TA:140/90 mm-Hg ve ateş:37 °C tespit edildi. Karın muayenesinde distansiyon, yaygın hassasiyet ve defans vardı. Klepotaj bulgusu müspet olan hastada rebaunt tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:7600 olan hastanın ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri vardı. Hastaya nazogastrik tüp ve foley kateter takılarak takibe başlandı. Lavman hazırlığı ile yapılan kolonoskopide kolonda tıkanıklığa rastlanmadı. Nazogastrik drenen ilk gün yaklaşık 500 ml safralı drenajı olan hastanın ,karın muayene bulguları gerilemedi. Yapılan karın BT'de kapalı segment tıkanıklığı şüphesi olan hasta acil operasyona alındı. Operasyonda treitz ligamanından yaklaşık 100 cm distalden başlayan ince barsak mezosundaki metastaza bağlı 150 cm lik kapalı loop obstrüksiyonu tespit edildi ve bu segment rezeksiyon anastomoz ile tedavi edildi (Resim 3). Postoperatif 4.gün oral gıda başlanan hasta operasyondan sonraki 7.günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Mekanik ince barsak tıkanıklıklarının en sık karşılaşılan nedeni adezyonlardır. Kolon düzeyindeki mekanik tıkanıklıkların ise en önemli nedeni kanserdir (6). Kapalı segment tıkanıklıklarının en önemli sebepleri inkarsere herniler, adezyonlar ve volvuluslardır (7). İleoçekal valvin tam fonksiyonu ve kolorektal tümöre bağlı kapalı segment tıkanıklığı nadir görülür. Her iki taraftan tümör obstrüksiyonuna bağlı kapalı segment tıkanıklığı ise çok daha nadirdir.

Kolon seviyesinde oluşan kapalı segment tıkanıklıkları için temel şart tam fonksiyonel bir ileoçekal valv mekanizmasının varlığıdır. Bu nedenle kolonun mekanik obstrüksiyonlarında hasta hızla resüsite edilip operasyona alınmalıdır.Kolonun her iki tarafının aynı tümör tarafından obstrüksiyonuna bağlı gelişen kapalı segment tıkanıklığına literatürde rastlamadık. İlk olguda gelişen kapalı segment tıkanıklığında neden rektosigmoid köşedeki tümörün kemoterapiye rağmen progresyonuna devam ederek çekumu da infiltrate etmesiydi. Günümüzde tıkaçıcı özellikteki lokal ileri evre rektum tümörlerinde ileostomi açılarak ileusun çözülmesi ve daha sonra hastanın neoadjuvan tedavi alması şeklindeki yaklaşım oldukça günceldir. Rektum kanserlerinde neoadjuvan



Resim 3. Olgu 2'nin operasyonda rezeke edilen kapalı segment haline gelen ince barsak rezeksiyon materyalinin dilate ansin her iki tarafında tümöre bağlı tıkanıklık görülmektedir.

radyokemoterapi ile %60-80 tümör regresyonu ve %15-30 da patolojik tam yanıt sağlanabileceği bildirilmiştir (8). Neoadjuvan radyokemoterapi ile bu kadar olumlu sonuçlar bildirilmesine rağmen hastalığın progrese olabileceği de akılda tutulmalıdır. Rezeksiyon yapılmadan ileostomi açılan hastalarda eğer tümör rezeksiyonu yapılmıyorsa tam fonksiyone bir ileoçekal valv veya tümörün infiltrasyonu sebebiyle kapalı segment tıkanıklığının gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bu durumda hastada ileus semptomları olmaksızın ciddi distansiyon ve karın ağrısı ile başlayan klinik tablo ortaya çıkar. Hastanın ileostomisinin çalışmaya devam etmesi bize kapalı segment tıkanıklığını düşündürme de yardımcı oldu. Eğer bu tabloya hızla müdahale edilmezse kolon perforasyonu ve fekal peritonit kaçınılmazdır. Bu şekilde terminal dönemde olan bir hastaya cerrahi müdahale yapmak yerine kapalı segmenti drene edecek stent uygulamalarının daha efektif olacağını düşünüyoruz. Bu vakaya operasyon öncesi stent için rektoskopik değerlendirme yapıldı ancak ileri derece darlık nedeniyle stentin mümkün olmayacağı görüldü. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. Rezeksiyon şansı olmayan hastaya kapalı segmenti drene etmek için transvers bağıt kolostomi yapıldı.

İnce barsak seviyesinde gelişen kapalı segment tıkanıklıklarının en önemli sebebi ise adezyonlardır. Bunu inkarsere fıtıklar takip eder. İnce barsak düzeyinde de tümöre bağlı gelişen kapalı segment tıkanıklığı enderdir. İkinci olgu kolon tümörüne bağlı periton metastazları nedeniyle kemoterapi alan hastaydı. Hasta ileus tablosu ile acil servisten kliniğimize yatırıldıktan sonra kolonoskopide nüks tespit edilmemesi üzerine peritoneal karsinomatoz olarak değerlendirilip konservatif tedaviye başlandı.

Miller ve ark. çalışmalarında mekanik ince barsak tıkanıklığı olan olgularda mezenterde kirlenme ve kapalı segmentte dilatasyon ve diğer segmentlerin normal olması kapalı segment tıkanıklığının en önemli BT bulguları olarak bildirmişlerdir (9). Tedaviye rağmen kusma şikayeti devam eden hastaya karın BT çekildi. BT'de ince barsak düzeyinde metastatik kitlelere bağlı tıkanıklık ve bu kitlelerden birinin distalinde ve proksimalinde barsak dilatasyonunun devam ettiği raporlandı. Bunun üzerine hasta kapalı segment tıkanıklığı düşünülerek opere edildi ve kapalı segment rezeke edildi. Postoperatif 7.günde sorunu olmayan

hasta evine gönderildi.

Peritoneal yayılım gösteren tümörlerde gelişen ileusların tedavisinde mümkün olduğunca konservatif tedavi uygulanmalıdır (10). Çünkü bu vakalar terminal dönemde olan düşük hastalardır. Ancak kapalı segment tıkanıklığı ve strangülasyon gibi hallerde cerrahi tedavi kaçınılmazdır. Konservatif tedavi yapılacak olan tüm peritoneal karsinomatoza bağlı ileusu olan vakalara BT yapılması gereksiz cerrahi müdahalelerden kaçınmak ve strangülasyon gibi cerrahinin zaruri olduğu halleri belirlemek için faydalı olabilir.

Sonuç olarak tıkaçıcı kolon kanserlerinde eğer tümör rezeksiyonu yapılmıyorsa saptırıcı stomanın ileoçekal valvin distalinden yapılması kapalı segment tıkanıklığını önleyebilir. Ayrıca tüm mekanik barsak tıkanıklıklarında cerrahi kararı vermede kullanılan ağrı, ateş, taşikardi, periton irritasyon bulguları ve lökositoz gibi strangülasyonun klasik bulgularının strangülasyonu göstermede sensitif ve spesifik olmadığı unutulmamalı ve intestinal nekrozu göstermede en duyarlı tetkik olan BT den faydalanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sarr M, Bulkley G, Zuidema G. Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction: prospective evaluation of diagnostic capability. *Am J Surg* 1983; 145 (1):176-82.
2. Brolin R. Partial small bowel obstruction. *Surgery* 1984; 95 (2):145-9.
3. Sosa J, Gardner M. Management of patients diagnosed as acute intestinal obstruction secondary to adhesions. *Am. Surg* 1993; 59 (125)-8.
4. Zalcman M, Sy M, Donckier V, Closset J, Gansbeke DV. Helical CT signs in the diagnosis of intestinal ischemia in small bowel obstruction. *AJR Am J Rontgenol* 2000; 175 (6):1601-7.
5. O. Makita, I. Ikushima, N. Matsumo, K. Arikawa, Y. Yamashita. CT differentiation between necrotic and nonnecrotic small bowel in closed loop and strangulating obstruction. *Abdom Imaging* 24:120-4 (1999).
6. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000; 180:33-6.
7. Helton WS, Fisichella PM. Intestinal obstruction. *ACS Surgery Online (Principles and Practice), Gastrointestinal Tract and Abdomen* (5), Intestinal obstruction (4), 2004 WebMD p:1-20.
8. Maingot's Abdominal Operations, Eleventh Edition Michael J. Zinner, MD, FACS, Stanley W. Ashley, MD, FACS. 2007 McGraw-Hill Companies.
9. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000; 180:33-6.
10. Mercadante S, Ripamonti C, Casuccio A, Zecca E, Groff L. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction. *Support Care Cancer* 2000; 8 (3):18-91.