

## ÇEKUM VOLVULUSU

Dr. Yüksel TATKAN \*, Dr. Şakir TAVLI \*\*, Dr. İrfan TUNÇ \*\*\*, Dr. Nahit ÖKESLİ \*\*\*\*

### ÖZET

*Çekal volvulus intestinal obstrüksiyonun sık olmayan nedenlerinden biridir. Tüm intestinal obstrüksiyonların %1'ini ve tüm kolonik obstrüksiyonların %3'ünü oluşturur. Operasyon, tedavinin kabul edilen şekli olmakla birlikte son yıllarda literatürde bazı cerrahi olmayan tedavi teknikleri de bulunmaktadır.*

### SUMMARY

#### *Cecal Volvulus*

*Cecal volvulus is an uncommon cause of intestinal obstruction. It accounts for 1 percent of all intestinal obstruction and 3 percent of all colonic obstructions. Although the operative management is the accepted form of treatment, in recent years there is some nonsurgical treatment technics in literature.*

### GİRİŞ

Çekum volvulusu ilk kez 1837 yılında Rokitansky tarafından tanımlanmıştır (1, 2, 3, 4). Çekumun hipofiksasyonu nedeni ile arteria ileokolika mezenterial eksenini etrafında dönmesi veya bu bölgenin sol hipokondriuma katlanması ile oluşur. Çekum volvulusu büyük sıklıkla ileokolik segmentin torsiyonu şeklindedir. Bu genellikle saat dönüşü yönünde ve 90°'den birkaç kez tam dönüşe kadar değişen derecelerde oluşur (1, 2). Yapılan nekropsisi çalışmalarında popülasyonun %10-20'sinde çekum ve çıkan kolonun volvulus oluşumuna izin verecek şekilde mobil olduğu saptanmıştır (3).

Konunun barsak tıkanmalarındaki yeri ve önemini vurgulamak amacıyla kliniğimizde tanı ve tedavisi yapılan 3 olgunun özelliklerinin sunulması uygun görülmüştür.

### MATERYEL ve METOD

#### OLGULAR

F.Ç. 65 yaşında, kadın hasta; Dosya No: 1063.

7.2.1988 tarihinde 7 gün önce başlayan karın ağrısı ve 2 gündür gaz-gaita çıkaramama yakınmaları ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde; batında distansiyon, barsak seslerinde hiperaktivite ve ayakta direk karın grafisinde ince barsağa ait hava-sıvı seviyeleri saptandı (Resim-I). Genel durumu ileri derecede bozuk olan hasta mekanik ileus tanısıyla yatırıldı. Laboratuvar bulguları; kan şekeri: 108 mg/dl, BUN: mg/dl, Na: 136 mEq/L, K: 2.7 mEq/L olarak bulundu. 1 günlük yoğun bir tıbbi tedaviden sonra 8.2.1988'de operasyona alındı. Eksplorasyonda çekumun mezosu etrafında iki kez döndüğü saptandı. Detorsiyon + Çekopeksi işlemi uygulanan hasta postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi.

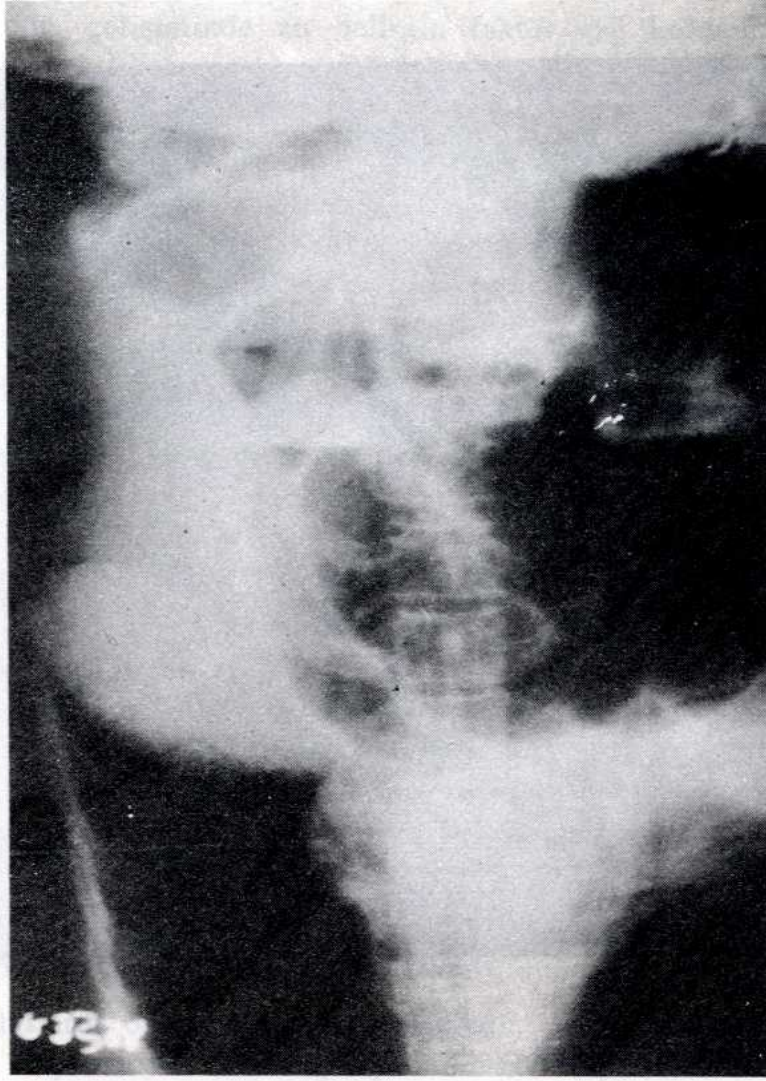
\* S.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üyesi, Prof.

\*\* S.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. uzmanı

\*\*\* S.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. Araştırma Gör.

\*\*\*\* S.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi Yrd.Doç.





RESİM-I

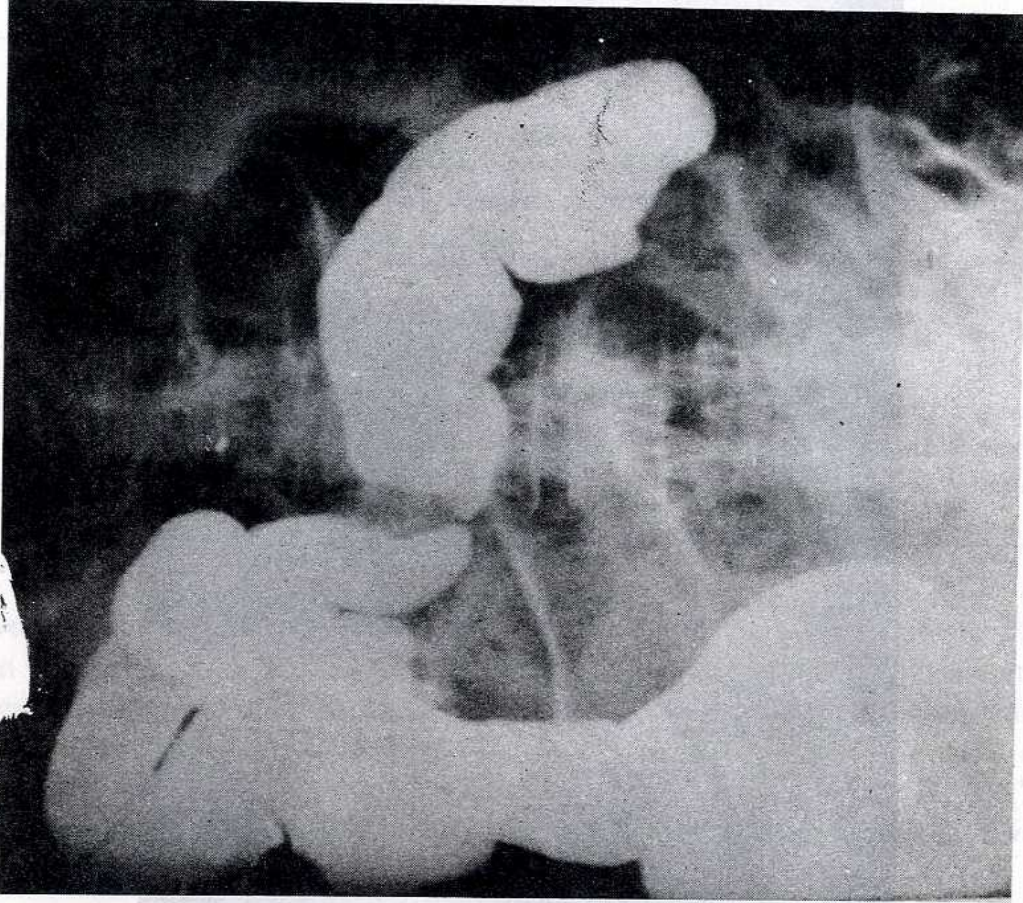
Çekum volvuluslu hastada Ayakta direkt batın grafisi

## OLGU II

F.Ü. 56 yaşında, kadın hasta; Dosya No: 1217

13.2.1988 tarihinde 4 gündür devam eden karında distansiyon, gaz-gaita çıkaramama yakınmaları ile kliniğimize yatırıldı. 15 gün önce kolesistektomi operasyonu geçirdiği öğrenilen hastanın yapılan fizik muayenesinde; batında distansiyon, barsak seslerinde hiperaktivite, ayakta direk karın grafisinde ince barsaklara ait hava-sıvı seviyesi saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; kan şekeri: 76 mg/dl, BUN: 34 mg/dl, Na: 135 mEq/L, K: 3.0 mEq/L olarak bulundu. Volvulus düşünülerek baryum lavmanlı kolon grafisi yapıldı. Proksimal kalın barsak bölümünde tam tıkanma bulunduğu tesbit edildi (Resim-II). Mekanik ileus tanısı ile operasyona alınan hastada çekum ve tüm sağ kolonun torsiyone olduğu gözlemlendi. Detorsiyon + Dekompresyon işlemi uygulandı. Postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi.





RESİM-II

Çekum volvuluslu hastada Baryum lavmanlı kolon grafisi

### OLGU III

I.D. 70 yaşında, erkek hasta; Dosya No: 1866

15.3.1989 tarihinde karında ağrı, gaz-gaita çıkaramama yakınmaları ile başvuran hasta kliniğimize yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde; batında hafif distansiyon, barsak seslerinde artma saptandı. Kalpte atrial fibrilasyonu bulunan ve kompanse parsiyel mikroemboli olarak düşünülen hasta gözleme alındı. Ayakta direk karın grafisinde sol diafragma altında geniş bir kolon segmenti saptandı. Laboratuvar bulguları; kan şekeri: 100 mg/dl, BUN: 60 mg/dl, Na: 130 mEq/L, K: 4.5 mEq/L olarak bulundu. Bu arada hastada birkaç kez gaz-gaita çıkışı oldu. 20.3.1989 tarihinde batında belirgin distansiyon ve hassasiyet saptanan hasta acilen operasyona alındı. eksplorasyonda ileoçekal volvulusa bağlı sağ kolon ve ileumun distal 75 cm'lik bölümünde nekroz saptandı.

Sağ hemikolektomi + Ileum rezeksiyonu, uçuca ileotransversostomi uygulandı. Postoperatif 7. günden itibaren kardiyak problemi nedeniyle iç hastalıkları kliniğinde tedavisine devam edildi.

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Çekum volvulusları tüm intestinal obstrüksiyonların yaklaşık %1'ini, kolon



volvuluslarının ise %25-40'ını teşkil eder. 30-40 yaşları arasında ve kadınlarda daha siktir (2, 3).

Çekal volvulus gelişiminde en belirgin faktör sağ kolonun sağ karın duvarına inkomplet peritoneal fiksasyonudur. Böylelikle mobil bir çıkan kolon fiks bir nokta etrafında rotasyona uğrayarak volvulusu oluşturur (2, 4).

Mobil bir çekumda volvulus oluşabilmesinde birtakım presipite edici faktörler rol oynar. Bunlar şu şekilde sıralanabilir; 1) Geçirilen abdominal operasyonlara (özellikle jinekolojik) bağlı adezyonlar, 2) Kronik konstipasyon, 3) Laksatif alışkanlığı, 4) Sol kolonda; tümör, divertikülit, fecal impaction vb. nedenlerle oluşan distansiyon (1, 2, 3, 4, 5).

Çekal volvuluslar 3 klinik tipe ayrılabilir: 1) Şiddetli karın ağrısı, kusma, abdominal distansiyon ve konstipasyonla karakterli akut şiddetli başlangıçlı tip, 2) Abdominal rahatsızlık veya distansiyon, ağrı ve hassasiyetle karakterli subakut olgular, 3) Geçici episodlar şeklinde sağ alt kadran ağrısı, hassasiyet, değişik derecelerde abdominal distansiyonla karakterli kronik intermittant form. Baryum lavmanlı grafilerde çekum vizualize edilemez ve torsiyone sağ alt kadran bölümünde kuş gagası görünümü izlenir (2, 3).

Bizim ilk iki olgumuzda bahsedilen bu bulgular mevcut olup teşhis konulmasında güçlükle karşılaşmamıştır. Ancak üçüncü olguda diyafragma sol bölümündeki daha önceden mevcut olan relaksasyo nedeniyle barsakların anatomik lokalizasyonu bozulduğundan direk karın filmi bulgularını yorumlamakta tereddüde düşülmüş, ayrıca hastadaki kalp rahatsızlığı, distansiyonun çok yavaş gelişmesi ve gaz-gaita çıkışının son güne kadar devam edişi cerrahi girişimin gecikmesine sebep olmuştur.

Volvulusun konfigürasyonu ve büyüklüğü distandü mide ile karıştırılabilir. Nazogastrik tüp takılarak aspire edilip düz karın grafisi tekrarı, ayırt edilmelerini sağlar (1, 2,3).

Çekal volvuluslarda optimal tedavi tartışmalıdır. Akut çekal volvulus akut abdominal bir olay olarak düşünülüp 2 saati aşmayan bir sıvı replasmanından sonra acil cerrahi girişim gerektirir. Gangren veya perforasyon mevcutsa rezeksiyon veya ilgili barsağın eksteriorizasyonunun en uygun tedavi şekli olduğunda birleşilmektedir. Gangren veya perforasyon yok ise çekal volvulusların büyük çoğunluğu fiksasyon teknikleri ile (detorsiyon ve çekostomi ve/veya çekopeksi) veya rezeksiyon +primer anstomoz ile tedavi edilir (2, 3, 4) Bizim olgularımızdan birisi detorsiyon + çekopeksi, diğeri detorsiyon + dekompresyon, üçüncüsü de rezeksiyon + primer anastomoz yöntemleri ile tedavi edilmiş ve başarılı sonuçlar alınmıştır.

Son senelerde cerrahiye alternatif olarak veya çekumun cerrahi fiksasyonundan önce kolonoskopik dekompresyon işlemi önerilmektedir. Özellikle yüksek cerrahi riski olan olgularda gangren veya perforasyon şüphesi yoksa kolonoskop eşliğinde hem detorsiyon sağlanmakta hem de dekompresyon için tüp yerleştirilebilmektedir (3).

Patel ve arkadaşları da yüksek cerrahi riskli bir hastada anterior perkütanöz dekompresyon uygulamışlar ve özellikle yüksek cerrahi mortalite riski taşıyan hastalarda bu yolla yapılan dekompresyon ve detorsiyon işleminin hayat kurtarıcı olduğuna değinmişlerdir (1).

“Sonuç olarak; mekanik barsak tıkanmasıyla karşılaşılın hastalarda özellikle hikayesinde subileus şikayetleri tesbit edildiğinde çekum volvulusunun da hatırlanmasının,



teşhis için kolon grafisinden yararlanılmasının ve tedavi için de genel durumunun müsait olduğu en kısa sürede ameliyat edilmesinin uygun olacağı söylenebilecektir.

## KAYNAKLAR

1. Patel, D., Ansori, A., Marvin, D.B: Percutaneous Decompression of Cecal Volvulus, American Roentgen Ray Society. 148 (4): 747-8, Apr. 1987.
2. Neil, D., Reasbeck, P., Effeney, D.: Cecal volvulus: ten years experience in an Australian teaching hospital. Ann.R.Coll. Surg. 69(6): 283-5, Nov 1987.
3. Ravi, J., David, B., Geoge, J.B.: Decompression and Detorsion with a Colonoscopically Placed Drainage Tube. American J. Gastroenterology. 82 (9): 912-4. Sep. 1987.
4. Shackelford, R.T., Zudema, G.D., Surgery of the Alimentary Tract. Cecal Volvulus. W.B. Saunders Company. Philadelphia. Vol: p: 92-94, 1983.
5. Fanning, J., Bernard, C., Post-cesarean cecal volvulus. Am. J. Obstet. Gynecol 158(5): 1200-2, 1988.