

İLEOSİGMOİD DÜĞÜMLENME

Dr.Ömer KARAHAN *, Dr. Yüksel TATKAN **,
Dr. Yüksel ARIKAN ***, Dr. Adil KARTAL ****

ÖZET

1986-1989 yılları arasında S.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde görülen iki ileosigmoid düğümlenme vakası takdim edilmiştir. Bu vakalar nedeniyle ileosigmoid düğümlenme gözden geçirilmiş, etiopatogenezi, klinik özellikleri, tanı ve tedavisi tartışılmıştır.

SUMMARY

Ileosigmoid Knot

In this article 2 cases reported with ileosigmoid knot which had been diagnosed in the General Surgery Department of Medical Faculty at Selçuk University, between 1986-1989. Because of this cases, ileosigmoid knots have been considered and its etiopathogenesis, clinical features, diagnosis and treatment have been discussed.

GİRİŞ

Ileosigmoid düğümlenme tabiri ileum ansı ve sigmoid kolonun birlikte strangüle olduğu durumu belirtir. Sıklıkla sigmoid kolon volvulusunun bir şekli gibi düşünülür. Fakat oluşum mekanizması, sık görüldüğü yaş ve cins, klinik tablo bakımından iki olayın birçok farkları mevcuttur. Bu nedenle ileosigmoid düğümlenmede primer olayın, mezosu uzun ileumun motilite artışı olması daha muhtemeldir. Olaya ileosigmoid düğümlenme denilmesi double volvulus olarak adlandırılmasından daha doğrudur (1). Hastalığın nadir ve ileri derecede mortal olması sebebiyle kliniğimizde tedavi ettiğimiz 2 ileosigmoid düğümlenme vakasını yayınlamayı yararlı bulduk.

VAKA TAKDİMİ

Vaka 1: S.O, 51 yaşında erkek. Sabah birdenbire başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise müracaat eden hasta kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde Nb: 120/dk, TA: 110/55 mmHg olup batında distansiyon ve hassasiyet mevcuttu. Barsak sesleri normaldi. Rutin tetkiklerde lökositöz (14800) mevcuttu. Ayakta direkt batın grafisinde sol hipokondriumu tamamen doldurmuş, kolona ait bir hava-sıvı seviyesi ve batın içerisinde ince barsaklara ait multipl seviyeler vardı (Şekil 1). Laparotomisinde sigmoid kolonun ileri derecede dilate ve gangrene olduğu, ileumun sigmoid kolon etrafında 2 kez döndüğü ve ileumun yaklaşık olarak %80'inin gangrene olduğu görüldü. Hastaya sigmoid kolon rezeksiyonu + totale yakın ileum rezeksiyonu + ileoçekostomi + appendektomi yerinden tüp çekostomi + Hartman kolostomi prosedürü uygulandı. Şifa ile taburcu edilen hastanın bilahare kolostomisi kapatıldı.

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D Öğr. Üyesi, Yard.Doç. Dr.

** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üyesi, Prof.

*** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Araş. Gör.

**** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üyesi, Doç. Dr.

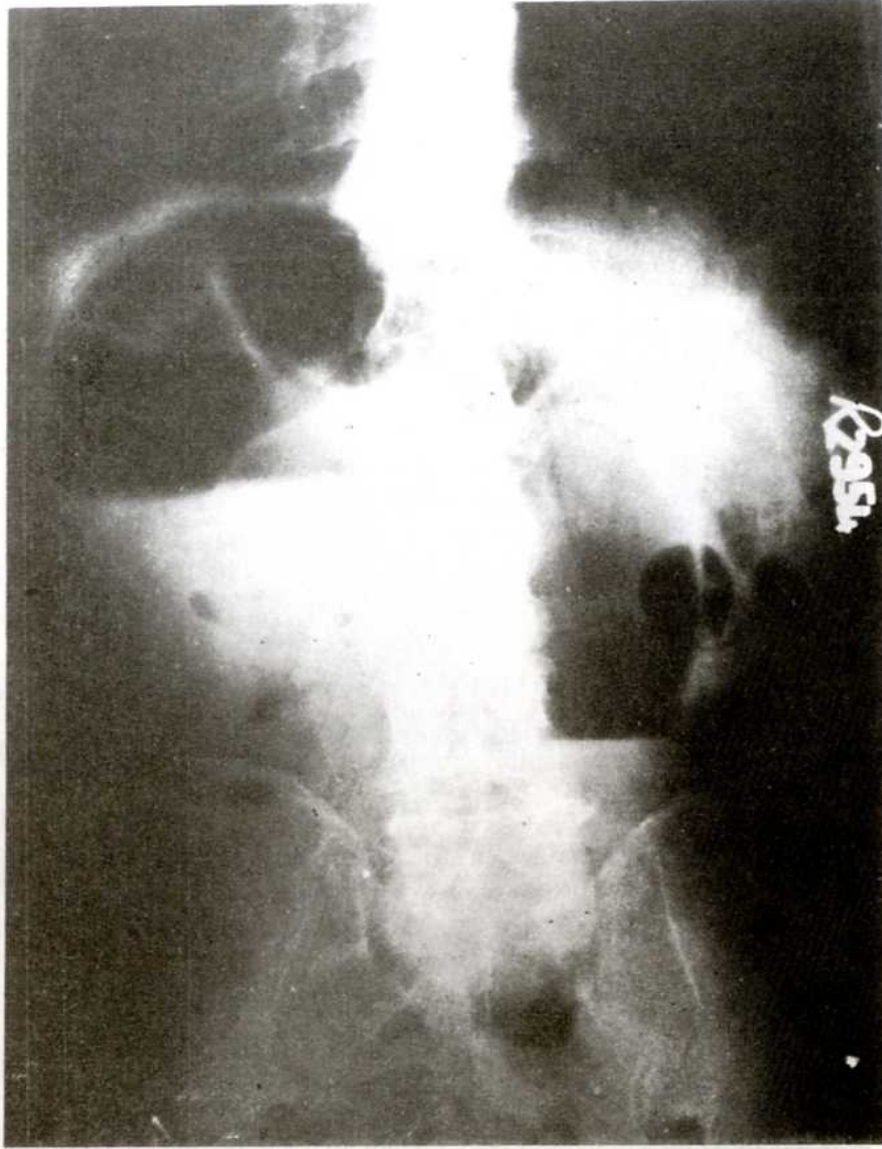


ŞEKİL 1

1 nolu vakanın Ayakta Direkt Batın Grafisi

VAKA 2

M.D., 63 yaşında erkek. Sabah aniden başlayan yaygın karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeni ile acil servise müracaat eden hasta servisimize alındı. Fizik umayenesinde Nb:114/dk, TA: 90/50 mmHg idi. Batında yaygın distansiyon ve hassasiyet mevcuttu. Rebound (+) idi. Ayakta direkt batın grafisinde sağ hipokondriumdan sol hipokondriuma kadar uzanan, sağ üst kadranı tamamen doldurmuş kolona ait, ayrıca ince barsaklara ait multipl hava-sıvı seviyeleri mevcuttu (Şekil 2). Rektosigmoidoskopik muayenede; 20. cm'de sigmoid kolon lümeninin tıkanmış olduğu ve mukozada beslenme bozukluğu olduğu görüldü. Tüple detorsiyon denenmedi. Laparatomisinde ileumun sigmoid kolon etrafında 3 kez döndüğü ve hem sigmoid kolonun hem de ileumun yaklaşık 60 cm'sinin gangrene olduğu görüldü. Segmenter ileum rezeksiyonu + ileoileostomi + sigmoid kolon rezeksiyonu +Hartman kolostomisi uygulandı. Şifa ile taburcu edildikten 3 ay sonra kolostomisi kapatıldı.

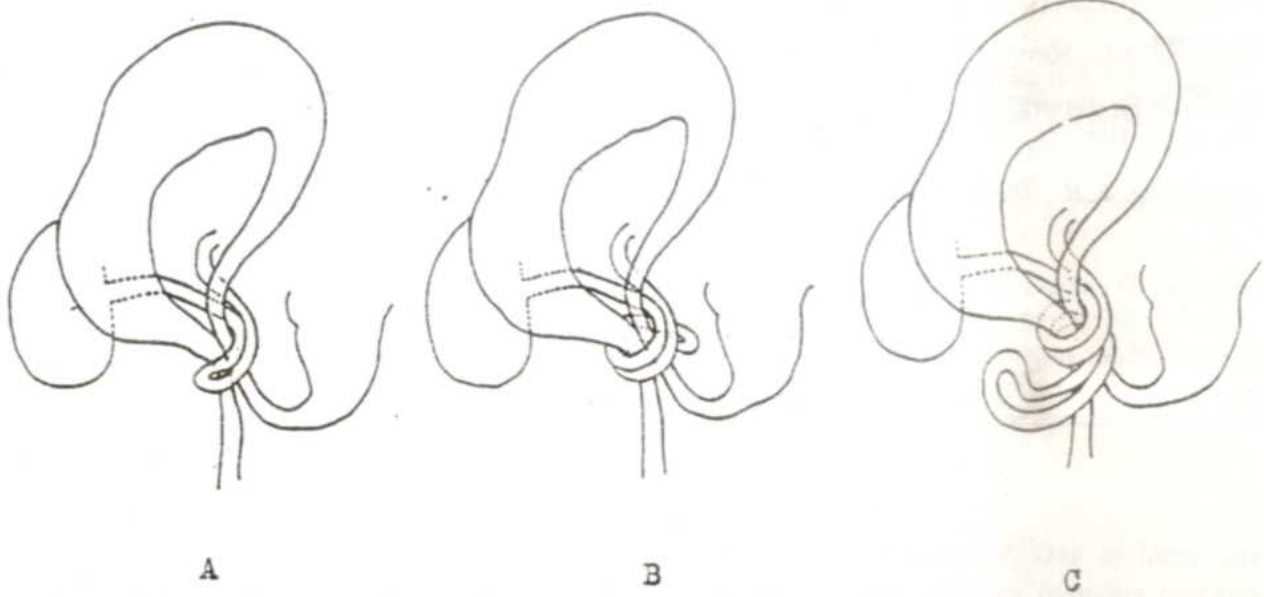


ŞEKİL 2

2 nolu vakanın Ayakta Direkt Batın Grafisi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ileosigmoid düğümleme olayında predispozan faktörler uzun mezenterli ince barsak ve dar kaideli sigmoid kolondur. Düğümlemeyi başlatan olay kolondan kaynaklanmayıp hiperaktif ileumun, passif sigmoid anüsü çevreleyerek sarmasıdır (Şekil 3). Bol posa bırakan sebzele beslenme veya uzun bir açlık dönemini takiben kısa sürede aşırı miktarda gıda alımı gibi faktörler volvulus oluşumunda etkili görülmektedir. Posa ince barsak aktivitesini uyaran önemli bir faktör olabilir (1).



ŞEKİL 3

Ileosigmoid düğümlenmede olayın gelişimi.

Batı ülkelerinden çok Afrikadan vaka serileri bildirilmektedir. Literatürdeki en büyük ileosigmoid düğümlenme serisi Uganda'dan 92 vaka bildiren Shepherd'a aittir (1, 2). Shepherd'ın verilere göre olay erkeklerde (%85) ve 4. dekatta daha sık görülmektedir. Sigmoid kolon volvulusundan farklı olarak ileosigmoid düğümlenme vakaları daha genç ve kadın hasta sayısı daha fazladır. Bizim vakalarımız 51 ve 63 yaşlarında erkek hastalardır.

Sabahın erken saatlerinde ani başlayan şiddetli karın ağrısı, kusma, gaita çıkaramama, orta derecede distansiyon, solukluk, soğukluk, hızlı nabız, düşük sistolik basınç, karında hassasiyet ve adele direnci gibi şok ve yaygın peritonit bulguları ileosigmoid düğümlenmenin klinik tablosunu oluşturur. Bu tablonun sigmoid kolon volvulusundan çeşitli farkları vardır. Radyolojik olarak dilate sigmoid kolon gazına ilaveten multipl ince barsak seviyeleri bulunur (1, 2, 3). Vakalarımızın her ikisinde de sabah ani başlayan karın ağrısı, bulantı-kusma, karında distansiyon hassasiyet ve hipovolemi bulguları, ayakta direkt karın grafilerinde geniş kolon gazı ve çok sayıda ince barsak sıvı-gaz seviyeleri mevcuttu.

Ileosigmoid düğümlenme bulunan hastalar hızlı bir replasman tedavisini takiben geciktirilmeden ameliyata alınmalıdır. Vakaların %80'inde ince barsak, kolon veya her ikisinde birden gangren mevcuttur. İnce barsak gangrene ise düzeltmek için uğraşmadan sağlam olan kısım hizasından penslenerek rezeksiyon yapılmalıdır. İnce barsağın rezeke uçları uc-uca anastomoz edilir. Gangrene sigmoid kolon rezeke edildikten sonra Hartman veya tüfek namlusu şeklinde kolostomi yapılır (1, 2, 3). Her iki vakamızda da ileum ve sigmoid kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Birinci vakada rezeksiyonu takiben ileoçekostomi, appendektomi yerinden tüp çekostomi ve Hartman tipi kolostomi diğerinde ise ileoileostomi ve Hartman tipi kolostomi uygulanmıştır.

Ortalama mortalite oranı %50 olan bu hastalıkta (1) hızlı sıvı replasmanı, preoperatif geniş spektremlü antibiyotik ve şok mevcudiyetinde kortizon tatbiki ve gecikmeden cerrahi müdahale sürvi oranını artıracaktır (3).

KAYNAKLAR

1. Shephard J.J.: Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Brit. J. Surg.* 54: 561, 1967.
2. Jones, P.F.: *Emergency Abdominal Surgery*. Second ed, Blackwel Scientific Publications, London 229-230. 1987.
3. Ver Steeg, K.R., Whithead W.A.: Ileosigmoid knot. *Arch. Surg.* 115: 761, 1980.