

## İDYOPATİK KONSTİPASYONUN TEDAVİSİNDE CERRAHİNİN YERİ

Dr. Yüksel TATKAN \*, Dr. Ömer KARAHAN \*\*, Dr. Adil KARTAL \*\*\*,  
Dr. İrfan TUNÇ \*\*\*\*, Dr. Mustafa ŞAHİN \*\*\*\*\*

### ÖZET

*Kronik idyopatik konstipasyon tanısı konan ve uzun yıllar hekim kontrolündeki medikal tedaviden yararlanmayan 4 hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Yakınmaları ortalama 10 yılı kapsamaktaydı. Yine ortalama 12 günde bir, ilaç kullanarak, geç ve güç defekasyon yapıyorlardı. 3 hastaya sigmoidektomi, birine de sol hemikolektomi uygulandı. Postoperatif erken ve geç dönemlerde defekasyon işlevinde önemli düzeltilmeler görüldü.*

### SUMMARY

#### *Surgical Indication In Patients with Idiopathic Constipation*

*Four patients with chronic idiopathic constipation who had medical treatment for many years, underwent surgical treatment. They had complains for 10 years and defecated once every 12 days, although they had medication.*

*Sigmoidectomy was performed in 3 patients and one patient had left hemicolectomy. Defecation processes were improved significantly during postoperative early and late periods.*

### GİRİŞ

Barsak alışkanlıkları şahsın sosyal ve beslenme geleneklerinden etkilenmektedir. Dışkıının güçlkle çıkartılabilmesi veya iki dışkılama arasındaki sürenin uzaması konstipasyon olarak değerlendirilmektedir (1). Pelvis tabanının defakasyon esnasında gevşemesinde yetersizlik ve kolon transit zamanının uzamasının konstipasyon mekanizmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Bu vakalarda kolon ve rektum normal uzunluk ve genişlikte olabileceği gibi megakolon, megarektum halinde veya ikisi birarada olabilmektedir (2). Medikal tedavi ve tedbirlerin yararlı olmaması halinde idyopatik konstipasyon için kolektomi ve ileorektal anastomoz kadar genişletilebilen rezeksiyon şeklindeki cerrahi tedavi uygulanabilmektedir (1, 2, 4, 5). Ancak çeşitli uzunlukta yapılan kolektomilerin, bu rahatsızlığın tedavisinde her zaman etkili ve yeterli bir tedavi sağlayabileceği hususu tartışmaya açık bulunmaktadır.

Tedavisi konusunda cerrahi girişimin en son başvurulacak bir yöntem olduğuna inandığımız idyopatik konstipasyonlu hastalarda aldığımız sonuçları irdelemek ve konuyu tartışmak amacıyla kliniğimizde tedavisi yapılan dört hastanın özellikleri belirtilerek elde ettiğimiz sonuçları sunmak uygun görülmüştür.

**VAKA 1:** A.A. 70 yaşında kadın.

Karın ağrısı, distansiyon ve gaz-gaita yapamama şikayetiyle yatırılan hastanın

\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üy., Prof. Dr.

\*\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üy., Yrd. Doç. Dr.

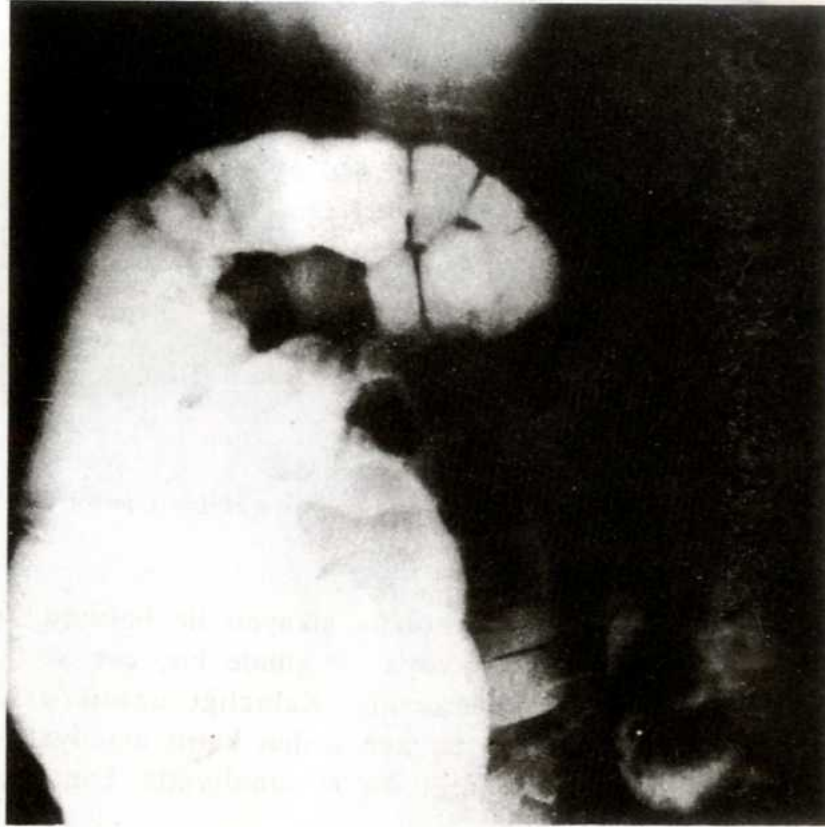
\*\*\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üy. Doç. Dr.

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

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

anamnezinden 8 yıldan beri defakasyonda güçlük çektiği ve bazan da bu yakınmalarına ağrının eklendiği öğrenildi. Son günlerde ağrısına distansiyon eklenmesi üzerine acil servise başvuran hasta tetkik ve tedavi için yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde kronik konstipasyon dışında bir özellik görülmedi. Konstipasyon için diyet,laksatif, müshil ve diğer medikal yöntemleri kullanmış.

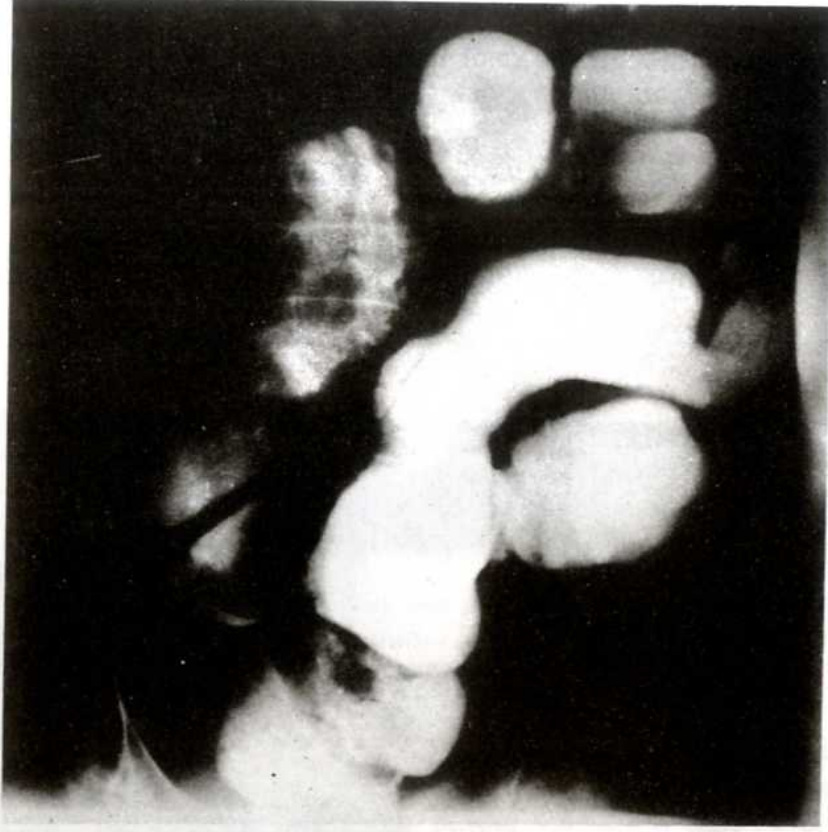
Sigmoidoskopide bir özellik görülmedi. Kolonların baryumlu tetkikinde sigmoid kolonun uzun ve geniş olduğu gözlemlendi (Resim 1).



RESİM 1

Birinci vakanın ameliyat öncesi kolon grafisinde sigmoid kolon uzun ve geniş olarak görülmektedir.

Rektal biyopside ganglionlar normal bulundu. Hasta kronik idyopatik konstipasyon tanısıyla ameliyata alındı.Laparatomisinde sigmoid ve transvers kolonun aynı şekilde uzun ve dilate olduğu görüldü. Sol hemikolektomi uygulandı. Postoperatif dönemde bir problemi olmayan hasta tabii defakasyon yapar şekilde çıkarıldı. Takibinden defekasyon sayısının 2-3 günde bir olduğu ve ilaçsız çıktığı öğrenildi. Kolonların kontrol grafisi Resim 2'de görülmektedir. Piyesin histopatolojik sonucu ganglion yönünden tamamen normal bulundu.



RESİM 2

Birinci vakanın ameliyat sonrası çekilen kontrol grafisi

**VAKA 2: S.Y. 60 yaşında kadın.**

Karın ağrısı, karında şişlik ve kabızlık şikayeti ile başvurdu. 10 yıldan beri karın ağrısı ve kabızlığı varmış. Haftada veya 10 günde bir, çok sert kıvamda defekasyon yaparmış. Tıbbi tedbirler fayda vermemiş. Kabızlığı uzadıkça karında sert kitleler hissediyormuş. Değişik zamanlarda üç kez acilen karın ameliyatı olmuş. Her ameliyat öncesi barsak düğümlenmesi dendiği halde ameliyatta bunu teyit edecek bir şey görülmemiş.

Rektal biyopside ganglion hücrelerinde kısmi degenerasyon ve seyrelme görüldü.

Hasta idyopatik konstipasyon ön tanısıyla ameliyata alındı. Tüm kalın barsaklar dilate, sigmoid kolon da aynı karakterde ve normalden uzundu. Sigmoidektomi yapıldı. Postoperatif dönemde bir problem geliştirmeyen hasta günde veya iki günde bir defekasyon yapar şekilde çıkarıldı. İki yıldan beri kontrolümüzde olan hasta iki günde bir defekasyon itiyadı kazanmış bulunmaktadır.

Sigmoid kolonun histopatolojik tetkikinde ganglion hücrelerine seyrek olarak rastlandı.

**VAKA 3: F.Y. 55 yaşında kadın.**

Kabızlık şikayeti ile başvurdu. Yirmibeş yıldan beri kabızlığı varmış. Büyük abdestini

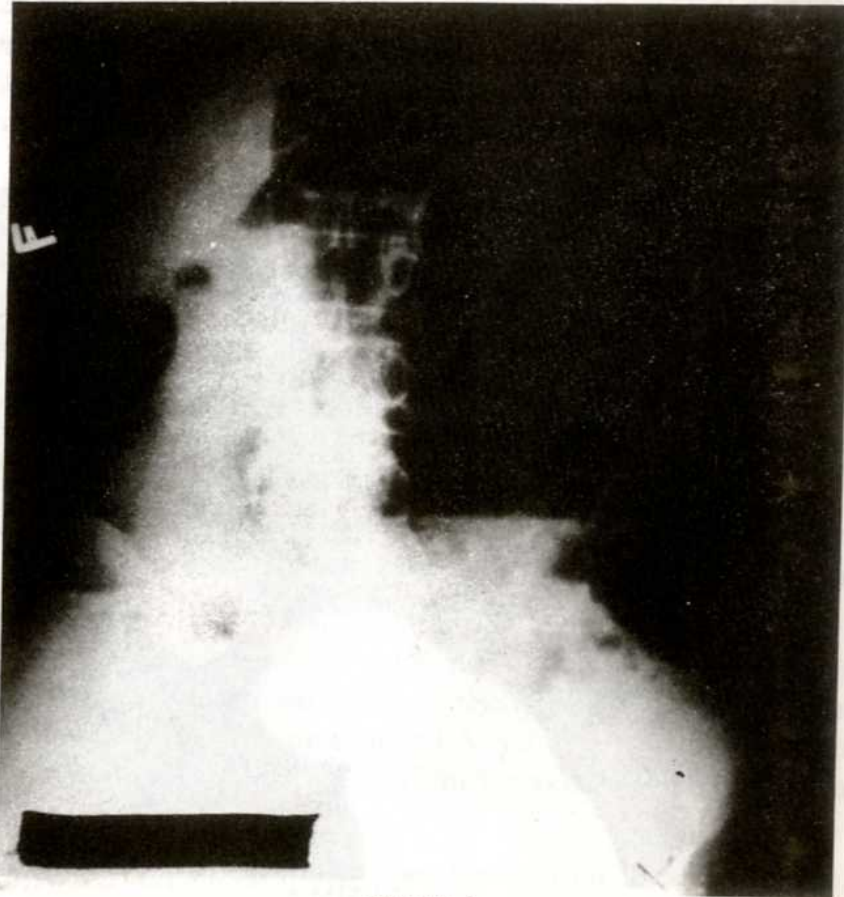
onbeş günde bir tuvalette bir saat kalarak yapıyormuş. 10 yıldan beri laksatif ve müshil kullanıyormuş. Gittiği doktorların tavsiyelerine tamamen uyduğu halde kabızlığı yenememiş.

Kolon grafisinde sigmoid kolon ileri derecede uzun görüldü. Rektum biyopsisinde kronik kolit, muskuler hipertrofi ve ganglionlarda kısmi degenerasyon ve seyrelme görüldü.

Hasta idyopatik konstipasyon ön tanısıyla ameliyata alındı. Ameliyatta bariz patolojik bulgu görülmedi. Sadece sigmoid kolon, grafiyi teyit edecek şekilde oldukça uzundu. Sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif dönemde bir komplikasyon geliştirmeyen hasta her gün veya gün aşırı tuvalete çıkar halde tabureu edildi. Bir yıldan beri kontrolümüzde olan hastanın halen konstipasyon diye bir problemi yoktur. Piyesis histopatolojik incelemesi normal barsak olarak geldi.

### VAKA 3: 51 yaşında erkek.

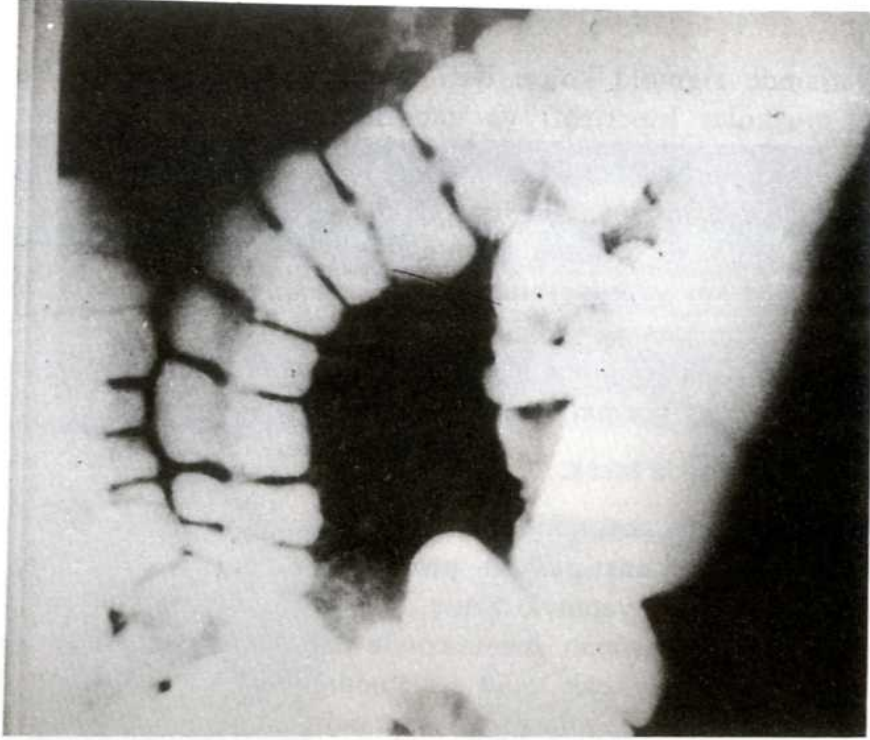
Karın ağrısı, şişkinlik, kabızlık, gaz-gaita çıkaramama şikayetleri ile müracaat eden hastanın 10 yıldanberi konstipasyon problemi varmış. 7-10 günde bir güçlük ve saatlerce bekleyerek dışkı yapmaktaymış. Konstipasyon için birçok doktora gitmiş ve çeşitli ilaçlar kullanmış. Hastanın anamnezinde daha önce iki ayrı zamanda sigmoid kolon volvulusu ön tanısı aldığı, ancak teyid edilemediği öğrenildi. Solda daha belirgin olmak üzere karında distansiyon ve timpanizm saptandı. Ayakta direk karın grafisinde multipl hava-sıvı seviyeleri ve sol yanda sigmoid kolon volvulusunu düşündüren geniş, gaz ile dolu kolon imajı mevcuttu (Resim 3).



RESİM 3

Dördüncü vakanın ayakta direk karın grafisi

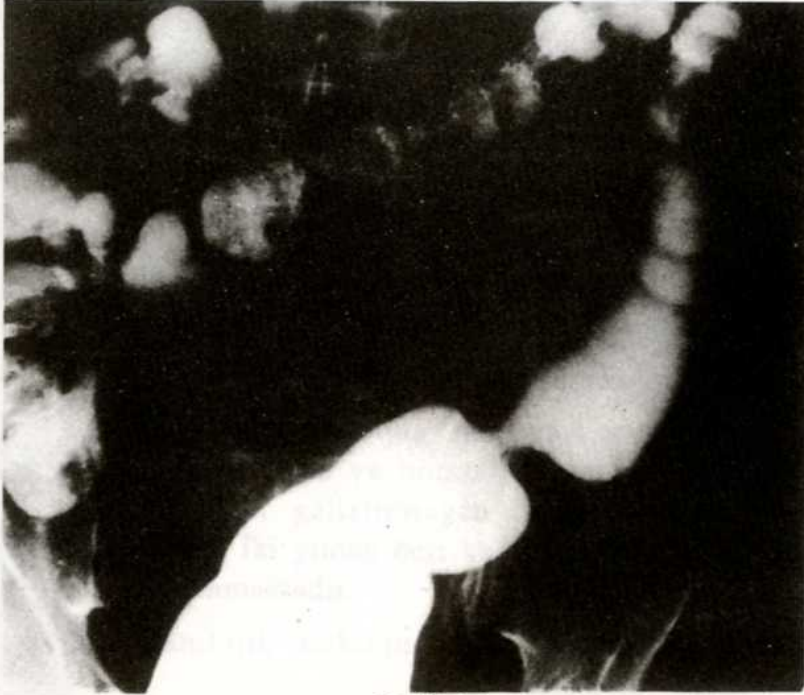
Rektosigmoidoskopi normaldi. Kolon grafilerinde sigmoid kolonun ileri derecede genişlemiş ve uzun olduğu görüldü (Resim 4).



RESİM 4

Dördüncü vakanın kolon grafisi

Hasta kronik idyopatik konstipasyon ön tanısı ile ameliyata alındı. Bütün kolonların ileri derecede uzun olduğu görüldü. Sigmoid kolon rezeksiyonu ve uç uca tek planda anastomoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon olmayan hasta iki günde bir dışkılama itiyadıyla taburcu edildi. Çıkarılan kolonun histopatolojik incelenmesinde ganglion hücreleri normaldi.



RESİM 4

Dördüncü vakanın kontrol için çekilen kolon grafisi

Hastanın üç ay sonra yapılan kontrolünde iki günde bir dışkılama itiyadı kazandığı saptandı. Çekilen kontrol grafisinde kolonların çekuma kadar takıntısız dolduğu, dolma defekti veya fazlalığı, anastomoza ait problem olmadığı görüldü (Resim 5)

## TARTIŞMA

Yüzyılımızın başında cerrahlar idyopatik konstipasyon nedeni olarak adezyonlar, normal kolon fleksuralarında barizleşme veya visseroptoz gibi bazı mekanik faktörleri itham etmişlerdir. Başlangıçta idyopatik konstipasyonu tedavi etmek üzere bu mekanik engelleri ortadan kaldırma yolu seçilmiştir. Arbuthnot Lane önce ileosigmoidostomi, bilahare total kolektomi ve ileosigmoidostomiye önermiştir.

Konstipasyon bir hastalık değil birçok hastalıkta görülebilen bir semptomdur. Uygun bir değerlendirme ile konstipasyonun sebep ve mekanizmaları açıkça ortaya konabilirse de bazen tüm incelemelere rağmen konstipasyon tarif edilmeye muhtaç bir konudur. Ölçülebilen objektif yönü yanında subjektif yönü de bulunmaktadır. Konstipasyonlu hastaların izlenmesinde dışkı miktarı, karakteri ve dışkılama sıklığı kolayca tesbit edilebilir.

Konstipasyonlu hastaların değerlendirilmesinde anamnez her zaman güvenilir olmaz. Bazı hastalar ısrarla konstipe olduklarını iddia ederler. Bunun için radyopak markırlar yutturularak feçesin transit zamanı ölçülüp olay objektif olarak değerlendirilir.

Kolonların baryumla tetkiki, rektal biyopsi ve hastaların ameliyat öncesinde klinikte bir hafta kadar gözlenmesi, dört hastamızda izlediğimiz yöntemdi. Kolonlardaki transit zamanı ve anorektal manometrik ölçümler yapılmadı. Hastalarımızın tetkik sonuçlarında konstipasyonu izah edecek başka neden bulunmayınca kronik idyopatik konstipasyon olarak değerlendirildi.

Kronik idyopatik konstipasyon tıbbi ve cerrahi olarak tedavi edilir. Cerrahi tedavi medikal tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı ağır vakalarda uygulanmalı ve operatif mortaliteden uzak olmalıdır (3). Cerrahi tedavi olarak sigmoid kolon rezeksiyonu, parsiyel kolektomi ve ileorektal anastomoz yapılmaktadır (1, 2, 4, 5). Ancak cerrahi tedavi endikasyonları ve uygulanacak cerrahi yöntemler konusunda fikir birliği yoktur.

Bir çalışmada kronik idyopatik konstipasyon nedeniyle olguların 17'si kolektomi ve ileorektal anastomoz ile tedavi edilirken 5'ine yalnız sigmoidektomi uygulanmış, mortalite görülmemiş. 13 hastanın sonuçları iyi, sigmoidektomi ile tedavi edilen hastaların sonuçlarının oldukça tatminkâr görüldüğü bildirilmiştir (4).

Yirmibeş vakalık diğer bir çalışmada ise vakaların 21'ine ileosigmoid veya ileorektal anastomoz, 2'sine sağ hemikolektomi ve birine subtotal kolektomi yapıldığı ve sonuçların %80 oranında başarılı olduğu yazılmıştır (5).

Vakalarımızın tümü medikal tedavi ve rejimden (bol lifli gıdalar) yararlanamayan hastalardı. Üçüne ampirik olarak sigmoid kolon rezeksiyonu, diğerine sol hemikolektomi uygulandı. Hastalarımız postoperatif ortalama 1.5 yılını tamamlarken sonuçlar %80 oranında tatminkâr görülmüştür. Piyeslerin mikroskobik yapısında agangliozis izlenmemiştir.

Sonuç olarak idyopatik konstipasyonlu hastalar cerrahi tedaviye tabi tutulmadan

deneyimli gastroenterologlar tarafından etkin medikal tedaviye tabi tutulmalıdır. Anomanometrik ölçümleri, kolonlardaki transit zamanı, biyokimyasal, histolojik ve elektromyografik tetkikler ışığında cerrahiye hazır verilmelidir. Ayrıca agangliozisi ekarte etmek için hastalara cerrahi öncesi rektal biyopsi yapılmalıdır. Mümkün olduğu kadar geniş kolon rezeksiyonu hedef alınmalı ve çıkarılan piyesler histopatolojik olarak değerlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Haubrich, W.S.: Constipation in Berk S.E. (ed), Bochus Gastroenterology, 4 th ed., Volume 1, Tokyo, W.B. Saunders Company, 111-124, 1985.
2. Schrack, T.R.: Large Intestine. In Way. L.W. (ed). Current Surgical diagnosis and Treatment. 8 th ed., Beirut, Appleton and Lange, 587-630, 1988.
3. Poisson, J., Devroede, G.: Severe Chronic Constipation as a Surgical Problem. Surg. Clin. North. Amer. 63: 1, 1983.
4. Yazıcı, Y., Devecioğlu, S., Tatkan, Y., Taştan, Ş.: Prosidensia tedavisi, 1. ulusal Proktoloji Kongresi Özet Kitabı, Marmaris 13-16 Eylül 1982.
5. Goligher, J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 5 th ed. Bailiere Tindall, London, p. 246, 1984.