

Kolon Volvulusu

VOLVULUS OF THE COLON

Dr.Safa ÖNEL

Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Elbistan, KAHRAMANMARAŞ

ÖZET

1985-1990 yılları arasında Elbistan Devlet Hastanesi 1.Cerrahi Kliniğinde 19 kolon volvuluslu hasta takip ve tedavi edildi. Bu hastaların 3'ü (%15.8) çekal volvuluslu, 16'sı (%84.2) sigmoid volvuluslu idi. Hastaların 3'ü (%15.8) tıbbi girişimle rahatladı. 16 hasta (%84.2) ise ameliyat edildiler. Mortalitesiz seride 2 hastada (%12.5) yara enfeksiyonu, 1 hastada (%6) ise insizyonel herni meydana geldi.

Anahtar Kelimeler: Kolon volvulusu

T Klin Gastroenterohepatoloji 1992, 3:162-165

Kolon volvulusu hareketli bir kolon segmentinin longitudinal eksenini boyunca ve mezenterik eksenini etrafında dönerek parsiyel veya tam obstrüksiyon meydana getirmesidir. Bu dönme açısı saat yönünde veya saatin ters yönünde 180° den 4-5 tam dönme açısına kadar büyüyebilir. Dönme açısına göre obstrüksiyon parsiyel veya tam olabildiği gibi kan dolaşımı da yavaşlayabilir veya tam durabilir.

Sunulan kolon volvuluslu hastalar serisinde klinik bulgular, yapılan tıbbi ve/veya cerrahi girişimler literatürdeki diğer serilerle karşılaştırılarak tartışıldı.

MATERYEL VE METOD

1985-1990 yılları arasında, Elbistan Devlet Hastanesi 1.Cerrahi Kliniğinde kolon volvulusu tanısıyla 19 hasta takip ve tedavi edildi. 14'ü (%73.7) erkek, 5'i (%26.3) kadın olan hasta serisinde kadın/erkek oranı 1/2.80 olup en genç hasta 5, en yaşlı hasta 60 yaşındadır. Hastaların %47.3'ü 51-60 yaş grubundadır (Tablo 1).

Geliş Tarihi: 20.5.1991

Kabul Tarihi: 26.6.1992

Yazışma Adresi: Dr.Safa ÖNEL

Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
Elbistan, KAHRAMANMARAŞ

SUMMARY

Between 1985 and 1990, 19 patients with volvulus of the colon were treated at 1.st Surgical clinic of Elbistan State Hospital. Three patients (%15.8) had cecal volvulus and 16 patients (%84.2) had sigmoid volvulus. 3 patients were treated with medical interventions, 16 of the patients (%84.2) were treated with surgical methods. Wound infection in 2 patients (%12.5) and incisional hernia in 1 patients (%6) were encountered as complications without any mortality.

Keywords: Volvulus of the colon

Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3:162-165

Başvuran hastaların dikkatli bir şekilde klinik öncesi hikayesi alınmıştır. Hastaların karın ağrısı, gaz-dışkı çıkartamama süresi 8-48 saat arasında olup ortalama 21,3 saattir. 1 hastada (%5.3) 37.8°C ateş tesbit edilmiş olup bu hastanın şikayet süresi 48 saattir. 13 hasta kolon volvulusu tablosunda ilk kez, 1 hasta ise 4.kez hastaneye başvurmuştur (Tablo 2).

Muayene ve ayakta direkt karın grafileriyle 16 hastada (%84.2) sigmoid volvulus, 3 hastada (%15.8) ise proksimal kolonda obstrüksiyon düşünülmüştür (Şekil 1). 19 hastanın 18'ine (%94.7) serum fizyolojik ile lavman ve sigmoid volvulus düşünülen 16 hastanın 15'ine (%79) lavmandan sonra gaz boşaltmak amacıyla rektal tüp uygulaması yapılmıştır. Proksimal kolonda obstrüksiyon düşünülen 3 hastaya sadece lavman yapılmıştır. Ateş ve akut karın bulguları olan sigmoid volvuluslu 1 hastaya (%5.3) ise kolonu boşaltmak amacıyla herhangi bir tıbbi girişim yapılmamıştır. Proksimal kolondaki obstrüktif olayın çekal volvulus olduğu laparotomide anlaşılmış, 1 hastada başvuru anında ilaveten obstrüktif sarılık tesbit edilmiştir.

Tıbbi tedavi ile 3 hasta (%15.8) rahatladı, 16 hasta (%84.2) ameliyata alındı. Tıbbi tedaviden yararlanan hastalarda şikayet süresi ortalama 18.7 saat, tıbbi tedaviden yararlanmayan hastalarda bu süre ortalama 23.9 saattir.

Tablo 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları

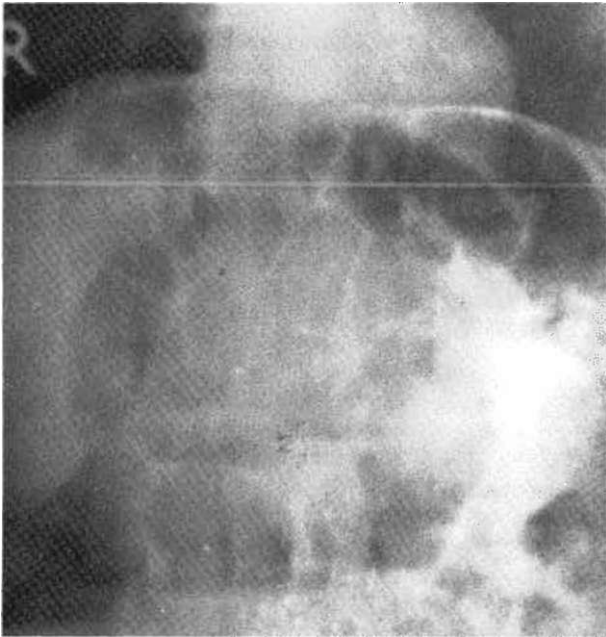
Yaş	Sayı	%
0-10	1	5.3
11-20	-	0.0
21-30	1	5.3
31-40	3	15.8
41-50	5	26.3
51-60	9	47.3
Toplam	19	100.0

Tablo 2. Volvulusların nüklere göre dağılımı tablosu

Volvulus Nuks Sayısı	Sayı	%
1. Volvulus	13	68.4
2. Volvulus	3	15.8
3. Volvulus	2	10.5
4. Volvulus	1	5.3
Toplam	19	100.0

Ameliyata alınan hastalarda çekal ve sigmoid volvulusların saat yönünde veya ters yönde 360-540° arasında olduğu gözlenmiştir. Sigmoid volvuluslarda tıbbi tedaviye cevap veren hastalarda volvulus dönme açısı tesbit edilememiştir (Tablo 3).

Cerrahi tedavi gören 16 hastadan 15'inde (%94) detorsiyon, 1'inde (%6) sigmoid kolon rezeksiyonu ve Hartmann prosedürü uygulandı. Bu temel ameliyatlara ek olarak 1 hastada (%6) ileum rezeksiyonu ve anastomozu, 1 hastada çekum seroza defekti onarımı, 3



Şekil 1. Proksimal kolonda obstrüksiyon düşünülen, ameliyatta çekal volvulus çıkan bir hastanın ayakta direkt karın grafisi

hastada (%19) apendektomi, 2 hastada (%12.5) çekopeksi 1 hastada çekostomi, 1 hastada da ilaveten kolüstektomi + koledokolitotomi + koledokoduodenostomi yapıldı. Mortalite olmayan seride 2 hastada (12.5) yara enfeksiyonu, 1 hastada insizyonel herni (%6), meydana geldi. Ek olarak safra yolları ameliyatı geçiren hastada 20 gün süren safra direnaji oldu.

Cerrahi müdahale yapılan hastaların 15'i (%94) 5-9 gün ortalama 7.3 gün hastanede yattı. Safra yolları ameliyatı eklenen hasta ise safra direnaji nedeniyle 45 gün yattı, bu hastaya yapılmış olan safra yolları müdahalesi ve safra direnaji sadece bir koinsidans olarak değerlendirildi. Bu yüzden istatistiksel olarak değeri olmadığı kanaatine varıldı.

Sigmoid kolon volvulusu nedeniyle acilen detorsiyon yapılan 15 hastadan 4'ü iki ay sonra elektif sigmoid rezeksiyonu için, strangulasyon nedeniyle Hartmann prosedürü yapılan hasta kolon devamlılığının sağlanması için altı ay sonra yatırılarak ameliyat edildiler. Diğer hastalar ise tekrar başvurmadı.

TARTIŞMA

Kolon volvulusu hareketli ve yeterli fikse olmaması bir kolon segmentinin longitudinal eksen boyunca ve mezenterik eksen etrafında dönmesi ile meydana gelir (1,2,3,4). Volvulus sonucunda ilgili kolon segmentinin dolaşımı bozulur, kolon lümeninin tam veya parsiyel obstrüksiyonu söz konusu olur (1,4). Dolaşım bozukluğu ilgili segmentin gangreniyle sonlanır (4). A.B. Devletlerinde kolon obstrüksiyonlarının %3-5'i, tüm intestinal obstrüksiyonların %1-4'ü volvuluslardır (1,2,4). Bu oran Doğu Avrupa, Asya ve Afrikada artmakta, Kuzey İrlanda da tüm intestinal obstrüksiyonların %85'inin kolon volvulusları olduğu yazılmaktadır (1).

Elbistan Devlet Hastanesi 1.Cerrahi Kliniğinde yapılan bir çalışmada bu oran toplam 54 vakada 19 vaka (%35.2) olarak bulunmuş olup İngilterede %0.8, Almanya'da %4.0, İsveçte %7.5, Finlandiyada %17.0, Rusya'da %19.0 olarak tesbit edilmiştir (5). Bulgumuz literatürle uyumludur.

Erkeklerde daha sık görülmekte olduğu, kadın/erkek oranının 1/2.50 olduğu yazılmış olup (4), bizim serimizde bu oran 1/2.80 olarak bulunmuştur.

Volvulusların daha sıklıkla yaşlı insanlarda görüldüğü (1), hastaların 2/3'ünün 50 yaşın üstünde olduğu (4), en sık görülme oranının ise 6. ve 7. on yıl yaş gruplarında olduğu (1) belirtilmektedir. Bizim serimizde de görülme sıklığı %47.3 ile 50-60 yaşları arasında yoğunlaşmıştır. Bu bulgu da literatürle uyumludur.

Hastaların şikayet süresinin 3 güne kadar uzaya bildiği yazılmakta (3) olup bizim serimizde bu süre 8-48 saat arasında değişmektedir, ortalama 21.3 saattir.

Shepherd volvuluslarında klinik semptomların yerleşmesi için 6 saat geçmesi gerektiğini belirtmekte, tedavi görmeyen volvuluslu hastaların 5-6 günde öldüğünü, sigmoidoskopinin 3.günden itibaren tehlikeli olduğunu yazmaktadır (6).

Tablo 3. Dönme açısına göre volvuluslu hastaların dağılımı tablosu

		360°				450°				540°				Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çekal Volvulus	Çekal	3	15.8	1	5.3	2	10.5								3	15.8	
	Sigmoid	13	68.4	6	31.6	4	21.0	2	10.5	—	—	1	5.3	—	—	13	68.4
	Volvulus																
Toplam		16	84.2	7	36.9	6	31.5	2	10.5	—	—	1	5.3	—	—	16	84.2
Tıbbi Tedavi	Çekal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0.0	
	Sigmoid	3	15.8	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	3	15.8	
	Volvulus																
Toplam		19	100.0												19	100.0	
Saat yönünde																	
Saatin ters yönünde																	

Ancak çeşitli serilerin incelenmesinde tıbbi tedaviden faydalanan ve faydalanmayan hastaların klinik öncesi geçen süreleri hakkında bir kayda rastlanmadı. Bizim serimizde tıbbi tedaviden faydalananların hastaneye başvurma süresi ortalama 18.7 saat, ameliyata alınanların ise 23.9 saattir. Volvuluslarda dönme açısının 180° den 720° ye ve hattâ 4-5 tam dönme açısına kadar büyüebildiği tesbit edilmiştir (2,4). Dönme açısının yönü saat yönünde veya ters yönde olabilir. Shepherd'a göre volvulusların %70'i saatin ters yönünde, %30'u saat yönünde olup %90'ı ve 360° dönmektedir (5).

Bizim serimizde bu özellikler daha detaylı bir şekilde araştırılmış ve şu sonuçlar alınmıştır:

Çekal volvuluslarda.	360°	saat yönünde.....	%5.3
	360°	saatin ters yönünde	%10.5
	360°	saat yönünde.....	%31.6
	360°	saatin ters yönünde	%21.0
	450°	saat yönünde.....	%10.5
	540°	saat yönünde.....	%5.3
	Dönme yönü bilinmeyen		..%15.8

şeklinde bir tablo ortaya çıkmış ve görüldüğü gibi saat yönünde %52.7, saatin ters yönünde %31.5, bilinmeyen yönde %15.8 oranında volvulus tesbit edilmiştir.

Tıbbi tedavide ılık serum fizyolojik ile lavman ve rektal tüp uygulaması yapılmıştır. Tıbbi tedaviden faydalanma oranı %15.8, faydalanmama oranı ise %84.2'dir. Diğer serilerde bu tıbbi uygulamalara ek olarak baryumlu lavman ve sigmoidoskopi de yapılmış olup tıbbi tedavinin başarı oranı %70-76 arasındadır (1,2,7). Ancak bu serilerde tıbbi tedaviden faydalanma oranı ile hastaneye başvurma süresi arasındaki ilişki kurulmamıştır. Bizim serimizdeki tıbbi tedaviden faydalanma oranındaki düşüklüğün sebepleri olarak sigmoidoskopi yapılmamasının yanında hastaların genellikle geç başvurmasını göstermeklezyiz.

Literatürde volvuluslar içinde sigmoid volvulusa %85-90, çekal volvulusa %10-15 rastlandığı (1,2,4), bunlar dışında çok az oranlarda transverskolon volvulusu (8,9), çıkan kolon volvulusu (9) ve splenik fleksura volvulusu (10) da tesbit edildiği yazılmıştır. Bizim serimizde kolon volvuluslarının nadir şekillerine rastlanmamış olup %15.8 oranında çekal volvulus, %84.2 oranında sigmoid volvulus tesbit edilmiştir.

Ameliyatta sadece detorsiyon yapılan hastaların volvulus nüksüyle tekrar başvurabileceği söz konusudur (2,3,4,5). Shepherd serisinde 8. atakla gelen bir hasta tesbit etmiştir. Bizim serimizde sadece bir hasta 4. atakla başvurmuştur. Literatürde etiolojide sayılan Hirschsprung ve Chagas hastalığına serimizde rastlanmadık (4,5,11).

Sigmoid volvuluslarda tedavide şalin lavman, baryumlu lavman, sigmoidoskopi ve rektal tüple dekompresyon uygulaması, yapılan tıbbi işlemlerdir (1,2,3,4,9,11). Çekal volvuluslarda nadiren kolonoskopik dekompresyon faydalı olduğu (2) yazılmıştır. Sigmoidoskopi ve kolonoskopide barsak gangrenine dikkat edilmelidir. Rektal tüple dekompresyon esnasında, işlem görmeden el yardımıyla yapıldığı için, kolon perforasyonuna sebep olabileceği gözönünde bulundurulacak çok dikkatli olmalıdır.

Cerrahi tedavide sigmoid volvuluslarda öncelikle detorsiyon ameliyatı tercih edilmiştir. Strangulasyon tesbit edilen bir vakada rezeksiyon+Hartmann prosedürü yapılmıştır. Çekal volvuluslarda öncelikle detorsiyon ameliyatına ek olarak appendektomi ve çekopeksi tercih ettiğimiz metottur. Çekopeksi tek tek seromuskuler ipek dikişlerle çekumun parietal peritona dikilmesiyle yapılmıştır. Parietal peritondan V.V.R. Smith ve S.N. Goodwin'in tarif ettiği gibi yaprak kaldırılıp çekuma dikilmesi (6) gibi bir işleme gerek duyulmamıştır. Apendektomi çekumdaki seroza yırtıklarının appendiksi de tutması nedeniyle yapılmıştır. Çekostomiler appendektomi alanından di Pe1 ~r tüpü kullanılarak yapılmış, böy-

lece kolondaki yaranın tek ve küçük olmasının yanında pariétal periton tarafından daha iyi sınırlanması da gözönüne alınarak tercih ve tatbik edilmiştir.

Literatürde sigmoid volvulus için eğer strangulasyon yoksa detorsiyon ve bazan detorsiyon+rezeksiyon, strangulasyon mevcut ise rezeksiyon+Hartmann prosedürü, rezeksiyon+anastomoz (1,2,3,4,11) önerilmektedir. Aynı seansta rezeksiyon+anastomoz az oranda uygulama alanı bulmuştur (2,7). Çekal volvulus için ise detorsiyon, çekopeksi veya/ve çekostomi (1,2,3,4,6,12), gangrené vakalarda ise sağ hemikolektomi+ileotransvers kolostomi (1,2,3,4,6,12) önerilmektedir.

Bu değişik seriler mortalité yönünden serimiz ile karşılaştırıldı. Literatürde acil sigmoid kolon rezeksiyonu mortalitesi nongangrene vakalarda %12, (2), gangrené vakalarda %50 olarak (2) bildirilmiş olup ortalama %25-35 arasında (1,11) değişmektedir. Acil sigmoid rezeksiyonu+anastomoz mortalitesi gangrené vakalarda %50, nongangrene vakalarda ise %16(11, gangrené olmayan vakalarda double Barrel kolostomi mortalitesi %14, gangrené vakalarda double barrel kolostomi mortalitesi %45, Hartmann prosedürü mortalitesi ise %12 olarak bildirilmektedir (11). Gangrené olmayan vakalarda detorsiyon mortalitesi ise %10'dan az olarak bildirilmiştir (2,11).

Mortalitenin literatürden düşük olması, hastaların yaşlarının karşılaştırılan serilere göre daha genç olmaları yanında, hastalara çok kısa zaman içinde müdahale edilmiş olması, yakın takip ve cerrahi prensiplere kesin olarak uyma ile açıklanmıştır.

Sigmoid volvulus atağıyla gelip detorsiyon yapılan ve daha sonra elektif rezeksiyon ameliyatına çağrılan hastalardan ancak %26.6'sı bu ameliyat için başvurmuş olup, bu durum hastaların sosyokültürel düzeylerinin düşük olmasıyla açıklanmıştır.

Yapılan bütün işlemlerde şu prensiplere uyulmuştur:

1. Tıbbi tedavi yoğun bir şekilde ve en kısa zaman içinde uygulanmıştır.
2. Tıbbi tedavi uygulanırken hastanın laboratuvar tetkikleri yapılmış olup tıbbi tedaviye cevap alınamaması hallerinde derhal cerrahi girişim yapılmıştır.
3. Acil rezeksiyon ve anastomoz işleminin mortalitesinin yüksek olduğu düşünülerek ilk ameliyatta gangren yoksa detorsiyon ve kolon içine uzun rektal tüp yerleştirme işlemi yapılmıştır.

4. Elektif rezeksiyonlarda ise kolon hazırlığı yapılmıştır.

Literatürdeki serilerin bizim serimizle karşılaştırılması sonucunda şu noktalar belirginleşmiştir:

1. Volvuluslarda akut karın bulgusu yoksa, öncelikle tıbbi tedavi uygulanmalıdır.
2. Tıbbi tedavi uygulanırken hasta yoğun bir şekilde cerrahi girişime hazırlanmalıdır.
3. Tıbbi tedavi başarısız ise cerrahi girişim en kısa zamanda yapılmalıdır.
4. Acil ameliyatta rezeksiyon+anastomoz işleminden mümkün olduğunca kaçınılmalı, rezeksiyon işlemi elektif ameliyata bırakılmalı, acil rezeksiyon işleminin mortalitesinin yüksek olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Shepherd JJ. Treatment of volvulus of sigmoid colon. Br Med Journal 1968; 1:280-3.
2. Arnold GJ, Nance FC. Volvulus of the sigmoid colon. Ann Surgery 1973; 177:527-37.
3. Shepherd JJ. The epidemiology and clinical presentation of sigmoid volvulus Br J Surg 1969; 56:353-9.
4. Cohn I, Nance FC. Mechanical, inflammatory, vascular and miscellaneous benign lesions. In: Sabiston DC, Textbook of Surgery 11 th ed. Philadelphia, Saunders 1977; 1090-92.
5. Cuderman BS, Roback SA, Weintraub WH, Leonard AS. Volvulus of the transverse colon. Surgery 1971; 69:797-9.
6. Smith WR, Goodwin JN. Cecal volvulus. Am J Surg 1973; 126:215-22.
7. Wolf RY, Wilson H. Emergency operation for volvulus of the cecum. Am Surg 1966; 32:96-102.
8. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH. Surgery of the anus, rectum and colon, 3rd ed. London, Bailliere Tindall 1977; 1133-36.
9. Parrish RA, Crook JA, Moretz WH. Coexistent volvulus of the transverse sigmoid and right colon. Am Surg 1964; 30:313-6.
10. Goldberg SM, Nivatvongs S, Rothenberger DA. Volvulus, In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. Principles of Surgery, 5th ed. McGraw-Hill Book Co New York 1988.
11. Wray RC, Wagensteen SL. Volvulus of the splenic flexure of the colon. Am Surg 1971; 37:351-2.
12. Wilson H, Cheek RC. Volvulus of the colon. In: Hardy JD. Textbook of Surgery, Principles and Practice 5th ed. Philadelphia, JB Lippincott Co 1977; 1217-21