

Çekum Volvulusları: (Vaka Takdimi)

CAECAL VOLVULUS: (CASEREPORT)

Yard.Doç.Dr.Nusret AKYÜREK, Doç.Dr.Nihat BENGİSU, Dr.Mustafa ŞAHİN, Dr.M.Ertuğrul KAGALI

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. KAYSERİ

ÖZE"

Çekum volvulusu mekanik barsak obstruksiyonuna sebep olan nadir bir klinik tablodur. Kesin teşhisi genellikle laparatomide konulur. Tedavisinde detorsiyon ve çekopeksi esastır, ancak nekroz, iskemi veya perforasyon olan vakalarda sınırlı bir sağ kolon rezeksiyonu yapılır. Yüksek nüks riski taşıdığı için tek başına detorsiyon yeterli olmamaktadır. Klinik tecrübemiz ile ilgili üç çekum volvulusundan ikisi çekostomi ve çekopeksi, birisi sağ hemikolektomi ile başarı ile tedavi edilen vakalar takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çekum volvulusu, intestinal obstruksiyon

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994; 1:41-44

SUMMARY

Caecal volvulus is not a usual cause of the mechanical intestinal obstruction. The correct diagnosis can usually be done during laparotomy. The main therapy is detorsion and caecopexy, but if there is ischemia, necrosis of perforation, a limited right hemicolectomy is performed. Because of a high risk of recurrence, detorsion alone is not preferred. We would like to report three cases of caecal volvulus two of which have treated by caecopexy and caecostomy, and the other case a by right hemicolectomy succesfully performed.

Key Words: Caecal volvulus. Intestinal obstruction

Turk J Gastroenterohepatol 1994; 1:41 -44

Çekum volvulusu, çekum, terminal ileum ve sağ kolonun birlikte torsiyonu sonucu oluşturdukları bir tabloyu tanımlamak üzere kullanılan bir terimdir. Çekumun tek başına torsiyonu çok nadir olup patoloji çekumun çıkan kolon ile birlikte aks doğrultusunda dönmesiyle oluşur. En önemli risk ganyrene sebep olmasıdır (1,2,3,4).

Çekum volvulusu mekanik intestinal obstruksiyonların %1'den daha az bir kısmına sebep olur. Toplumda milyonda 2-5.8 oranında görülür (2,5,6). Anderson ve Lee kalın barsak volvuluslarının %22.5'ini çekum ve sağ kolon %73.6'sını sigmoid kolon ve %3.9'unu transvers kolon volvulusunun oluşturduğunu bildirmişlerdir (2,6).

Bu yazıda kliniğimizdeki 107 kolon volvulusundan çekum volvulusu tanısı olan üç vaka sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Geliş Tarihi: 09.01.1993

Kabul Tarihi: 10.11.1993

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Nusret AKYÜREK
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD
38039 KAYSERİ

VAKA TAKDİMİ

Vaka 1: 40 yaşında kadın hasta (F.Ç. 23.10.92/607238). iki gündür gaz-gaita çıkaramama, karnında şişlik ve karın sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde genel durum iyi, karnında distansiyon mevcut, minimal hassasiyet var. Barsak sesleri artmış. Düz karın filminde karın orta kısmında geniş bir hava sıvı seviyesi, yer yer ince barsak düzeyinde seviyeler var (Şekil 1). Hastaya daha önce histerektomi uygulanmasında göz önüne alınarak brid obstruksiyon öntanısıyla acilen operasyona alındı. Göbeği geçen göbekaltı orta hat insizyonundan sonra çekumun uzun bir mezo etrafında saat yönünde 720° döndüğü, terminal ileum ve sağ kolon proksimalinin de olaya katıldığı görüldü. Ayrıca serbest tenya boyunca serozal yırtık mevcuttu (Şekil 2).

Detorsiyone edilen barsağın beslenmesinin iyi olması üzerine serozal defekt tamir edildi ve çekumu dekomprese etmek amacıyla çekostomi yapılarak beraberrinde çekopeksi uygulandı. Burada çekostomi dekompresyon haricinde, mobil çekumun karın lateral duvarına yapışmasında da etkili olmaktadır. Postoperatif 8. gün çekostomi tüpü çekildi ve hasta 10. gün şifa ile taburcu edildi. Herhangi bir komplikasyon görülmedi.



Şekil 1: Mekanik intestinal obstruksiyon tanısıyla opere edilen hastanın (1. vaka) ayakla direkt karın grafisi bulguları görülmektedir.



Şekil 2: Aynı hastanın operasyonda tespit edilen çekum volvulusu görünümü. Çekum mezo etrafında 720° dönmüş ve distansiyona bağlı olarak serozal ayrılma olduğu görülmektedir.

Vaka 2: 51 yaşında kadın hasta (B.Y. 10.6.1989/467667). Bir günlük şiddetli karın ağrısı, karında şişlik şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde genel durumu kötü karında distansiyon, yaygın hassasiyet ve sağ alt kadranda lokalize defans var. Barsak sesleri hiperaktif. Düz karın grafisinde düzensiz seviyeler mevcut. Hasta perfore apandisit ön tanısıyla acilen ameliyata alındı. Sağ alt paramedian kesiyle karında girildi. Çekumun sağ kolon proksimali ve terminal ileum ile birlikte uzun bir mezo etrafında saat yönünde 720° döndüğü ve ileri derecede beslenmesinin bozulduğu, yer yer nekroz geliştiği görüldü. Terminal ileumun 15 cm'lik kısmını da içine alacak şekilde çekum ile birlikte sağ kolon rezeksiyonu ve uç-yan ileotransversostomi yapıldı. Hasta postoperatif 12. gün şifa ile taburcu edildi. Kesi enfeksiyonu oluştu, ancak hastahanedeki kalış süresini etkilemedi.

Vaka 3: 54 yaşında erkek hasta (O.B. 27.10.1988/427200). Üç gündür kolik tarzında karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Uzun süredir benzer şikayetlerinin olduğunu ancak kısa sürede kaybolduğunu belirtti. Muayenesinde genel durumu iyi idi. Karında distansiyon, yaygın hassasiyet ve timpanizm vardı. Barsak

sesleri hipoaktif. rektum boş idi. Düz karın grafisinde multipl hava sıvı seviyeleri ve sağ alt kadranda mediale doğru uzanan, içi ileri derecede gaz dolu kolon segmenti mevcuttu. Hasta akut karın ön tanısıyla acilen ameliyata alındı. Sağ alt paramedian kesi ile karına girildi. Çekumun ileri derecede mobil. mezosunun uzun ve saat yönünde 360° döndüğü görüldü. Detorsiyone edildi. Aparidekfomi yapılarak bu yerden çekostomi uygulanarak çekumun dekompresyonu sağlandı. Çekopeksi işlemi de yapıldı. Çekostomi tüpü 9. gün çekildi. İki gün fekal drenaj devam etti Hasta postoperatif 14. gün şifa ile taburcu edildi. Komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Çekum volvulusunun esas nedeni çekum, terminal ileum ve sağ kolon proksimalinin uzun bir mezoya sahip olması ve mobil çekumun bulunmasıdır (5,6,7). Kadavra çalışmalarında % 10-15 mobil çekum tespit edilmiştir (1,4,7,8). Takdim edilen vakalarımızda da aynı anatomopatolojik durum gözlenmiştir,

Çekum genellikle saat yönünde 360°-720° döner ve kapalı loop obstrüksiyonu gelişir. Hızla dolaşım bo-

zulus ve gecikmiş vakalarda perforasyon gelişebilir (8). Mobil çekumlarda dönmeyi hızlandıran bazı faktörler vardır. Bunlar; çekum distansiyonu, sol kolon obstrüksiyonu, geçirilmiş peritonit, kronik konstipasyon ve sık pürgatif kullanılması, gebelik, pelvik kitleler ve bir vakamızda da olduğu gibi geçirilmiş karın operasyonlarıdır (9,10). Bazı serilerde abdominal distansiyon ve atoni %31 oranında çekum volvulusunun nedeni olarak bildirilmektedir (11,12).

Hastalık genellikle Asya toplumlarında görülür. Yenidoğan dönemi dahil her yaşta ortaya çıkmakla birlikte sıklıkla 30-50 yaşlarında ortaya çıkar. Kadınlarda biraz daha fazla rastlanır (1,2,13,14).

Klinik olarak sigmoid volvulusundaki gibi kronik ve akut obstrüksiyon belirtileri gösterir. Genellikle sağ alt kadranda kolik tarzında karın ağrısı, karında simetrik bir distansiyon, bulantı kusma vardır. Gaz-gaita çıkışı yoktur (1,8). Gardner 1947'de üç klinik tip tanımladı (10):

1- Aniden başlayan akut form: Şiddetli karın ağrısı, kusma, distansiyon ve obstipasyon gözlenir. Erken ameliyat edilmezse fatal seyredir.

2- Yavaş ilerleyen subakut form: Karında rahatsızlık, ağrı ve hassasiyet mevcuttur.

3- Kronik form: Sağ alt kadranda geçici ağrı atakları olur. Distansiyon ve hassasiyet görülür.

Bizim her üç vakamız da bu gruplardan akut forma uymaktadır.

Bazı çalışmalarda %75-90 oranında çekum volvulusunu düşündüren radyolojik bulgular tespit edilebileceği bildirilmiştir (15). Ancak çoğunlukla kesin teşhis laparatomide konulmaktadır (2). Vakalarımızdan birisinin ön tanısı operasyon öncesi koymamıza rağmen iki hastada tanı laparotomi ile konuldu. McGraw'a göre (1) çekum volvulusunda radyolojik olarak çekumda ileri derecede distansiyon olur ve sol üst kadrana yerleşir. Dilate ince barsak loopları çekumun sağında gözlenir. Çekum gaz ile dolunca ileoçekal valv görülebilir. Kolon mukozasının kıvrımları spiral şekilde distandü olarak gözlenir. İnce barsak obstrüksiyon belirtileri vardır. Sigmoid volvulusunda iki hava-sıvı seviyesi olmasına karşın, çekum volvulusunda santral yerleşimli tek hava-sıvı seviyesi vardır (8). Bu açıdan ilk hastanın ayakta direkt karın grafisi gerçekten çekum volvulusunu kuvvetle düşündürmüştür (Şekil 1). Peritonda serbest hava olması perforasyon olduğunu gösterir (10). Baryumlu grafilerde torsiyon seviyesine göre kesilme belirtisi görülür (1).

Tedavi cerrahidir. Kolonoskopik detorsiyon başarısızdır (1,8). Biz hiç bir vakamızda kolonoskopik detorsiyon işlemini uygulamadık. Akut formlarda gecikme mortaliteyi artırır (11). Sağ paramedian veya orta hat kesisi kullanılır. Eğer barsak canlıysa ve detorsiyon mümkünse nazikçe detorsiyone edilir (11). Yapılacak işlem konusunda çok tartışma vardır. Barsak beslen-

meşinin bozulmadığı durumlarda detorsiyon ve çekopeksi yeterli bulanlara mukabil yüksek nüks riskini ileri sürerek her vakada rezeksiyon yapılmasını uygun olacağını bildiren görüşler de vardır (2,10,16,17).

Genel olarak barsak canlılığı iyi olan vakalarda detorsiyon+çekopeksi veya çekostomi yeterli görülmektedir. Çekum absorbe olmayan dikişlerle karın yan duvarına tespit edilir (1,28). İleri derecede distansiyon gelişmiş vakalarda çekostomi açılır ve çekopeksi yapılır. Eğer nekroze alan varsa bu bölge rezeke edilerek buradan çekostomi açılabilir. Bir vakamızda olduğu gibi apandikostomi şeklinde çekostomi yapılabilir (1,8,16). Ancak çekostomide infeksiyon riski yüksektir. Progresif olarak karın duvarı nekrozu ve tedaviye dirençli çekum fistülü gelişebilir (6). Hastalarımızda bu tür komplikasyonlar gelişmedi. Sadece çekopeksi yapılmasını yetersiz bulanlar vardır. Çünkü %17'ye varan nüks torsiyon olabileceği bildirilmektedir. Çekostomi yapılan vakalarda nüks oranı %1'in altındadır. Rezeksiyon ise nüks ihtimalini ortadan kaldırmaktadır (1,2,8).

Barsak beslenmesinin ileri derecede bozuk olduğu ve perforasyon olan vakalarda sınırlı sağ hemikolektomi yapılır. Kolon güdüğü kapatılarak uç-yan ileotransversostomi ile pasajın sağlanması en iyi seçenek olarak önerilmektedir (13,15).

Genel durumu ileri derecede bozuk olan vakalarda hızlı bir şekilde eksteriorizasyon yapılır. Nekroz varsa rezeksiyon ile ileostomi açılır. Hastanın genel durumu düzeltildikten sonra uygun bir zamanda rezeksiyon yapılarak ileotransversostomi şeklinde kolostomi kapatılır (1,2,10). Bu tür hastalarda %10 civarında mortalite bildirilmektedir (8,16).

İlk vakada aşırı distansiyon sonucu tenyaya paralel serozal ayrılma mevcuttu. Nekroz olmadığından distansiyonu dekomprese etmek için çekostomi yapıldı ve mobil çekum nedeniyle karın yan duvarına yapışmayı sağlamak için çekopeksi birlikte uygulandı. Diğer vakada distansiyon vardı. Bir vakada çekostomi yapıldı. Çekostomide lokal infeksiyonun olabileceği bildirilmekte isede biz vakalarımızda bu durumla karşılaşmadık. Diğer hastada barsağın beslenmesi bozulduğu için sağ kolon rezeksiyonu yapıldı.

Sonuç olarak çekum volvulusu düşünülmediğinde tanısı zor konulan ve oldukça az rastlanan bir klinik durumdur. Ameliyat öncesi değerlendirme ve hazırlık morbidite ve mortalite açısından önemlidir. Mobil çekum etyolojide önemli faktör olduğundan yüksek nüks riski nedeniyle sadece detorsiyon yetersizdir ve tercih edilmemelidir. Çekostomi veya çekopeksi ile birlikte yapılmalıdır. Eğer dekompresyon yeterli yapılabiliyorsa çekostomi yapılmayabilir. Dekompresyon yeterli yapılamıyorsa lokal infeksiyon komplikasyonlarına rağmen çekostomi ve çekopeksi birlikte yapılmalıdır. Nekroze olgularda segmenter rezeksiyon mutlaka yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ellis H. Volvulus of the caecum. Maingot R (ed) "Abdominal Operations", Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut 1989;2:1186-90.
2. Goligher J. Volvulus of the caecum and ascending colon. Surgery of the Anus, Rectum and Colon 5 th ed. Balliere Tlndall, London 1984:1153-54.
3. Radin Dr, Haals JM. Cecal volvulus: A complication of colonoscopy. Gastrointest Radiol 1986; 11:110-1.
4. Theuer C, Cheadle WG. Volvulus of the colon. Am Surg 1991;57:145-50.
5. Borghol M, Hodsworth J. Reversed rotation of the midgut in an adult. Acta Chlr Scand 1987; 153:395-7.
6. Tejler G, Jiborn H. Volvulus o> The Cecum: Report of 26 cases and review of the literature. Dis Col Rectum 1988; 31:445-9.
7. Stirnemann H, Ris HB, Dören JE. Das Caecum mobile-Syndrom: Appendektomie und cocopexle oder nur Appendektomie Chirurg 1989; 60:277-82.
8. Storer EH,"Goldberg SM, Nivatvangs S. Colon, rectum and anus. Principles Surgery. Ed. Seymour E. Schwartz, 4 th ed. McGraw-Hill Book Company, Singapore 1985:1212-13.
9. Graubard Z, Graham KM, Menue VS, Koller AB. Caecal volvulus in pregnancy: A Case Report. S Afr Med J 1988; 73:188.
10. Shackelford R, Zuidema GD. Cecal volvulus. Surgery of The Alimentary Tract. VB Saunders Company, London 1982:92-4.
11. Neil AHD, Reasbeck CJ, Effeney D. Caecal volvulus. Ten year Experience in an Australian Teaching Hospital. Annals of the Royal College of Surgeons of England 1987; 69:283-5.
12. Ökesli N, Belviranh M, Yol S ve ark. İleoçekal volvulus ve tedavisi. Kolon Rektum Hast Derg 1991;2:73-77.
13. Frazee RC, Mucha P, Farnell MB, Heerden JA. Volvulus of the small intestine. Ann Surg 1988; 5:565-8.
14. Khope S, Manipal R. Caecal volvulus in a 2-month-old baby. J Ped Surg 1988; 11:1038.
15. Anderson J, Lee D. Acute Cecal Volvulus. Br J Surgery 1980;67:39-41.
16. OMara CS, Wilson TH, Stonesifer GL, et al. Cecal volvulus: Analyses of 50 patients with a long term follow up. Ann Surg 1979; 189:724-31.
17. Moore JH, Cintron JR, Duarte D. Synchronous cecal and sigmoid volvulus Report of a case. Dis Colon Rectum 1992; 35:803-5.
18. Scotte M, Bocobzo B, Leblanc I, Leturgie C. Colectomie de Sécurité pour volvulus du caecum. A propos de quatre observations. Annale de Chirurgie 1988; 7:463-6.