

# Parsiyel Çekum Nekrozunda Parsiyel Rezeksiyonun Yeri (Olgu Sunumu)

## *The Value of Partial Resection in Isolated Cecal Necrosis*

EMİNE ÖZLEM GÜR, TURAN ACAR, CENGİZ TAVUSBAY, İBRAHİM KOKULU, YUSUF KUMKUMOĞLU, EMİR ÇAPKINOĞLU, MEHMET HACIYANLI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir - Türkiye

### ÖZET

İzole çekum nekrozu nadir bir klinik tablodur ve özellikle şok ile birlikte görülür. Hasta genellikle sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurur ve klinik bulguları akut apandisit ile karışabilir. İzole çekum nekrozu, sağ alt kadranda ağrı bulunan, akut karın ayırıcı tanılarında akılda tutulmalıdır. İzole çekum nekrozu olan hastalarda erken tanı ve tedavi ile prognozlar iyidir.

Biz akut apandisiti taklit eden izole çekum nekrozlu iki olguyu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** İzole çekum nekrozu, Parsiyel çekum rezeksiyonu

### ABSTRACT

Isolated cecal necrosis is a rare clinical entity and especially in association with shock. The patient usually presents to the emergency department with right lower quadrant abdominal pain and clinical findings may confuse with acute appendicitis. Isolated cecal necrosis should be kept in mind for the differential diagnosis of acute pain in the right lower quadrant of the abdomen. Patients with isolated cecal necrosis have a good prognosis with early diagnosis and surgical treatment. We report two cases of isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis.

**Key words:** Isolated cecal necrosis, Partial cecal resection

Başvuru Tarihi: 12.12.2013, Kabul Tarihi: 30.03.2014

✉ Dr. Turan Acar

172 Sokak No: 3/1 Daire: 3 Basın Sitesi İzmir İzmir - Türkiye

Tel: 0507.2153104

e-mail: drturancar1982@gmail.com

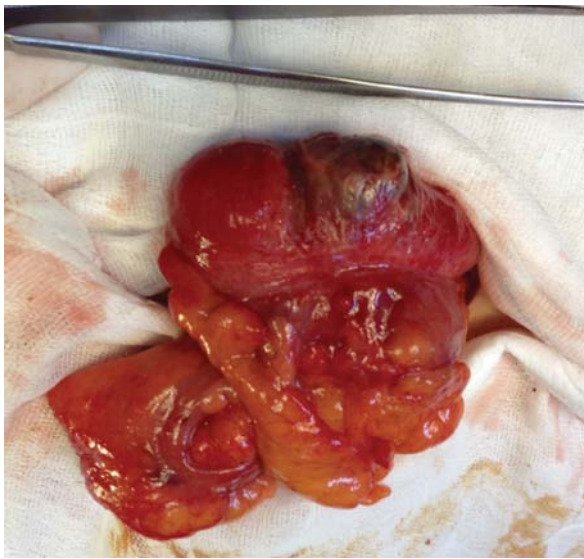
*Kolon Rektum Hast Derg* 2014;24:41-44

### Giriş

Parsiyel çekum nekrozu (PÇN), sebebi tam olarak bilinmeyen, çoğunlukla ileri yaşlarda görülen, iskemik kolitin nadir bir şeklidir. Genellikle spontan olarak ortaya çıkar. Literatürde, kronik kalp hastalıkları, kardiyopulmoner by-pass geçirenler, değişik nedenlerle oluşan hipotansiyon durumlarında, aortit, kolesterol embolizasyonu ve diyaliz hastalarında sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>1-4</sup> Çekumun belirgin distansiyonunda (>9-12 cm) da iskemik nekroz ve perforasyon görülebilir.<sup>5</sup> Parsiyel çekum nekrozu ayrıca kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyalize giren hastalarda, sistemik kemoterapi alanlarda yada travma hastalarında da normal popülasyona göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>6-9</sup> Parsiyel çekum nekrozu en sık sağ alt kadranda ağrıya neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle yaşlı hastalarda akut apandisit ile kolaylıkla karıştırılabilir. PÇN tanısını preoperatif dönemde koymak son derece güçtür. Tanı ve tedavide gecikme, bağırsak iskemisinin ilerlemesi sonucu gelişen nekroz nedeniyle, sepsis ve ölüme neden olabilir.

Biz bu çalışmada PÇN nedeniyle opere edilen 2 olguyu ve uygulanan tedavi seçeneğini ilgili literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

**OLGU 1:** 57 yaşında erkek hasta. 1 gün önce başlayan ve gittikçe artan karın ağrısı, bulantı, kusma nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinde, yakın zamanda geçirilmiş koroner by-pass, akut pankreatit ve peptik ülserle bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması



*Resim 1. Çekum antimezenterik yüzde izole nekroz.*



*Resim 1. İzole çekum nekrozunun stapler ile rezeksiyonu.*

öyküsü vardı. Hasta sürekli olarak Varfarin sodyum (Coumadin tb, 5 mg. Zentiva), Bisoprolol fumarat (Concor tb, 10 mg, Daiichi Sankyo) kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde; karın sağ alt kadranda lokalize hassasiyet, defans ve rebound bulguları mevcuttu. Hastanın lökosit sayımı 26.300/mm<sup>3</sup>, açlık kan şekeri 179 mg/dl idi. Diğer rutin hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar değerleri normaldi. Ayakta direkt batın ve akciğer grafilerinde; diyafragma altında serbest hava saptandı. Tüm batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi.

Hasta akut karın ön tanısıyla acil operasyona alındı. Operasyonda PÇN'na bağlı perforasyon saptanan hastaya lineer stapler ile nekroze kısmı içerecek tarzda parsiyel çekum rezeksiyonu yapıldı (Resim 1/ Resim 2). Hasta postoperatif 7. gün şifa ile taburcu edildi.

**OLGU 2:** 64 yaşında erkek hasta. 1 günden beri devam eden karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 3 ay önce koroner anjiyografi ve aort anevrizması olduğu öğrenildi. Hastada ayrıca diabetes mellitus ile hipertansiyon hikâyesi vardı ve Pilavix (Klopidogrel hidrojen sülfat, 75 mg., Sanofi Aventis), Diamicron (Gliklazid, 30 mg., Servier) ve Beloc (Metoprolol, 50 mg., Astra Zeneca) kullanıyordu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebaundu mevcuttu. Hastanın lökosit sayımı 14.600/mm<sup>3</sup>, açlık kan şekeri değeri 222 mg/dl idi. Diğer rutin hematolojik ve biyokimyasal değerleri normaldi. Ayakta direkt batın ve akciğer grafilerinde; diyafragma altında serbest hava saptandı. Batın USG; batın sağ alt kadranda bağırsak anslarında duvarda diffüz kalınlaşma, çevre mezenterde kirlenme saptanarak, kolit, akut

apandisit olarak yorumlandı.

Hasta bu bulgularla akut karın ön tanısı ile operasyona alındı ve operasyonda PÇN saptanması üzerine ilk olgudaki gibi lineer stapler ile parsiyel çekum rezeksiyonu yapıldı. Hasta potoperatif 9. gün şifa ile taburcu edildi.

### Tartışma

Çeşitli nedenlerle damarsal patolojilere bağlı olarak kolon duvarında gelişen hipoksik beslenme bozuklukları sonucu ortaya çıkan iskemik kolit, tıkanıklığın derecesine bağlı olarak değişik klinik bulgu ve belirtilere neden olur. Akut kolonik iskemi yaşlılarda sık görülen önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. İskemi nedenleri başlıca oklüziv ve non oklüziv olarak iki grupta değerlendirilir. Başlıca oklüziv nedenler arasında; küçük damar hastalığı, ven veya büyük arterlerin tıkanıklığı ve ciddi bağırsak tıkanıklıkları sayılabilir. Büyük arter tıkanıklıkları ligasyon, emboli veya tromboza bağlı olabilir. Küçük damar hastalıkları ise tipik olarak en sık, D. mellitus, vaskülitler ya da radyasyona bağlı olabilir. Kolonik iskemi daha nadir olarak, hiperkuagülopatilerde, pankreatitlerde, portal hipertansiyon hastalarında olduğu gibi gastrointestinal sistemin venöz dönüşünde azalma ve/veya tıkanıklıklarında görülebilir. Non oklüziv bağırsak iskemisi ise kardiyojenik, septik ya da nörojenik şok gibi durumlarda vücudun hayati organlara yeterince sistemik dolaşımı sağlamak üzere kullandığı savunma mekanizmalarının harekete geçmesi ile mezenterik akımın azalması sonucu ortaya çıkar. Bu derecede şiddetli vazokonstriksiyona dijital ve katekolaminler gibi ilaçlarda neden olabilir. Hastaların önemli bir kısmında iskemi, küçük çaplı damar hastalığını ya da düşük akım sonucu ortaya çıkar ve genellikle kolonun segmental bir kısmını etkiler. En sık rektosigmoid bölgede ve splenik köşede görülmesine karşılık, şiddetli olgularda tüm kolon etkilenebilir.<sup>9,10</sup> Çekumun iskemik nekrozu ise, iskemik kolitin nadir bir varyasyonu olup en sık yaşlılarda görülür. Özellikle hemodiyaliz ve kronik kalp hastalarında görülür ve spesifik olmayan belirtileri ile acil cerrahi müdahale gerektirebilir. Bizim kendi olgularımızın da literatürle uyumlu olarak komorbiditeleri mevcuttu; birisinde geçirilmiş aterosklerotik kalp hastalığı (ASKH) ve koroner by pass öyküsü, diğerinde ise Aort anevrizması+ ASKH ve D. mellitus mevcuttu.

Parsiyel çekum nekrozu tanısını preoperatif dönemde koymak son derece zordur. Sağ alt kadranda hassasiyet,

defans ve rebound olan, yaşı ileri hastalarda, akut apandisit, divertikül perforasyonu, kolon maligniteleri, iskemik kolit, granülatöz bağırsak hastalıkları yanında parsiyel çekum nekrozu da akla getirilmelidir. Parsiyel çekum nekrozunun kesin tanısında özel bir tanı yöntemi yoktur. Tanı, genellikle akut batın bulguları ile başvuran ve çoğunlukla akut apandisit ön tanısı ile opere edilen hastalarda laparotomi sırasında konulur. Bazı olgularda karın ultrasonografisi ve tomografisi tanıda yardımcı olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografide intramural ödem ve intramural hemorajiye bağlı olarak çevresel tarzda, çekal duvar kalınlaşması görülebilir. Mezenterik damarlarda hava olması, özellikle kolon duvarında intramural hava ile birlikte olması, en spesifik bulgu olarak rapor edilmiştir.<sup>9</sup> Ayrıca izole pnömotozis koli, fokal yada diffüz bağırsak genişlemesi, mezenterik ve portal venlerde hava izlenebilir.<sup>9</sup> Bizim olgularımız akut apandisit olarak değerlendirildiği için direkt olarak ameliyata alındığından BT çekilmemiştir. Ancak her ne kadar incelemeyi yapan radyoloğa bağımlı bir tetkik olsa da, 2. hastanın ultrasonografisinde çekum duvarındaki kalınlaşma tespit edilebilmiştir. Parsiyel çekum nekrozunda tedavi cerrahidir. Çekumda ki nekrozun boyutuna ve peritonit bulgularının varlığına göre, tutulan çekum kısmının parsiyel rezeksiyonu, segmental kolon rezeksiyonu veya sağ hemikolektomi uygulanabilir. Çoğu yazar parsiyel bir çekum rezeksiyonu riskli olduğundan, güvenilir olarak sağ hemikolektominin tercih edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ancak her iki olgumuzda görüldüğü gibi, uygun olgularda parsiyel bir rezeksiyonunda rahatlıkla yapılabileceği görülmektedir. Uygulanacak ameliyat şeklinin seçiminde en önemli faktörlerin; i) ameliyat bulguları, ii) hastanın durumu, iii) cerrahın tecrübesinin olduğunu düşünmekteyiz. Erken tanı ve erken cerrahi ile parsiyel çekum nekrozunun mortalitesi ve morbiditesi düşüktür. Her iki olguda tanı erken konulduğundan ve iskemik nekroz belirli bir alanda sınırlı olduğundan ötürü, geniş rezeksiyon yerine lineer stapler ile parsiyel çekum rezeksiyonu uyguladık. Her iki hastada postoperatif dönemde sorunsuz olarak taburcu edilmiştir. Bu hastalarda olduğu gibi çekal nekrozun sınırlı bir alanda kaldığı durumlarda parsiyel çekum rezeksiyonu yapmanın daha akılcı olduğu, bu hastalarda gerek yaş ve gerekse komorbiditeleri nedeni ile sağ hemikolektomi ve anastomoz yapmanın ciddi bir morbidite yaratabileceği

kanısındaız.

Sonuç olarak, PÇN nadir akut batın nedenlerinden birisidir, karın sağ alt kadrın ağrısı ile başvuran hastalarda göz önünde tutulmalıdır. Bur olgularında rezeksiyonun sınırları ameliyat bulgularına ve hastanın durumuna göre saptanmalıdır. Sınırlı çekum nekrozu olan olgularında, sadece nekroze alanın sınırlı rezeksiyonunu güvenilir bir biçimde yapmak mümkündür.

#### Kaynaklar

1. Rist CB, Watts JC, Lucas RJ. Isolated ischemic necrosis of the cecum in patients with chronic heart disease. *Dis Colon Rectum* 1984;27:548-51.
2. Hargrove WC, Rosato EF, Hicks RE, Mullen JL. Cecal necrosis after open-heart operation. *Ann Surg* 1978;25:71-3.
3. Chan T, Levine MS, Park Y. Cholesterol embolization as a cause of cecal infarct mimicking carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 1988;150:1315-6.
4. Kiyak G, Ozgün Y, Sarikaya SM, Korukluođlu B. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis. *Turk J Gastroenterol* 2008;19:71-2.
5. Boley SJ. Colonic ischemia 25 years later. *Am J Gastroenterol* 1990;85:931-4.
6. Kiyak G, Ozgün Y, Sarikaya SM, Korukluođlu B. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis. *Turk J Gastroenterol*. 2008;19:71-2.
7. Ünalp HR, Mustafa Peşkersoy, Mehmet Çıkla, Erdiñç Kamer, Mehmet Ali Önal. Kronik Renal Yetmezlikli Bir Olguda Spontan Çekum Nekrozu/ Spontaneous Necrosis of the Caecum in a Patient with Chronic Renal Failure. *Kolon Rektum Hast Derg* 2008;18:48-50
8. Dirican A, Ünal B, Bassulu N, Tatlı F, Aydın C, Kayaalp C. İsolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: A case series. *J Med Case Rep* 2009;3:7443.
9. Simon MA, Birnbaum BA, Jacobs JE. Isolated infarction of the cecum: Ct findings in two patients. *Radiol* 2000; 214:513-6.
10. Özhan Özcan, Fevzullah Ersöz, Mustafa Dönmez, Erdem Şentatar, Hasan Bektaş ve ark. Hemodiyalize Bağımlı Hastalarda İzole Çekum Nekrozu: Üç Olgu Sunumu. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011;21:120-125.