

# Çekum Volvulusunda Gangrensiz Perforasyon: Olgu Sunumu

## *Volvulus of Caecum without Gangrenous Perforation: Case Report*

CEMAL KARA, ALPER SÖZÜTEK, ALİ DOĞAN BOZDAĞ, HAYRULLAH DERİCİ, OKAY NAZLI, TUĞRUL TANSUĞ

Izmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği, İzmir

### ÖZET

Çekum volvulusu, sigmoid volvulusdan sonra en sık görülen volvulus tipidir ve ideal tedavi yöntemi hakkında henüz ortak bir görüş oluşmamıştır. Literatürde sunulan olgularda, çekumun dolaşımının bozulması ve buna bağlı nekroz sonucu perforasyon geliştiği bildirilmektedir. Bu çalışmada çekum volvulusuna sekonder nekroz olmaksızın perforasyon gelişmiş olan bir olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Çekum volvulusu, perforasyon, acil cerrahi

### ABSTRACT

Volvulus of the caecum is the second most common volvulus type after sigmoid volvulus. There is not concensus on the treatment of caecal volvulus. There have been cases of caecal volvulus with perforation due to impairment of caecal blood circulation and necrosis reported in the literature. We present a case of caecal perforation without necrosis, secondary to volvulus.

**Key words:** Caecal volvulus, perforation, emergency surgery

### Giriş

Çekum volvulusu, çok ender karşılaşılan bir patoloji (milyonda 2.8-7.1) olup, çekumun mezosu etrafında rotasyonu sonucu oluşur. İlk defa Rokitansky tarafından 1837 yılında tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Tanı ve klinik hakkında yeterli bilgi varken tedavi yöntemi hakkında henüz ortak bir görüş oluşmamıştır.<sup>2,3</sup> Bu çalışmada çekum volvulusuna sekonder perforasyon gelişmiş bir olgu sunulmaktadır. Olgunun özelliği perforasyonun çekumda nekroz gelişmeden oluşması idi. Literatürde benzer bir olguya rastlanmamıştır.

### Olgu Sunumu

Altmışbeş yaşında erkek hasta yaklaşık üç gündür devam eden karın ağrısı ve gaz-gaita çıkaramama nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Otuz yıl önce apendektomi ameliyatı geçirdiğini ifade eden hastanın, fizik muayenesinde batında distansiyon ve yaygın hassasiyet vardı, defans ve rebound saptanmadı. Barsak sesleri hipoaktif olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökositoz ( $15000/\text{mm}^3$ ) dışında patoloji yoktu. Ayakta direkt batın grafisinde sol üst kadranda çok geniş hava sıvı seviyesi içeren barsak ansı ve her iki diafragma altında serbest hava gözlemlendi. Hasta içi boş organ perforasyonu ön tanısıyla acil olarak operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda çekumda volvulus geliştiği, sol üst kadrana yerleşip, ileri derecede

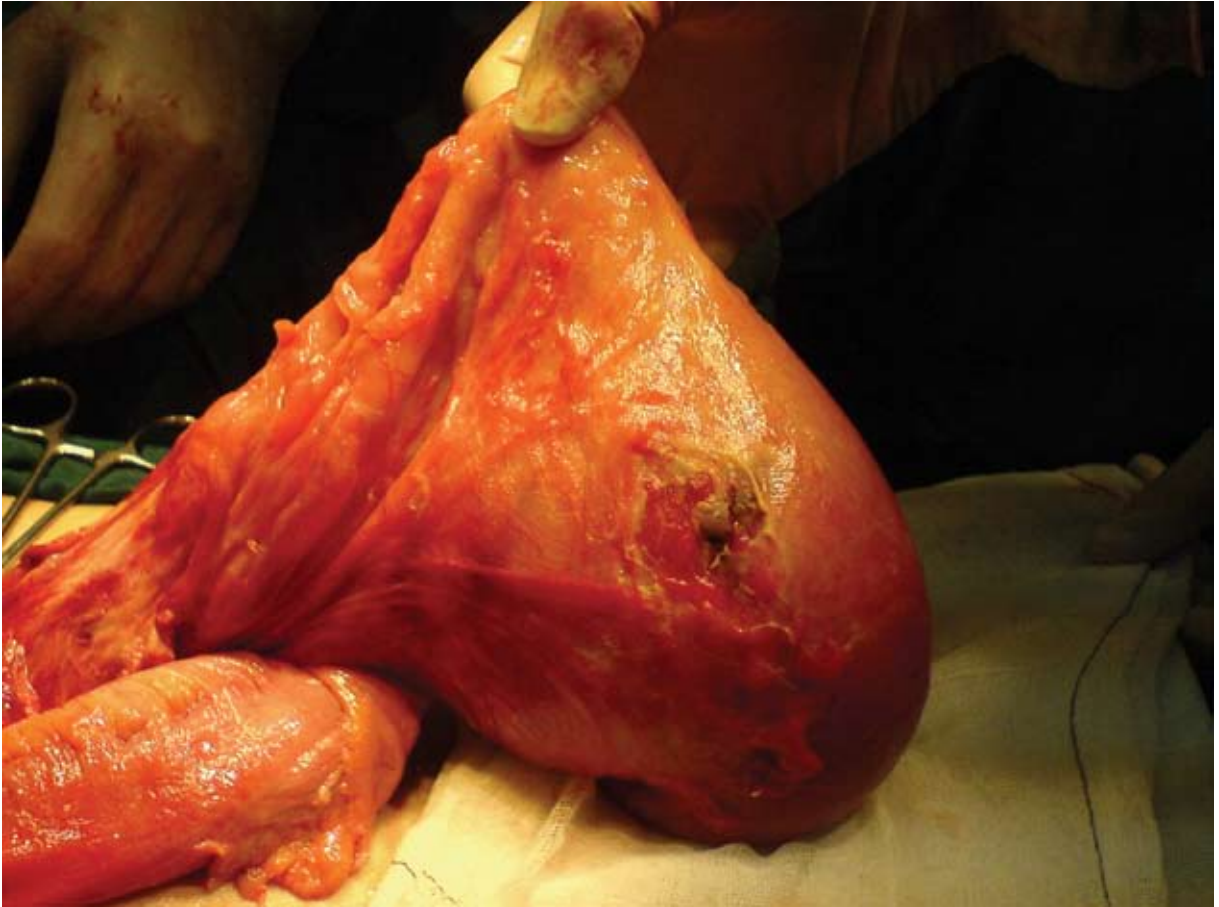
dilate (yaklaşık 30 cm çapta) olduğu görüldü. Çekumun dolanımı ve rengi normal olmasına rağmen, ön yüzde yaklaşık 0.5 cm'lik bir perforasyon alanı saptandı (Resim 1). Perforasyon alanının mide tarafından kapatılmış olduğu görüldü, batın içinde minimal kontaminasyon vardı. Hastaya sağ hemikolektomi ve uç-uca ileotransversostomi uygulandı. Postoperatif dönemi olağan seyreden hasta 7. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

### İrdeleme

Çekum volvulusu, kolon obstrüksiyonu yapan nedenler arasında %5-10 oranında görülen volvulusların %10-40 oranı ile, sigmoid volvulusdan sonra en sık görülen ikinci tipidir. Genelde Doğu Avrupa ve İskandinav ülkelerinde, sıklıkla yetmişli yaşlardaki erkeklerde görülür.<sup>2,3</sup> Etiyolojide volvulus oluşumunu kolaylaştıran nedenler arasında geçirilmiş operasyonlar ve bunlara bağlı oluşan bridler, mobil çekum, me-

zenterik lenfadenit, kolon distalinde obstrüksiyon yapan tümörler ve yoğun olarak lifli gıdalarla beslenme sayılabilir. Hastaların %30'unda kronik konstipasyon ve laksatif kullanım öyküsü bulunur.<sup>2,4</sup> Bizim hastamızda da bol lifli diyet ile beslenme alışkanlığı olduğu belirlendi.

Çekum torsiyonu tanısında spesifik bir yöntem yoktur. Preoperatif tanı %58 oranında konabilmektedir. Kalan %32'si laparotomi sırasında ve %10'u da otopsi sonucu tanı almaktadır.<sup>2,4</sup> Direkt grafilerde hilusu sağa bakan dilate loop oluşturmuş barsak ansı (kuş gagası görünümü) şüphe uyandırmalıdır. Ayrıca dilate çekum ve hava sıvı seviyesi veren ince barsak ansları da görülebilir. Bilgisayarlı tomografi distalde obstrüksiyon yapan bir kitle varsa bu kitleyi veya volvulus olan ansı gösterebilir. Baryumlu enema ile de tanı konduğu ve nonoperatif tedavi sağladığı bildirilmektedir.<sup>2,4,5</sup> Kolonoskopi hem tanı hem de tedavi amaçlı kullanılabilir. Özellikle ameliyat edilemeyen genel durumu kötü



**Resim 1:** Çekal volvulus sonrası çekum perforasyonu.

hastalarda dekompresyon sağlayabilir. Ayrıca eğer distalde obstruksiyon yapan bir neden varsa bunu belirlemek için de en etkili yöntemdir. Kolonoskopinin tanı ve tedavideki etkinliği uygulayan hekimin tecrübesi ile doğru orantılıdır, ancak perforasyon şüphesi olan hastalarda kullanılmamalıdır.<sup>2,5,6</sup> Biz hastamızda perforasyon şüphesi nedeniyle baryumlu enema ve kolonoskopi gibi tetkikleri uygulayamadık.

Çekum volvulusunun tedavisinde pek çok alternatif bulunmaktadır. Genel durumu iyi olan ve perforasyon gibi acil ameliyat gerektirmeyecek hastalarda baryumlu enema veya kolonoskopi detorsiyonu sağlayabilir. Detorsiyon başarılı olsa bile kısa zamanda elektif cerrahi planlanmalıdır, çünkü bu hastalarda %90'lara varan oranlarda nüks geliştiği bildirilmektedir.<sup>3,5,6</sup> Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda çekum detorsiyone edilerek kanlanması kontrol edilir. Barsakta dolanımı intraoperatif doppler ultrasonu veya intravenöz fluoressein verilerek ultraviyole ışık altında değerlendirilebilir. Perfüzyonu yeterli olmayan hastalarda rezeksiyon gerekli olabilir. Volvulus sonucu oluşan dolaşım bozukluğu ve barsak duvarında basınç artışına bağlı meydana gelen iskemi, detorsiyonla düzelse bile bir dizi zincirleme reaksiyon başlatabilir. Mikrovasküler ve parankimal hücre hasarı, salınan reaktif oksijen metabolitleri ve lökosit kaynaklı proteazlar asıl hasardan sorumludur. Daha sonra bakteri ve toksin translokasyonu, ciddi geri dönüşsüz iskemik hasar ve sepsis gelişebilir.<sup>2,3,7</sup> Çekum volvulusunda perforasyon, genellikle gangren oluşumu sonrası meydana gelen nekroza bağlıdır. Çekumda gangren gelişme oranı %30 olarak bildirilmiş olup gangren sonrasında perforasyon gelişen olgu sayısı ise çok daha azdır.<sup>3,5</sup> Bizim hastamızda gangren olmadan perforasyon geliştiği görüldü. Bu

durum literatürde tanımlanmamıştır. Bilindiği gibi distal kolon obstruksiyonunda artan lümen içi basınç, geniş olan çapı nedeniyle çekum duvarındaki yüzey gerilimini ileri derecede artırır. Bunun sonucunda da çekum perforasyonu gelişebilir.<sup>8</sup> Hastamızdaki perforasyonun oluşma mekanizmasının da bu şekilde açıklanabilir. Cerrahi olarak çekum volvulusunda gangren olsun olmasın sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi günümüzde önerilen tedavi yöntemi olmuştur. Mortalite ve morbidite oranlarında yıllar içinde iyileşme sağlanmıştır. 1990 yılına kadar %17-32 olan mortalite günümüzde %0-18'lere gerilemiştir. Bunda gelişen anestezi teknikleri ve postoperatif bakım şartlarının yanı sıra stapler kullanımı gibi modern cerrahi yöntemlerinin uygulanması da etkili olmuştur.<sup>3,5,7,9</sup> Rezeksiyon sonrası nüks belirtilmemekte, morbidite %29, mortalite ise %8-22 olarak bildirilmektedir. Genel olarak mortaliteyi etkileyen en önemli faktör torsiyone olan barsağın canlılığıdır. Mortalite barsak canlılığı iyi olan hastalarda %12 iken gangren gelişenlerde %33'e çıkmaktadır.<sup>2,3,9</sup> Eğer barsak canlılığı iyi ise çekopeksi ve/veya çekostomi yapılmasını öneren çalışmalar da vardır. Nüks oranlarının yüksekliği ve rezeksiyon sonrası görülen oranlara yakın morbidite, mortalite değerleri bu yaklaşımlara olan desteği azaltmaktadır.<sup>3,5,6,9</sup>

Çekum volvulusu az sıklıkla görüldüğü için tedavide fikir birliği oluşacak kadar yeterli çalışma yoktur. Biz ameliyata engel hali olmayan hastalarda rezeksiyon ve anastomozun daha uygun bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz. Rezeksiyonsuz seçeneklere oranla gerek mortalite ve morbidite değerlerinin benzerliği, gerekse sıfır kabul edilen nüks oranları bu yaklaşımı desteklemektedir.

## Kaynaklar

1. Rokitansky C. Intestinal strangulation. Arch Gen Med 1837;14:202-204.
2. Andersson A, Bergdahl L, Linden W. Volvulus of the caecum. Ann Surg 1975;181:876-880.
3. Majeski J. Operative therapy for cecal volvulus combining resection colopexy. Am J Surg 2005; 189:211-213.
4. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr. and D M Ilstrup. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. Ann Surg 1985;202:83-92.
5. Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. Dis Colon Rectum 2002;45:264-267.
6. Rabinovici R, Simansky DA, Kaplan O, Mavor E, Manny J. Cecal volvulus. Dis Colon Rectum 1990; 33:765-769.
7. Wright TP, Max MH. Cecal volvulus: review of 12 cases. South Med J 1988;81:1233-1235.
- 8- Slam KD, Calkins S, Cason FD. LaPlace's law revisited: Cecal perforation as an unusual presentation of pancreatic carcinoma. World J Surg Oncol 2007;5:14 doi:10.1186/1477-7819-5-14
- 9- Rivas AA, Dennison HC Jr. Volvulus of the cecum. Am Surg 1978;44:332-336.