

Kronik Renal Yetmezlikli Bir Olguda Spontan Çekum Nekrozu

Spontaneous Necrosis of the Caecum in a Patient with Chronic Renal Failure

HALUK RECAİ ÜNALP, MUSTAFA PEŞKERSOY, MEHMET CIKLA, ERDİNÇ KAMER, MEHMET ALİ ÖNAL

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Non-oklüziv mezenterik iskemi daha çok kalp hastalığı olan yaşlı hastalarda görülen ve ilerleyen barsak iskemisi sonucu nekroz, sepsis ve ölüm gelişmesiyle karakterize bir hastalıktır. Diyaliz hastaları bu ölümcül komplikasyonun gelişimi için en yüksek risk grubunu oluştururlar. Ateroskleroz ve diyalize bağlı hipotansiyon non-oklüziv mezenterik istemi için risk faktörleridir. Erken tanı için, diyaliz yapılan hastalarda non-oklüziv mezenterik isteminin gelişip gelişmediği konusunda klinisyenlerin çok şüpheli davranması gerekir. Erken tanı ve nekroze barsak segmentlerinin mümkün olduğunca erken rezeksiyonu yüksek mortalite oranlarını düşürebilir. Bu yazı ile hemodiyaliz sırasında şiddetli bir hipotansiyon atak sonrasında akut batın bulguları ortaya çıkan, spontan çekum nekrozu gelişmiş 68 yaşındaki bir bayan hasta sunuldu.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, izole çekum nekrozu

ABSTRACT

Nonocclusive mesenteric ischemia is a disorder seen primarily in elderly patients with cardiac disease and is characterized by progressive intestinal ischemia leading to infarction, sepsis, and death. Dialysis patients are among the highest risk populations for developing this lethal complication. Previous studies have associated atherosclerosis and hemodialysis-induced hypotension as risk factors for nonocclusive mesenteric ischemia development. Clinicians should develop a high index of suspicion for non occlusive mesenteric ischemia in dialysis patients for early diagnosis. Early recognition and resection of gangrenous intestinal segments as early as possible may reduce high mortality rates. We presented in this article a 68-year-old woman who had acute abdominal symptoms following an episode of severe hypotension during hemodialysis developed caecum necrosis spontaneously.

Keywords: Chronic Renal Failure, Isolated cecal necrosis

Giriş

Diyaliz tedavisi uygulanan renal yetmezlikli olgularda rölöatif olarak daha sık oranda mezenterik iskemi gelişmektedir. Barsak iskemisi mezenterik damarların embolisi, trombozisi, stenozu veya major aterosklerotik lezyonların tıkalıcı etkisine bağlı olarak gelişebilir.

Ancak olguların %25-60'ında vasküler obstrüksiyona neden olan bir patoloji gösterilemez ve non-obstrüktif mezenterik iskemi (NOMİ) olarak adlandırılır.¹ Dializin düşük akım fazında barsak kan akımındaki azalma, bazı ilaçlara (örneğin diüretikler, beta blokerler, digoksin ve vazopressörler) bağlı olarak ortaya çıkan hipotansiyon atakları ve obstrüksiyon olmaksızın gelişen periferik vasküler spazm bu tarz ortaya çı-

✉ Haluk Recai Ünalp, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

kan barsak iskemisinin en sık nedenleridir.¹⁻⁴ Kronik renal yetmezlikli olgularda sağ kolonun ve terminal ileumun segmental nekrozuna pratikte nadir rastlanır (13/5400 dializ hastası).⁴

Bu yazıda diyaliz sırasında hipotansif atak geçiren, takiben akut batın tablosu gelişen ve operasyon sırasında çekum nekrozu saptanarak sağ hemikolektomi yapılan üremik bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Beş yıldır hemodiyaliz tedavisi gören 68 yaşındaki bayan hasta karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Genel durumu orta olan hastanın başvuru sırasındaki tansiyonu 90/50 mm/Hg bulundu. Hastaya iki gün önce hemodiyaliz uygulandığı ve hemodiyaliz sırasında hipotansif bir atak geçirdiği belirlendi. Karın ağrısının yaklaşık 24 saat önce ortaya çıktığı, önceleri tüm batını kapsayacak şekilde yaygın iken daha sonra sağ alt kadrana lokalize olduğu öğrenildi. Hasta son defekasyonunu bir gün önce yapmıştı ve defekasyonda ve gaitada farklılık tanımlamadı. Fizik muayenede batın hassas bulunurken sağ alt kadranda rebound ve istemli defansın olduğu belirlendi. Distansiyon yoktu. Barsak sesleri hipoaktif olarak bulundu. Rektal tuşe normaldi. Ayakta direkt karın grafisi normal sınırlarda idi ve akciğer grafisinde diafragma altında serbest hava görülmedi. EKG'de ST'lerde orta derecede çökme saptandı, ancak atrial fibrilasyon yoktu. USG'de apendiks uyan bölgede dokuların ödemli, barsak duvar kalınlığının artmış ve hareketlerinin azalmış olduğu bildirildi. Kan tahlillerinde hemoglobin: 12.3 g/dl, hematokrit: %36.9, lökosit: 12200/mm³, trombosit: 144000/mm³, albumin: 3 g/dl, globulin: 28 g/dl, amilaz: 239 U/L, AST: 54 U/L, ALT: 10 U/L, ALP: 125 U/L, total bilirubin: 1.6 mg/dl CK-MB: 28 U/L, GGT: 3.3, Ca: 10.5 mg/dL, BUN: 43 mg/dl, kreatin: 7.4 mg/dl, K⁺: 6.2 mmol/L, Na⁺: 137 mmol/L, INR: 1.2 bulundu. Bu klinik görünüm ile hastada akut batın (akut apandisit?) düşünüldü. Acil hemodiyaliz sonrası hasta ameliyata alındı. Eksplozasyonda çekumda yaklaşık 5 cm'lik alanın nekroze olduğu belirlendi (Resim 1). Perforasyon yoktu. Batın içinde başka patoloji saptanmadı. Mezenterik damarlar pulsatil idi. Bu tablonun NOMİ'ye bağlı olduğu düşünüldüğünden sağ hemikolektomi ve uç ileostomi yapıldı. Postoperatif dönemde tansiyonu labil seyreden hastada cerrahi komplikasyon ge-



Resim 1. Çekumda nekrotik alan.

lişmedi. Rutin hemodiyaliz tedavisine devam edildi. Ancak 10. günde ani bir hipotansif atak sonrası kardiy-respiratuvar arrest gelişti ve hasta resusitasyona cevap vermedi. Rezeksiyon materyalinin histopatolojik inceleme sonucu tümör dışı nedenle ortaya çıkmış iskemik değişiklikler olarak bildirildi.

İrdeleme

Kronik renal yetmezlikli olgularda infarktüs, trombozis, stenoz veya major aterosklerotik lezyonlar gibi mezenterik damarları tıkaçıcı lezyonlar olmadan da mezenterik iske mi ortaya çıkabilir. Diyaliz tedavisi uygulanan renal yetmezlikli olgulardaki barsak iskemisinin nedeni genellikle hemodiyalizin düşük akım fazında ve bazı ilaçlara (örneğin diüretikler, beta blokerler, digoksin ve vazopressörler) bağlı olarak ortaya çıkan hipotansif ataklardır.¹ Bunlara ilaveten hastanın ileri yaşta olmasının, kolon kan damarlarının anatomik dağılımının, vazoaktif endojen veya eksojen maddelerin, obstrüksiyon olmaksızın vasküler spazm gelişmesinin, artifisiel membranlardaki biyouyumsuzluğun, abdominal aorta veya mezenterik arterlerdeki kalsifikasyonların, diyaliz sırasında yüksek doz eritropoetin verilmesinin, hastanın hipertansif veya diyabetik olmasının ve hipoalbumineminin barsak iskemisi için predispozan faktörler olduğu bildirilmiştir.²⁻⁴ Barsak iskemisi gelişimi için hastamızdaki risk faktörleri ileri yaş, hipotansif ataklar, diyabet, atheroskleroz ve hipoalbuminemi varlığı idi.

Barsak iskemisi, devam eden süreçte nekroz ile sonuçlanır.^{2,5} Olgumuzda da çekumda yaklaşık 6 cm.lik bir alanda iske mi ve nekroz saptadık. Charra ve ark, NOMİ'ye bağlı barsak iskemisi gelişmiş kronik renal yetmezlikli olgularda çıkan kolon tutulumunun nadir olduğunu bildirmiştir.² Ancak genel görüş ileoçekal bölge tutulumunun daha sık olduğudur.^{6,7} Bunun nedeni hem ileo-çekal bölgenin bir end organ olması

hem de sol kolondaki Drummond'un marjinal arteri gibi bir damarlanma yapısı içermemesidir.⁸ Çekumun kolonun en çok distansiyone olan kısmı olması da kan dolaşımının daha kolay bozulmasına neden olmakta ve barsak iskemisinden nekroza geçişi hızlandırabilmektedir.

Erken tanı koyabilmek için diyaliz sırasındaki hipotansif ataktan birkaç saat veya günler sonra ortaya çıkan karın ağrılı hastada barsak iskemisi ve nekrozdan "şüphelenmek" gerekir.¹ Çünkü bu olgulardaki klinik ve laboratuvar bulguları genellikle non-spesifiktir (ağrı, ateş, lökositoz gibi) ve bu nedenle erken tanı koyabilmek oldukça güçtür.^{1,3} Anjiyografi hariç, görüntüleme yöntemleri sadece ayırıcı tanıya yardımcı olabilir.² Ancak karın ağrılı tüm hastalara anjiyografi yapmak pratik değildir. Diğer yandan anjiyografi için gereken sürede iskemik barsakta nekroz ve perforasyonlar ortaya çıkabilir ve bu durumda hastalık daha da komplike hale gelebilir.^{2,5} Bu nedenle hastaların çoğunda erken dönemde tanısız laparotomi tercih edilir

ve kesin tanı intraoperatif dönemde konur.²

Bu olgularda nekroz gelişmiş barsak segmentinin rezeksiyonu cerrahi yaklaşımın ana amacıdır. Nekrozun büyüklüğüne ve lokalizasyonuna göre parsiyel rezeksiyon veya kolektomi yapılmalıdır.² Ancak renal yetmezlikli bu olgularda, eşlik eden hastalıkların da etkisiyle, cerrahi sonrası mortalite oranı yüksektir (%45-100).³

Sağ alt kadrana lokalize ağrı ile birlikte rebound ve defans saptanan olgumuzda öncelikle akut apandisit düşündük. Ancak perioperatif dönemde parsiyel çekum nekrozu ile karşılaştığımızdan hastaya acil şartlarda sağ hemikolektomi uyguladık. Bu sunumda, akut batın tablosu ile gelen kronik renal yetmezlikli hastalarda barsak iskemisi veya nekrozu ile karşılaşılabileceği ve genellikle genel durumu bozuk bu hastalarda kolon rezeksiyonu gibi morbidite ve mortalitesi yüksek major bir cerrahi girişime hazırlıklı olunması gerektiğini hatırlatmak istedik.

Kaynaklar

1. Han SY, Kwon YJ, Shin JH, Pyo HJ, Kim AR. Non-occlusive mesenteric ischemia in a patient on maintenance hemodialysis. *Korean J Intern Med* 2000; 15: 81-84.
2. Charra B, Cuhe J, Ruffet M, *et al.* Segmental necrosis of ascending colon in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1995;10: 2281-2285.
3. John AS, Tuerff SD, Kerstein MD. Nonocclusive mesenteric infarction in hemodialysis patients. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 84-88.
4. Ori Y, Chagnac A, Schwartz A, *et al.* Non-occlusive mesenteric ischemia in chronically dialyzed patients: a disease with multiple risk factors. *Nephron Clin Pract* 2005;101: 87-93.
5. Friedell ML. Cecal necrosis in the dialysis-dependent patient. *Am Surg* 1985; 51: 621-622.
6. Dumazer P, Dueymes JM, Vernier I, *et al.* Ischemic mesenterique non occlusive chez l'hémodialyse périodique. *Presse Med* 1989; 18: 471-474.
7. Jablonski M, Putski H, Heymann H. Necrosis of the ascending colon in chronic hemodialysis patients. Report of three cases. *Dis Col Rectum* 1987; 30: 623-625.
8. Landreneau RJ, Fry WJ. The right colon as a target organ of nonocclusive mesenteric ischemia. *Arch Surg* 1990; 125: 591-594.