

Distal mekanik tıkanıklığa bağlı gelişen jejunum divertikül perforasyonu: Olgu sunumu

Jejunal diverticulum perforation resulting from distal mechanic obstruction:
A case report

Aydemir Özmez*, Aziz Sümer*, Turgut Pişkin**, Cemalettin Aydın**

Meckel divertikülü haricinde, jejunum ve ileum divertikülleri nadir görülen ve genellikle asemptomatik seyreden edinsel divertiküllerdir. Sıklıkla yaşlılarda görülür. Erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla görülür. Jejunal divertiküllü hastaların %10'undan daha azında inflamasyon, hemoraji, obstrüksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonlar gelişir. Nadir bir komplikasyon olarak perforasyon; genellikle olguların %82'sinde divertikülit, %12'sinde künt travmayı takiben, %6'sında yabancı cisim çarpmasını takiben olmaktadır. Perforasyon için uyarıcı olan bu faktörlerden hiç biri bulunmayan, rektumdaki obstrüksiyona sekonder olarak jejunum ve divertikül içi basıncın artması sonucu perforasyon ve akut karın gelişmesi nedeni ile acil olarak operasyona alıp rezeksiyon artı anastomoz uyguladığımız 62 yaşındaki erkek hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri, jejunum divertikülü, akut karın

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Van, Türkiye
**İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Malatya, Türkiye

Dr. Aydemir Özmez
E-posta:
aydemirozmez@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 12.08.2010
Makale Kabul Tarihi: 17.10.2010

GİRİŞ

Duodenum ve kolonda divertikülozis sık olmasına rağmen, Meckel divertikülünü hariç tutarsak duodenum dışındaki ince bağırsak divertikülleri oldukça nadir olup kontrastlı radyolojik çalışmalarda %0.5-2.5 oranında ve otopsi serilerinde %0.3-4.5 oranında bir insidansa sahiptirler. İnce bağırsak divertikülleri arasında da jejunal divertiküller en az görülür (1, 2, 3).

Karın ağrısı, bulantı, kusma, şişkinlik, ishal ve malabsorbsiyon gibi semptomlara bir kaç literatürde rastlanmakla birlikte jejunal divertiküllü hastaların çoğu komplikasyon gelişmeden önce asemptomatikler (4). Jejunal divertiküllerde komplikasyon gelişme oranı %6.5-10.4 olmakla birlikte, komplikasyon gelişen hastalarda mortalite oranı %21 ile %40 arasında değişmektedir (5, 6).

Biz de bu olguda, obstrüksiyona yol açmış rektum kanseri nedeni ile jejunal divertikül perforasyonu gelişen bir hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU

İki gün önce başlayan gaz ve dışkı çıkarmama, giderek şiddeti artan karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran 65 yaşındaki erkek hastanın sorgulamasında yaklaşık 3 ay önce ara ara olan rek-

tal kanaması ve tam olarak dışkılıyama mevcuttu. Karın muayenesinde yaygın distansiyon, yaygın hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Rektal tuşesinde anal kenardan yaklaşık 3 cm mesafede kolonu tamamen tıkayan yaklaşık 3 cm mesafede kanamacı 110/65 mmHg, solunum sayısı: 24/dk, nabız sayısı: 87/dk, ateş: 38.5 (santigrad) °C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde, lökosit 18.000 mm³, kan üre azotu: 48 mg/dl (normal değeri: 6-20 mg/dl), kreatinin: 2.4 mg/dl (normal değeri: 0.6-1.3mg/dl), kan şekeri: 130 mg/dl (normal değeri: 70-110 mg/dl) bulundu.

Karın US'de ise karın içerisinde serbest sıvı tespit edildi. Direkt karın grafisinde hem ince bağırsak, hemde kolon seviyesinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Akut karın tanısı ile hasta acil olarak ameliyata alındı. Eksploreyonda karın içerisinde yaklaşık 200 cc kadar safralı serbest sıvı, tüm ince bağırsaklarda ve kolonda ileri derecede dilatasyon mevcuttu. Eksploreyonun devamında Treitz ligamanından yaklaşık 60 cm, distalde jejunum antimezenterik yüzeyinde yaklaşık 3 cm boyutlarında divertikül ve divertikülün yan duvarında yaklaşık 2 mm boyutlarında perforasyon alanı mevcuttu (Resim 1,2).



Resim 1: Jejenum antimezenterik yüzde divertikül.

Hastaya perfore olmuş divertikülü de içine alan yaklaşık 5 cm'lik ince bağırsak rezeksiyonu ve primer anastomoz yapıldı. Hastanın genel durumu kötü, karın içinde yaygın enfeksiyon bulgularının olması ve distal tıkanıklık nedeni ile sigmoid kolon karın ön duvarına ağızlaştırılarak sigmoid loop kolostomi yapıldı. Daha sonra karın içerisi bol izotonik NaCl ile yıkanarak ameliyat sonlandırıldı. Hasta yoğun bakım ünitesinde, postoperatif 1. gün sepsis nedeni ile kaybedildi.

TARTIŞMA

Duodenum lokalizasyonuna göre yaklaşık 3 kez daha az görülen jejunoileal divertiküllerde, komplikasyon gelişme oranı duodenum divertiküllerine göre 4 kat daha fazladır (7). Akkiz jejunoileal divertikül insidansı %0.06 ile %2.3 arasında değişen oranlarda olup, mezenterik kenarda, kan damarlarının giriş bölgesinde meydana gelen yalancı divertiküllerdir (8). Sıklıkla yaşlılarda ve erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla gö-

rülen Jejenoleal divertiküllerin boyutları birkaç milimetreden 10 cm'ye kadar değişir ve %35 kolon, %26 duodenum ve %2 özofagus divertikülleri ile birlikte görülmektedir (1). Bu olguda kolon ve duodenumda divertikül yoktu.

Jejenoleal divertiküller %80 olguda asemptomatik kalır. Geri kalan olgularda ise karın ağrısı, bulantı, kusma, yemek sonrası karında şişkinlik hissi, steatore, anemi, kilo kaybı, malabsorbsiyona sekonder semptomlar, kronik gastrointestinal kanama gibi kronik semptomlar, ya da bizim olgumuzda olduğu gibi akut komplikasyonlarla gelmektedir (9). Jejunal divertiküllü hastaların %10'undan daha azında inflamasyon, hemoraji, obstrüksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonlar gelişir (10).

Nadir bir komplikasyon olarak perforasyon genellikle olguların %82'sinde divertikülit, %12'sinde künt travmayı takiben, %6'sında yabancı cisim çarpmasını takiben olmaktadır (11). Bu olguda perforasyon için uyarıcı olan bu faktörlerden hiç biri bulunmamaktaydı. Ancak rektumdaki obstrüksiyona sekonder olarak jejenum ve divertikül içi basınç artışının sorumlu olduğunu düşünmekteyiz.

Jejunal divertikülozisin ya enteroklisiz ya da bilgisayarlı tomografi ile tanısı konulabilir (1). Ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi çoğunlukla operasyon sırasında ya da radyolojik çalışmalarda insidental olarak saptanmaktadır. Sibille ve Willocox (12) lokalize perforasyonlu birkaç olguda intravenöz antibiyotik ya da bilgisayarlı tomografi kılavuzluğunda perkütan abse drenajı ile tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Ancak genel kabul gören tedavi divertikülü içeren jejenum kısmının rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapılmasıdır. Operasyon öncesi tanı konulan olgularda bu işlem laparoskopik olarak da yapılabilmektedir (13).

Sonuç olarak, bizim olgumuzda da görüldüğü üzere rektum kanserinde pasajın tam olarak tıkanığı ve akut karın bulgusu gelişen hastalarda, intraluminal basınç artışına bağlı olarak meydana gelen perforasyonun, çekum dışında jejunal divertikülde de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca akut karın nedeni ile opere edilen ve yalancı divertikül perforasyonu olan hastalarda tüm karının tıkanıcı bir lezyon açısından dikkatle incelenmesinin mantıklı olacağı düşüncesindeyiz.



Resim 2: Perfore olmuş jejunal divertikül.

SUMMARY

Jejunal diverticulum perforation resulting from distal mechanic obstruction: A case report

Excluding Meckel's diverticulum, jejunum and ileum diverticula are acquired diverticula which are rarely observed and have an asymptomatic course. They are mostly observed in elderly patients. Men are twice as likely as women to have diverticula. The complications like inflammation, bleeding, obstruction and perforation may develop in less than 10% of patients with jejunal diverticula. Perforation, as an uncommon complication, may occur following diverticulitis in

82%, blunt trauma in 12%, and impact of foreign body in 6% of cases. Herein we present a 62 year old man operated emergently due to development of acute abdomen that resulted from perforation caused by an increased jejunal and diverticular pressure secondary to rectal obstruction without any common factors mentioned for diverticular perforation. We performed resection and anastomosis at operation.

Key Words: Rectal cancer, jejunal diverticulum, perforation, acute abdomen

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Aydemir Ölmez, Cemalettin Aydın

Verilerin elde edilmesi:
Aydemir Ölmez, Aziz Sümer

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Aydemir Ölmez, Cemalettin Aydın, Turgut Pişkin

Yazının kaleme alınması:
Aydemir Ölmez, Cemalettin Aydın, Turgut Pişkin

İstatistiksel değerlendirme:
-

KAYNAKLAR

1. Patel V A, Jefferis H, Spiegelberg B, Iqbal Q, Prabhudesai A, Haris S. Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: A report of 4 cases and review of the literature. World J Gastroenterol 2008; 14: 5916-5919. doi:10.3748/wjg.14.5916
2. Wilcox RD, Shatney CH. Surgical implications of jejunal diverticula. South Med J 1988; 81: 1386-1391. doi:10.1097/00007611-198811000-00013
3. Fisher JK, Fortin D. Partial small bowel obstruction secondary to ileal diverticulitis. Radiology 1977; 122: 321-322.
4. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. Surgery 1994; 116: 726-731.
5. Caplan LH, Jacobson HG. Small intestinal diverticulosis. Am J Roentgenol 1964; 92: 1048-1060.
6. Roses DF, Gouge TH, Scher KS, Ranson JH. Perforated diverticula of the jejunum and ileum. Am J Surg 1976; 132: 649-652. doi:10.1016/0002-9610(76)90364-0
7. Miller RE, McCabe RE, Salomon PF, Knox WG. Surgical complications of small bowel diverticula exclusive of Meckel's. Ann Surg 1970; 171: 202-210. doi:10.1097/0000658-197002000-00007
8. Kelekis AD, Poletti PA. Jejunal diverticulitis with localized perforation diagnosed by ultrasound: a case report. Eur Radiol 2002; 12: 78-81.
9. Staszewicz W, Chistodoulou M, Proietti S, Demartines N. Acute ulcerative jejunal diverticulitis: Case report of an uncommon entity. World Gastroenterol 2008; 14: 6265-6267. doi:10.3748/wjg.14.6265
10. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small bowel diverticulosis: perceptions and reality. J AM Coll Surg 1997; 184: 383-388.
11. Herrington JL Jr. Perforation of acquired diverticula of the jejunum and ileum. Analysis of reported cases. Surgery 1962; 51: 426-433.
12. Sibille A, Willocx R. Jejunal diverticulitis. Am J Gastroenterol 1992; 87: 655-658.
13. Cross MJ, Synder SK. Laparoscopic-directed small bowel resection for jejunal diverticulitis with perforation. J Laparoendosc Surg 1993; 3: 47-49. doi:10.1089/lps.1993.3.47