

Konjenital Mezenter Defektine Bağlı İnternal Herniasyon Olgusu

17

Coşkun ÇAKIR¹

GİRİŞ

İntestinal obstruksiyonlar acil cerrahi birimlerine başvuruların önemli sebeplerinden bir tanesidir. Acil endikasyonla ameliyata alınan hastalarda benign nedenli intestinal obstruksiyonların önemli bir kısmı ince bağırsak obstruksiyonlarıdır. Amerikan istatistiklerine göre yıllık 300-350.000 civarında ince bağırsak obstruksiyonu nedeniyle hastane başvurusu ve 3 milyar dolarlık yıllık bir maliyet bildirilmiştir (1,2). Ayrıca acil cerrahi girişimlerin %15'inin ince bağırsak obstruksiyonu nedeniyle yapıldığı ve yıllık yaklaşık 30.000 civarında mortalite geliştiği bildirilmektedir (3,4).

İnce bağırsak obstruksiyonlarının en önemli nedeni önceden geçirilmiş operasyonlara bağlı batın içi adezyonlar olup literatürde vakaların yaklaşık %75'inin sebebi olarak bildirilmektedir (5). Diğer yaygın nedenler ise neoplazmlar, herniler ve Crohn hastalığı, yabancı cisimler, dış bası ve bezoarlardır(6). İnce bağırsak obstruksiyonlarının yak-

laşık %30 unda bağırsak strangulasyonu, %15 inde ise çeşitli derecelerde doku nekrozu gelişmektedir. Bu durum mortalite ve morbiditeyi artıran en önemli faktördür (7). Bağırsak nekrozunu artıran diğer önemli etmenler yaş, komorbid hastalıklar ve 24 saatten daha gecikmiş tanı alınması olarak bildirilmektedir (8).

Klinik tablo genellikle karın ağrısı, bulantı, kusma ve batın distansiyonu ile bulgu vermektedir. Ağrı şekli genellikle kolik tarzda olup, iskemi ve perforasyon gibi komplikasyonların gelişmesi halinde devamlı ve ilerleyici bir şekilde dönüşür.

Fizik muayenede yaygın batın hassasiyeti, perküsyonla timpanik ses ve oskültasyonda erken dönemde hiperaktif bağırsak sesleri ve mekanik tınlama şeklinde bulgu verirken gecikmiş vakalarda sessiz batın olarak da bulgu verebilir. Radyolojik tetkiklerde ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyelenmeleri tespit edilebilir. Bilgisayarlı tomografi genellikle obstruksiyonun yerinin tespitinde yararlıdır. İnce bağırsak obstruksiyonlarının tedavisi cerrahi olup özellikle adezyonlara bağlı obstruksiyonlarda konservatif tedavilere yanıt alınamadığı veya iskemi ve perforasyon gibi komplikasyonların tespit edildiği durumlarda ge-

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, c_cakir@hotmail.com

Konjenital internal herniasyon vakalarında mortalite ve morbiditenin en önemli etmeni tanı ve cerrahinin zamanlamasıdır. Geç tanı konulmuş veya uzun bir bağırsak segmentinin nekroze olduğu vakalarda meydana gelen peritonit ve septik komplikasyonlar mortalitenin en önemli sebebidir. Ayrıca uzun intestinal segmentlerin rezeke edilmek zorunda kalındığı vakalarda gelişen malabsorbsiyon-malnutrisyon, elektrolit imbalansı ve kısa bağırsak sendromu gibi sonuçlar morbiditeyi artırabilir.

Bizim vakamız daha önceden herhangi bir belirti olmaksızın akut gelişen karın ağrısı, bulantı ve kusma ile acil servise başvurmuştur. Radyolojik ve laboratuvar tetkikleri spesifik bir tanı ortaya koymamasına rağmen klinik takibinde karın distansiyonunun ilerlemesi üzerine eksplorasyon kararı alınmıştır. Sıkı klinik takip ve erken eksplorasyon ile bağırsak rezeksiyonuna gerek kalmaksızın tedavi başarı ile sonuçlandırılabilmiştir.

Sonuç olarak, konjenital transmezenterik herni tanısı, özellikle nonspesifik semptomlarla sık acile başvuran, ara ara ileus atakları geçiren ve görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinde tanı koydurucu bir özellik arzermeyen hastalarda intestinal obstruksiyonun nadir bir sebebi olarak akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Loftus T, Moore F, VanZant E, Bala T, Brakenridge S, Croft C, Lotenberg L, Richards W, Mozingo D, Atteberry L, Mohr A, Jordan J. A protocol for the management of adhesive small bowel obstruction. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;78(1):13–21.
- Ray N. Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. *J Am Coll Surg.* 1998;186(1):1–9.
- Azagury D, Liu RC, Morgan A, Spain DA. Small bowel obstruction. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;79(4):661–8.
- Jeppesen M, Tolstrup M-B, Gögenur I. Chronic pain, quality of life, and functional impairment after surgery due to small bowel obstruction. *World J Surg.* 2016;40(9):2091–7.
- Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions— how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990;72:60–3.
- Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg.* 2000;180:33–6.
- Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Soreide O, Svanes K, Viste A. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: a 35-year institutional experience. *Ann Surg.* 2000; 231:529–37.
- Cheadle WG, Garr EE, Richardson JD. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. *Am Surg.* 1988;54:565–9.
- Janin Y, Stone AM, Wise L. Mesenteric hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1980;150:747–54.
- Ghahremani GG. Internal abdominal hernias. *Surg Clin North Am* 1984;64:393–406.
- Dowd MD, Barnett TM, Lelli J. Case 02-1993: a three-year-old boy with acute-onset abdominal pain. *Pediatr Emerg Care* 1993;9:174–8.
- Nouira F, Dhaou B.M., Charieg A., Ghorbel S., Jilidi S., Chaouachi B. Small bowel obstruction caused by congenital transmesenteric defect. *African Journal of Paediatric Surgery.* 2011;8:75–78