

Sıra dışı bir izole çekum nekrozu olgusu*

Halil İbrahim Taşcı

Dr.Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

Öz

İzole çekum nekrozu genel olarak daha çok ileri yaş hastalarda görülmekle beraber erken yaşlarda oldukça nadir bir durumdur ve kronik kalp hastalığı, sistemik enfeksiyonlar, fırsatçı mantar enfeksiyonları, hipovolemik şok, romatoid ateş, kronik böbrek yetmezliği gibi sistemik hastalıklarla birliktelik gösterir.

Daha önceden bilinen herhangi bir hastalığı ve geçirilmiş cerrahisi olmayan 36 yaşında kadın hasta 2 gündür olan sağ alt kadran ağrısı, bulantı-kusma ve iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Hastada fizik muayene ve laboratuvar bulguları eşliğinde ön planda akut apandisit düşünülerek ameliyatı planlandı. Ameliyat esnasında izole çekum nekrozu ile karşılaşıldı, iskemik alana kısmi çekum rezeksiyonu ve primer onarım işlemi uygulandı.

Her ne kadar literatürde sunulan vakaların tamamına yakını ileri yaş ve ek problemi olan hastalar olsa da sunduğumuz vaka göstermiştir ki izole çekum nekrozu genç ve herhangi bir ek hastalığı olmayan kişilerde de sağ alt kadran ağrısının ayırıcı tanısında akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çekum nekrozu, iskemik kolit, rezeksiyon

Abstract

Although isolated cecal necrosis is generally seen in elderly patients, it is a very rare condition in adolescent patients and coexists with such systemic diseases as chronic heart disease, systemic infections, opportunistic fungal infections, hypovolemic shock, rheumatoid fever, and chronic renal failure.

A 36-year-old female patient, who had no known history of disease or previous surgical procedures, presented with complaints of pain in the lower right quadrant, nausea, vomiting, and loss of appetite for the last two days. Acute appendicitis surgery was planned for the patient in the light of physical examination and laboratory results. Isolated cecal necrosis was seen intraoperatively, thus partial cecal resection in the ischemic area and primary repair were performed.

Our case report reveals that isolated cecal necrosis should be taken into consideration in the differential diagnosis of pain in the lower right quadrant in young patients with no comorbid conditions as well, although almost all the cases presented in literature are cases of elderly patients with comorbid conditions.

Key words: Cecal necrosis, ischemic colitis, resection

Genel Tıp Derg 2018;28(4):165-167

Alınan: 05.12.2017 / 05.09.2018 / Yayınlanma: 20.12.2018

Yazışma adresi: Halil İbrahim Taşcı, Dr.Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

E-posta: okcu1@mynet.com

Giriş

Akut kolonik iske mi özellikle yaşlı hasta popülasyonunda sık görülen bir kolit sebebidir(1). İskemik kolit genelde ateroskleroz ve kan akımında azalmaya bağlı ortaya çıkar. Bununla beraber izole çekum nekrozu da genel olarak ileri yaş hastalarda görülmekle beraber oldukça nadir bir durumdur ve kronik kalp hastalığı, sistemik enfeksiyonlar, fırsatçı mantar enfeksiyonları, hipovolemik şok, romatoid ateş, kronik böbrek yetmezliği gibi sistemik hastalıklarla birliktelik gösterir(2,3).

Bu çalışmanın amacı literatürde bildirilen vakalardan

farklı olarak nadir de olsa bu hastalığın genç ve ek hastalığı olmayan bireylerde de görülebileceğinin ifade edilmesidir.

Olgu Sunumu

Daha önceden bilinen herhangi bir hastalığı ve geçirilmiş cerrahisi olmayan 36 yaşında kadın hasta 2 gündür olan sağ alt kadran ağrısı, bulantı-kusma ve iştahsızlık ile başvurdu. Hasta öz geçmişinde yaklaşık 10 yıldır iyi lokalize edilemeyen, stresli durumlar ve yemeklerden sonra, akşam saatlerinde artış gösteren kolik tarzda karın ağrısı ve tuvalet alışkanlığında düzensizlik gibi irritabl barsak sendromu ile uyumlu şikayetler tarif etmekteydi. Fakat

son 2 gündür olan ağrısı sağ alt kadrana lokalize olmuş, bulantı-kusma eşlik etmiş ve süreklilik arz etmeye başlamış. Yapılan fiziki muayenede sağ alt kadranda istemsiz defans ve rebound hassasiyeti vardı. Laboratuvar bulgularında tam kan sayımında lökositoz ve akut faz reaktanlarında yükselme saptandı.

Klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde, hastanın yaşının da genç olması göz önüne alınarak, herhangi bir radyolojik tetkik yapılmadı ve ön planda akut apandisit düşünülerek ameliyatı planlandı. Yapılan elliot kesisi ile batına girildi. Apendiks normal görünümdeydi. Çekum ön duvarda yaklaşık 3x3 cm lik alanın nekroze görünümde olduğu; fakat perfore olmadığı görüldü (Şekil 1). Etraf dokuda çok ciddi enflamasyon bulgusu olmaması, hastanın yaşının da genç olması göz önüne alınarak iskemik alana kısmi çekum rezeksiyonu ve primer onarım işlemi uygulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde herhangi bir problemi olmayan hasta 4. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Ameliyat sonrası dönemde, daha önceden tanısı konmamış sistemik bir hastalığı olabilir şüphesi ile yapılan detaylı incelemelerde de hastada herhangi bir ek hastalığa rastlanmadı.



Şekil 1. İzole çekum nekrozunun ameliyat görüntüsü.

Tartışma

Kolonik iskemik sebepleri okluziv ve nonokluziv olarak sınıflandırılabilir. Okluziv faktörler arasında ateroskleroz, tromboembolizm, venöz tıkanıklıklar, periferik arter hastalıkları, vaskülitler ve mekanik barsak tıkanıklıkları sayılabilir(4). Nonokluziv iskemik ise mezenter damarlar da vazokonstriksiyona sebep olan kan akımında azalma, küçük damar hastalıkları gibi durumlara bağlıdır ve daha çok kalın bağırsakta segmental tutulum ile sonuçlanır.

İzole çekum nekrozu çekal arterin aterosklerotik ya da tromboembolik tıkanıklığına bağlı gelişen, iskemik kolitin nadir bir şekli olup özellikle yaşlılarda görülür. Geçirilmiş açık kalp ameliyatı, kronik kalp hastalığı ve hemodiyaliz gibi vasküler yapıda bozulmaya ve hipotansiyona yol açan durumların izole çekum nekrozunun gelişmesinde rolü olduğuna inanılmaktadır(5). Literatürdeki bu bilgilerin aksine hastamız 36 yaşındaydı ve hiçbir ek hastalığı yoktu.

Bu bölgenin anatomik yapısı iskemi gelişiminde önemli rol oynamaktadır. İlioçekal bölgenin splenik fleksuraya benzer şekilde kan akımının komşu bağırsak anslarına göre daha az olmasının izole çekum nekrozu gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir(6). Çekumu besleyen damarların uç arter olması, çekumun geniş çapından dolayı kalın bağırsaktaki en uzun vaza rektaların bu bölgede bulunmasının izole çekum nekrozu gelişiminde rolü olduğuna inanılmaktadır (7). Laplace kanununa göre, geniş çapından dolayı bu bölge kalın bağırsakta basıncın ve duvar geriliminin en yüksek olduğu yerdir(8). Bu durumun da çekumda kan akımının azalmasında, dolayısıyla iskemiye meylin artmasında rolü olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında hastamızın özgeçmişinde bahsedilen irritabl bağırsak sendromunun çekumda kan akımının azalması ve izole çekum nekrozu gelişmesinde bir rolü var mıdır? Bu soruya cevap bulabilmek için çok sayıda benzer vakanın analizi gerekmektedir.

Hastalardaki en önemli başvuru şikayeti sağ alt kadrana ağrısıdır. Buna bulantı, kusma ve ateş de eşlik edebilir. Bu şikayetlerle başvuran ileri yaş hastalarda apandisit, divertikül perforasyonu, kolon maligniteleri, iskemik kolit, granümatöz bağırsak hastalıklarının yanı sıra izole çekum nekrozu da ayırıcı tanıda akla gelmelidir(9). Sunduğumuz bu olgu, genç hastalarda da izole çekum nekrozunun sağ alt kadrana ağrısı sebebi olabileceğini göstermektedir.

Radyolojik tetkikler genelde tanısal olmamakla beraber, bilgisayarlı tomografide çekum duvar kalınlığında artış, intramural kanama, mezenterik arterde trombüs, bağırsak duvarında gaz, özellikle gecikmiş vakalarda portal veya mezenterik vende hava, karın içi serbest sıvı ya da hava gibi bulgular olabilir(5). Sağ alt kadrana ağrısı ile gelen, özellikle yaşlı hastalarda ayırıcı tanı, cerrahi prosedürün planlanması açısından ayrıntılı radyolojik tetkikler yol gösterici olabilmektedir. Bununla beraber genç ve ek hastalığı olmayan kişilerde radyolojik tetkiklerin gerekliliği

tartışma konusudur. Biz de hastamızda gerek yaşı, gerekse herhangi bir ek hastalığı olmaması ve fizik muayene bulguları akut apandisit ile uyumlu olmasından dolayı herhangi bir radyolojik tetkik yapmadık.

Tedavinin temelini nekrotik bağırsak segmentinin çıkarılması oluşturmaktadır. Nekrozun boyutuna, peritonit bulgularına, hastanın yara iyileşmesini geciktirebilecek ek hastalıklarının varlığına göre yapılacak rezeksiyona karar verilmelidir(10). Sadece nekrotik bölgenin çıkarıldığı kısmi çekum rezeksiyonları ya da sağ hemikolektomi seçilebilecek cerrahi yöntemlerdir. Rezeksiyon işlemi laparotomi ya da laparoskopik şekilde uygulanabilmektedir(1,11). Biz de hastamıza nekrotik alanın sınırlı olması, çok ciddi enflamasyon bulgusu olmaması, hastanın yaşının genç ve yara iyileşmesini olumsuz etkileyecek bir ek hastalığı olmaması üzerine iskemik alanı içerecek şekilde kısmi çekum rezeksiyonu ve primer onarım işlemi uyguladık.

Her ne kadar literatürde sunulan vakaların tamamına yakını ileri yaş ve ek problemi olan hastalar olsa da sunduğumuz vaka göstermiştir ki izole çekum nekrozu genç ve herhangi bir ek hastalığı olmayan kişilerde de sağ alt kadranda ağrısının ayırıcı tanısında akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Perko Z, Bilan K, Vilovic K et al. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection. Coll Antropol 2006; 30: 937-9.
2. Özcan Ö, Ersöz F, Dönmez M, Şentatar E, Bektaş H, Sarı S, Arıkan S. Hemodiyalize bağımlı hastalarda izole çekum nekrozu: üç olgu sunumu. Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:120-5.
3. Flobert C, Cellier C, Berger A et al. Right colonic involvement is associated with severe forms of ischemic colitis and occurs frequently in patients with chronic renal failure requiring hemodialysis. Am J Gastroenterol 2000; 95: 195-8.
4. Schuler JG, Margaret M, Hudlin MM. Cecal necrosis: Infrequent variant of ischemic colitis. Dis Colon Rectum 2000; 43: 708-12.
5. Gundes E, Kucukkartallar T, Colak MH, Cakir M, Aksoy F. Ischemic Necrosis of the Cecum: A Single Center Experience. Korean J Gastroenterol 2013;61:265-9.
6. Yamazaki T, Shirai Y, Tada T, Sasaki M, Sakai Y, Hatakeyama K. Ischemic colitis arising in watershed areas of the colonic blood supply: a report of two cases Surg Today 1997; 27: 460-2.
7. Landrenau RJ, Fry WJ. The right colon as target organ of nonocclusive mesenteric ischemia. Arch Surg 1990; 125: 591-4.
8. Slam K, Calkins S, Cason F. Cecal perforation as an unusual presentation of pancreatic carcinoma. World J Surg Oncol 2007; 5: 14.
9. Gür EÖ, Acar T, Tavusbay C et al. Parsiyel Çekum Nekrozunda Parsiyel Rezeksiyonun Yeri (Olgu Sunumu). Kolon Rektum Hast Derg 2014;24:41-4.
10. John AS, Tuerff SD, Kerstein MD. Nonocclusive mesenteric infarction in hemodialysis patients. J Am Coll Surg 2000; 190: 84-8.
11. Dirican A, Unal B, Bassulu N, Tatlı F, Aydın C, Kayaalp C. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: a case series. J Med Case Rep 2009;3:7443-7.