ILEUS DUPLEX : BİR OLGU BİLDİRİSİ

Doç.Dr. Ertuğrul GÖKSOY, Dr. Kenan M. ULUALP, Uzm.Dr. A. Vedat DURGUN

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Alındığı Tarih: 15 Şubat 1990

GÖKSOY, E., ULUALP, K.M., DURGUN, A.V.: Ileus Duplex: Bir olgu bildirisi

Cerrahpaşa Tıp Fak. Derg, 22: 449 - 453, 1991

ÖZET

"Ileus duplex" pelvik apandisitde sekonder olarak gelişen pelvik abseyle ilgili nadir bir ileus tipidir. İnce barsağın abse duvarına yapışık olması ve rektosigmoid kolonun iltihab içersinde yer alması olayın başlıca iki özelliğidir. Bu yazımızda cerrahi olarak tedavi edilen ve nadir görülen bir "Ileus Duplex" olgusu sunulmuştur.

SUMMARY

ILEUS DUPLEX : A CASE REPORT

Ileus duplex is a rare type of ileus in relation to a pelvic abscess secondary to a pelvic appendicitis. Adherence of small bowel to the abscess wall and bathing of the rectosigmoid in pus are the two main components of the condition. In this article, a case of ileus duplex which was treated with surgery has been reported.

Ileus duplex, pelvik apendiks delinmesine bağlı olarak gelişen pelvik abse içinde, sigmoid kolon ve ileumun birlikte tıkanması sonucu ortaya çıkan çok nadir bir komplikasyondur (Sampson Handley'in Ileus duplex'i) (1, 9). Bu yazıda pelvik yerleşimli bir appendiksin delinmesi sonucu ortaya çıkan, başlangıçta hastanın yaşı itibarıyla tümör zannedilen, sigmoid ve ileal komponentli bir barsak tıkanması olgusu takdim edilmiştir. Bu nedenle de apandisit kökenli barsak tıkanmaları irdelenmiştir.

OLGU BİLDİRİSİ:

Müş.No.: 0-1320, M.A., 65 yaşında erkek.

Şikayeti: Konstipasyon, karın ağrısı.

Hikayesi : Bir hafta önce sağ alt kadrana lokalize karın ağrısı ve bulantı gelişen hasta, 3 gün sonra belirtilerin hafiflemesi üzerine rahatlamış. Ancak daha sonra başlayan konstipasyon hali giderek şiddetlenmiş. Buna son 24 saat içinde, dışkılama dürtüsüne karşın gaz ve dışkı çıkaramama ile şiddetle-

nip yaygınlaşan karın ağrısının da eklenmesi üzerine hasta 28.2.1989 tarihinde kliniğimize başvurarak yatırıldı.

Öz ve Soygeçmişi: Bir özellik bulunamadı.

Genel muayene: Hastanın nabzı ritmik ve dolgun olup 120/dk., TA: 130/80 mm Hg idi. Deri turgor ve tonusunda minimal azalma haricinde hastanın dolaşım, solunum ve boşaltım işlevleri olağan bulundu. Aksiller ve rektal ateş ölçümleri sırasıyla 37.8°-38.8° olarak bulundu.

Lokal muayene: Karın hafif distandü; palpasyonda her iki fossa iliaka ağrılı ve hassas, rebound tenderness negatif, müsküler defans belirsiz ve barsak sesleri minimal artmış olup, rektal tuşede sol taraf ağrılıydı.

Laboratuvar bulguları: Eritrosit 3.5000.000/mm^3, Hb 12.5 g/dL, Htc 34%, lökosit 10.000/mm^3 bulundu. Diğer olağan laboratuvar incelemelerinde bir patoloji bulunamadı.

Radyolojik incemelerde, çift kontrastlı kolon grafisinde rektosigmoid bölgede tıkanıklığa ait bulgular (Şekil 1A ve 1B), bilgisayarlı tomografide ise pelviste abse şüphesi uyandıran tümör imajı tespit edildi (Şekil 2).

Bu incelemeleri sırasında gerekli hazırlık tedavisi de uygulanan hasta barsak tıkanması öntanısıyla 1.3.1989'da ameliyata alındı.

Ameliyat: Sağ infraumbilikal paramedian kesiyle periton boşluğuna girildiğinde mezenter kıvrımlarının barsak kangallarıyla yapışıklıklar oluşturduğu rektovezikal poş içerisinde gelişen abse nedeniyle ileum kangallarının burada kümeleşerek plastron oluşturduğu görüldü. Plastron künt ve keskin disseksiyonla aşama aşama çözüldüğünde, appendiks vermiformis'in korpus kısmından perfore olmuş olduğu, ileocaecal valvül'den itibaren ileum 10, 30 ve 50. cm.lerinde yapışıklık ve torsiyonlar bulunduğu, peritoneal kıvrımdan yaklaşık 15 cm. proksimaldeki sigmoid kolon bölümünün kendi üzerine kıvrılmış ve yandaş oluşumlara yapışmış bulunduğu tespit edildi. Plastron duvarı olarak değerlendirilen doku frozen section ile incelemeye gönderildi; netice cerahat ve iltihap olarak bildirildi. Cerahatden kültür ve antibiyogram için örnek alındı. Appendiks mezosu bağlanıp kesildi; appendektomi yapıldı. Bu bölgeye ve kendi üstlerine yapışık olan ileum ve sigmoid kolondaki yapışıklar bridektomiyle ortadan kaldırıldı. Periton boşluğu bol serum fizyolojikle yıkandıktan ve hemostaz sağlandıktan sonra rektovezikal poş içersine 1 adet lastik dren kondu ve katlar anatomisine uygun olarak kapatıldı.

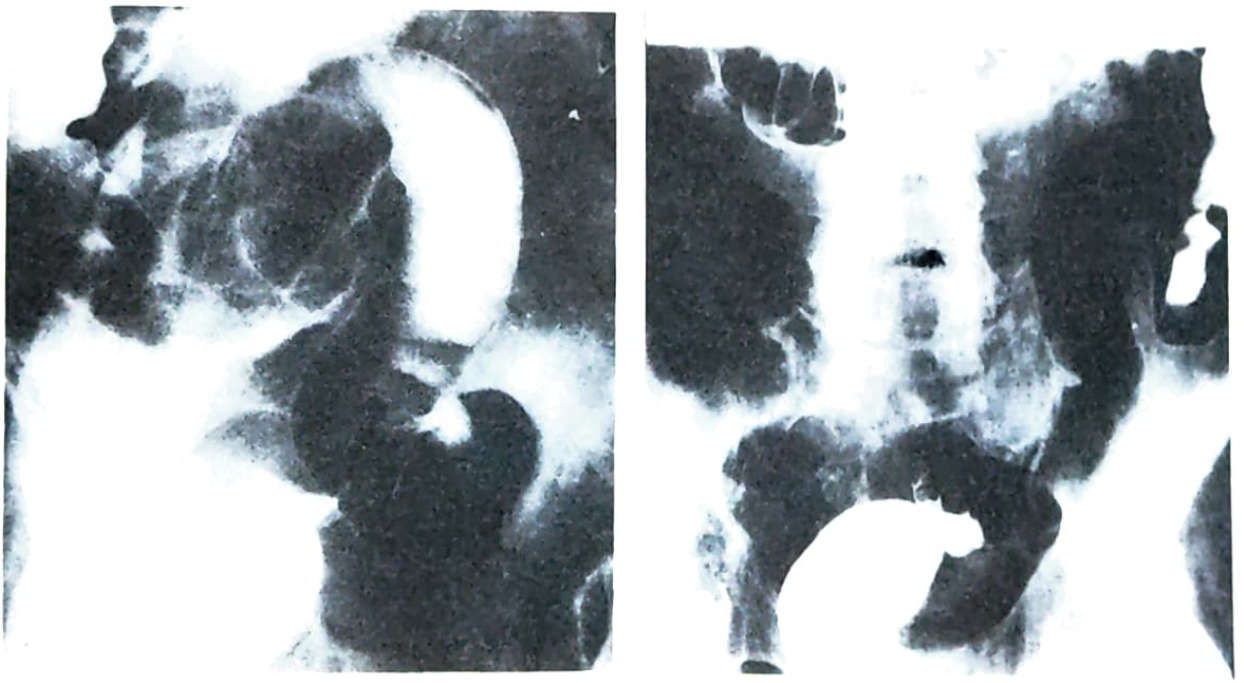
Postoperatif dönemde sıvı-elektrolit tedavisi yapıldı ve antibiyogram sonucu alınıncaya kadar hastaya mezlosilin-ornidazol tedavisi verildi. Antibiyogram sonucunda E.coli ve gram negatif enterik basillerin ürediği ve verilmekte olan antibiyotiklere duyarlı bulundukları tespit edildi. Aynı tedavi sürdürüldü. Postoperatif bir komplikasyon çıkmadı ve hastanın genel durumunda hızlı bir düzelme oldu. Dikişlerin alınmasıyla birlikte postoperatif 12 nci günde şifayla taburcu edildi.

İRDELEME

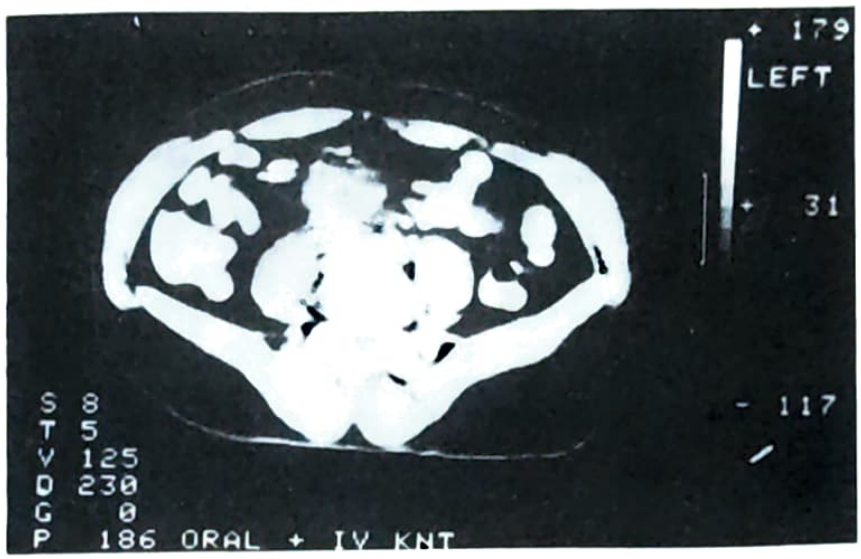
Pelvik apandisit delinmeleri, özellikle genç veya ileri yaş grubu hastalarda, ayırıcı tanısı çok güç, dolayısıyla da tehlikeli sonuçlara yol açabilen akut karın hadiselerinden biridir. Önceleri belirgin olan pelviperitonite ait belirtiler apandisitin perforasyonu sonrası sıklıkla belirsizleşme eğilimindedir(1, 4, 7, 9).

Akut apandisitte önceleri inflamatuvar olaya bağlı paralitik ileus dışında üç tip barsak tıkanıklığı gelişebilir(5, 8): İlk 3 günde ortaya çıkan ve multipl bridlere bağlı tıkanmalar; 6 ila 10 ncu günler arasında ortaya çıkan, tek bir barsak kangalındaki keskin açılanmaya bağlı tıkanmalar ilk iki grubu oluştururlar(1, 4, 7, 9). Üçüncü olarak; perforasyon sonrasındaki 3-5 gün içinde, önceleri yerel olan peritonit genel bir peritonite dönüşüp belirgin bir abse gelişebilir(2, 5). Pelvik abse, plastron appendiküler ve fibrinöz peritonit neticesi oluşan yapışıklıklar, dış bası ve açılanmalara bağlı barsak tıkanıklıkları gelişebilir(1, 3, 6, 8, 9). Bu tip olgularda pelvis boşluğunda

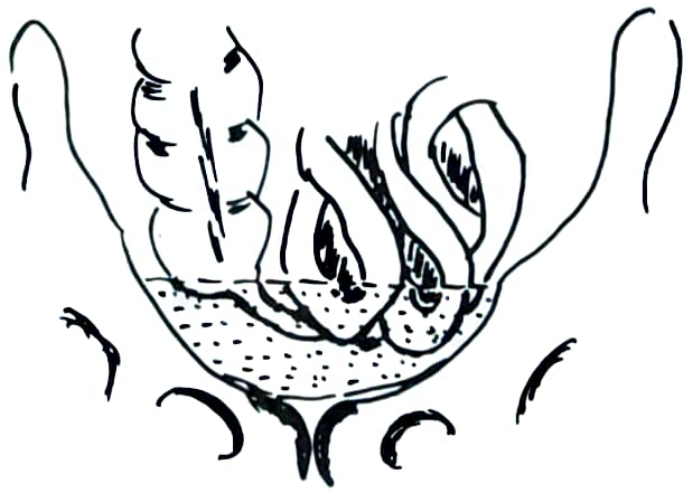
abseyle birlikte hem ileum hem de sigmoid kolon düzeyinde tıkanma olması halinde "İleus duplex"in varlığından söz edilir. İleus dupleksin gelişmesiyle birlikte hastada ek olarak kolik tarzında karın ağrıları, bulantı-kusma, meteorizm ve konstipasyon ortaya çıkar, lökositoz ve bacaklı tarzda 38°'ye yükselen ateş eklenir(4, 5, 8). Ayakta çekilen direkt karın grafilerinde "buzlu-cam görünümü" ve hava-sıvı düzeyleri, lavman opakla çekilen grafilerde ise rektosigmoid bölgede yukarıda sayılan nedenlere bağlı tıkanıklık sonucu dolma eksikliği bulunabilir(2, 4, 6, 8). Bilgisayarlı tomografik incelemelerde pelvis minoru dolduran cerahat ve içine sıkışmış barsak anslarını görmek mümkündür (Şekil 2 ve 3). Pelvik apandisit delinmesi sonucu ortaya çıkan ileus dupleksin tedavisi cerrahidir. Bu amaçla appendektomi, bridektomi ve drenaj yapılmalı, bunun mümkün olmadığı hallerde ileostomi veya laterolateral ileoransversostomi uygulanmalıdır. Olgumuzda karşılaşılan ileus dupleks'te sıklıkla eşlik eden "mesenterium commune (-mesenterium ileocolicum)" anomalisi söz konusu olmakla birlikte (1, 5, 6, 7) olgumuzda böyle bir anomaliyle karşılaşılmamıştır. Olgumuzda appendiks delinmesi neticesi gelişen pelvik abse, distal ileum kangalları ve sigmoid kolonda fibrinöz yapışıklıklara bağlı tıkanmalara neden olmuş ve ileus dupleks'e yol açmıştır. Bilgisayarlı tomografilerinde yüksek viskozitesi nedeniyle pelviste toplanan cerahatin neoplazik bir lezyon şüphesi uyandırması ve hastanın şikayetlerinin de çok açıklayıcı olmaması nedeniyle olgumuzun ayırıcı tanısında neoplazik lezyonlar da göz önünde bulundurulmuştur.



Şekil 1 A ve B - Çift kontrastlı kolon grafilerinde, rektosigmoid bölgedeki tıkanıklığa ait ön-arka ve yan planlardaki görüntüler



Şekil 2 - Bilgisayarlı tomografide pelviste abse görünümü.



Şekil 3 - Ileus duplex'in şematik görünümü

KAYNAKLAR

1 - **Alver, O., Perek, S.:** Ortak mezenter anomalisinin eşlik ettiği bir "Ileus Duplex" olgusu. Çağdaş Tıp Dergisi, 8:3005, 1981

2 - **Bekman, R.H.:** Apandisitin husule getirdiği oklüziyon müdahalesi. Şişli Çocuk Hastanesi Tıbbi Müsamere Kayıtları, 2:243, 1931

3 - **Bockus, H.L.:** Part II, Minor developmental anomalies of the colon. Clinical aspects. Gastroenterology, 3. baskı, 2. cilt, W. B. Saunders Co., Philadelphia, s. 32, 1976

4 - **Cope, Z.:** The early diagnosis of the acute abdomen. 4. baskı, Oxford University Press, London, s. 59, 1972

5 - **Dudley, H.A.F.:** Hamilton Bailey's Emergency Surgery, 10. baskı, J. Wright and Sons Ltd., Bristol, 1977

6 - **Evrensel, F.Ş.:** Müşterek bir mezenterium ileokolikum vakasında apandisit. Türk Tıp Cemiyeti Mec., 9:190, 1945

7 - **Evrensel, F.Ş.:** Mezenter komün anomalisi hakkında. Türk Tıp Cemiyeti Mec. 2:67, 1950

8 - **Harris, S., et al.:** Mechanical small bowel obstruction due to acute appendicitis: Review of 10 cases. Ann Surg., 164:157, 1966

9 - **Shepherd, J.A.:** A concise surgery of the acute abdomen. Churchill-Livingstone, Edinburgh-London-New York, 1975