

Sigmoid Kolon Volvulus'larında Tedavi Sonuçları

Dr. Sezai YILMAZ, Dr. İsmail KAYABALI

Özet: Üç hastane Genel Cerrahi Klinik'lerinde 1950-1986, 1979-1986 ve 1989-1992 dönemlerinde tedavi edilmiş olan 414 akut sigmoid kolon volvulusunun, 282'si erkek, 132'si kadın, yaş ortalaması 51 yıldır. Klinik belirti ve bulgular ortalama 3,6 günden beri bulunuyordu. Gelen hastaların %26'sında nüks vardı. Tipik radyolojik bulgular %81,6 oranında olumlu idi. 59 hastada sol kolon nekrozu saptandı. Tedavide 84 (%20) endoskopik detorsiyon, 94 (%23) acil sol hemikolektomi ve primer anastomoz, 23 (%6) çeşitli tipte barsak eksteriorizasyonları, 160 (%39) operatif detorsiyon, 22(%5) Hartmann operasyonu ve 31 (%7) diğer prosedürler uygulandı. Total mortalite %13,7'dir. Mortalitenin yüksek oluşunun sebebi, olguların 1/3'üne acil sol hemikolektomi yapılmış olmasındandır.

Anahtar Kelimeler : Sigmoid kolon volvulusu, Endoskopik detorsiyon, Sol hemikolektomi.

Sigmoid kolon volvulusu (SKV), birçok ülkede en sık görülen mekanik ileus tipidir. Daha önce yayınladığımız bir mekanik ileus serisindeki hastaların 1/3'ü SKV olduğu halde (1), Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da ancak %2-7,5 oranındadır (2). SKV, birçok 3. Dünya Ülkesi'nde prognosisi iyi hastalıklar arasında yer alır (1, 3).

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'nda 1950-1986 dönemi,

Ankara Numune Has. Genel Cerrahi Kl.
Ankara Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD.

Summary: RESULTS OF TREATMENT IN SIGMOID COLON VOLVULUS (Study of 414 cases treated by a variety of methods)

Of the 414 acute volvulus of the sigmoid colon cases admitted to three hospitals, through the years 1950-1986, 1979-1986 and 1989-1992, there was 282 males and 132 females, furthermore the mean age was about 51 years. Clinic signs and symptoms were exist since 3,6 days on an average and recurrence rate was found to be 26 per cent. The 81,6 per cent of the cases revealed typical roentgenogram findings and 59 cases were associated with colonic necrosis. Treatment constituted of 84 (%20) endoscopic detorsioning, 94 (%23) emergency left hemicolectomy and primery anastomosis, 23 (%6) various types of bowel exteriorization, 160 (%39) simple laparotomy with manual colonic detorsioning, 22 (%5) Hartmann operation and 31 (%7) other procedures. While total mortality was about 13,7 per cent, this high rate was referred to perform emergency colonic resection to one-third of the cases.

Key Words: Volvulus of the sigmoid colon, Endoscopic detorsioning, Left hemicolectomy.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'nda 1979-1986 dönemi ve Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri'nde 1989-1992 döneminde tedavi edilen toplam 414 hastanın retrospektif bir incelemesidir. Bu yazıda klasik text-book bilgileri verilmemiş, yalnız tanı ve tedavi sonuçlarımız tartışılmıştır.

MATERYAL

Bu seriyi oluşturan 414 hastanın, 282'si erkek (%68), 132'si kadındır (%32). Yaş ortalaması

Tablo I: Serimizde kullanılan tedavi yöntemleri ve sonuçları.

Tedavi Yöntemi	Olgu Sayısı	Oranı (%)	Eksitus Sayısı	Mortalite (%)
Endoskopik Detorsiyon	84	20	3	3.5
Operatif Basit Detorsiyon	160	39	12	7.5
Primer Rezeksiyon + Anastomoz	94	23	17	18
Rezeksiyon + Hartmann Operas.	22	5	6	27.2
Paul + Miculiez Eksterioriz.	23	6	10	43.4
Detorsiyon + Fiksasyon	31	7	9	29
TOPLAM	414		57	13.7

51, nüksle gelen hasta oranı %26'dır.

Klinik belirti ve bulgular, en erken 2 saat, en geç 15 günden beri kendini belli etmiştir, ortalama süre 3,6 gündür.

Ayakta yapılan boş karın filmlerinde, literatürde %35-70 olmasına karşın (2,4), %81,6 oranında tipik SKV görünümü vardı.

TEDAVİ SONUÇLARI

A. Kanlı ve kansız tedavi girişimleri sırasında, 59 hastada (%14,2) sol kolon nekrozu bulunduğu belirlendi.

B. Bu seride uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları Tablo. 1'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Akut SKV'larında düşünülmesi gereken bazı önemli faktörler vardır:

A. "Volvulus Kuşağı" olarak adlandırılan, Doğu Avrupa, Ortadoğu, Afrika, Güney ve Güney-Doğu Asya, Pasifik Adaları, Orta ve Güney Amerika'da akut SKV insidansı yüksektir. Bu ülkelerdeki besin biçimi, fazla posalı (Sellülozlu) yemekler yenmesi ve genetiksel olarak kişilerin sigmoid kolonlarının uzun oluşu, insidansı yükselten en önemli faktörlerdir (1-9).

B. Buna karşılık, neoplazmalar, bu ülkelerin dışında kalan yerlerde, sol kolon ileuslarının önde gelen sebebidir. Maligniteye bağlı sol

kolon obstürksiyonları, daha çok 50' yaş sonrası görülür (Geriatrik yaş) (5, 10-12).

C. 3. Dünya Ülkeleri'nde SKV, orta yaşlar ve yeni yetişenlerde sık rastlanan bir mekanik ileus tipidir, ancak gelişmiş ülkelerde ise SKV daha ileri yaş hastalığıdır (1, 10, 13;17).

Ç. SKV'nun prognozu kötüleştiren faktörler şunlardır:

1. Hastalarda sık görülen konstipasyon yüzünden tanının geç konması,
2. Birlikte bulunan ve genellikle sistematik olan başka hastalıklar,
3. İskemi, nekroz ve perforasyona yol açabilen ileri derecede kolon dilatasyonları.

D. Tedavi: SKV tedavisinde kanlı ve kansız yöntemler tartışılabilir:

1. Endoskopik (Kansız) detorsiyon: Bu yöntemle, birçok cerrahi merkezde başarılı sonuçlar alınmaktadır (5, 10, 11, 18, 19). Dicle Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD'na ait materyalimiz arasında bulunan 84 hastada bu yöntem ile %90,9 başarı alındı, morbidite %5,2, mortalite %3,5'tur (3 eksitus). Hastaların %5,8'inde ise, teknik yetersizlik sebebiyle başarı elde edilemedi. Bu yöntem, yüksek oranda şifa sağlamasına karşılık, sol kolon nekrozu bulunan hastalarda uygulanamaz (2, 4). Ayrıca yayınlanan serilerde %42 ile 90 arasında geliştiği bildirilen NÜKS'leride engelleyemez (15, 20). Serimizde nüks oranı %42'dir. Kanımıza göre endoskopik detorsiyonun tek endikasyonu, sol kolon nekrozu bulunmayan yorgun

hastaları elektif cerrahi girişime hazırlamak için zaman kazanmaktır. Çünkü standart bir ilke olarak, SKV'nda endoskopik redüksiyondan sonra hastayı hazırlayıp, elektif cerrahi girişimi (Sol hemikolektomi) yapmak şarttır (7).

2. Cerrahi (Kanlı) girişimler: Acil cerrahi girişimler, endoskopik detorsiyonun yapılamadığı (başarısızlık, imkansızlık veya endikasyon olmayışı) durumlarda sözkonusu olur. Tanı gecikmeleri veya genel durumun bozuk oluşu, cerrahi tedavi riskini artıran en önemli faktörlerdir. Böyle hastalarda, yüksek riskli radikal girişimler yerine, az riskli ve hayat kurtarıcı basit girişimleri kullanmak en doğru tutum olur.

Eğer hastalarda kolon nekrozu varsa, cerrahi tedavi morbiditesinin %60, mortalitesinin ise %20-75 olacağı bildirilmiştir (2, 12, 17, 20). Bizim serimizde bu tip hastalarda cerrahi mortalite %36'dır.

Bazı araştırmacılar sol kolon nekrozu bulunan durumlarda eksteriorizasyonu önerirler (5, 11, 14, 20). Serimizin daha önceki yıllara ait bölümlerinde Paul-Miculicz tipi bir eksteriorizasyon genellikle tercih edilmiştir. Bu prosedürde eksterioze kolon yeni bir cerrahi girişime gerek kalmadan kolayca kapatılabilir (1). Gangrene SKV olgularında Paul-Miculicz eksteriorizasyonla %27 mortalite oranları bildirilmiştir (5). Bizim bu prosedür uygulanan olgularımızda mortalite oranımız, %43,4'tür. Mortalitemizin yüksek oluşu bu yöntemin, çok yüksek riskli hasta grubuna uygulanmasından kaynaklanmaktadır. Bu tip girişimin, sol hemikolektomi olgularında, distal barsağın kısa kalması nedeniyle eksteriorize edilememesi gibi teknik zorlukları da mevcuttur (2).

Operatif basit detorsiyon, sürekli başarı vermeyen bir yöntemdir, çünkü nüks, hemen hemen kaidedir. Bu nüks, ameliyatı izleyen ilk 2 ay içinde ve %17-60 oranında ortaya çıkar (8, 12, 21). Materyalimizde basit operatif detorsiyonlarla nüks oranı %50'dir. Bu yüz-

den, bu gibi hastalar sol hemikolektomi için hazırlanmalıdır. Fakat bunların çok az bir bölümü, ikinci bir girişimi kabul eder. Serimizdeki hastaların ancak yarısı, radikal cerrahi girişimi kabul etmiştir.

SKV'larında, primer rezeksiyon + anastomozun mortalitesi, hastalar tam bir şekilde hazırlanmadan, acil koşullarda ameliyat edilmişse ortalama %30'dur (%12-60) (2, 9, 22). İlk serimizde %11 olan (3) toplam mortalitemizin, bu seride %18'e yükselmesi bu yolla açıklanabilir. Ancak intraoperatif kolonik lavaj (4, 23), Coloshield (24) vs. gibi uygulamalar, sol hemikolektomi (acil) + primer anastomoz konusunda ceraset verici gelişmelerdir. Hazırlanmamış kolonlarda, çeşitli risk faktörlerinin yokluğunda, primer anastomozun uygulanabileceği son yılların üzerinde durulan konularından biri olmuştur (25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).

Aynı şekilde, ilk serimizdeki kolon rezeksiyonlarının mortalitesi %17,1'i iken (3), ikinci ve bu son seride mortalite %23,7 olmuştur. Çünkü "EKONOMİK" denen yetersiz rezeksiyonlardan sonra, artmış ödem ve kolon dilatasyonu, sütür yetersizliği sonucu genel peritonitise sebep olmaktadır. Mortaliteyi artıran bir diğer faktörde genç cerrahların gece gelen acil SKV olgularında seçici olmadan "primer rezeksiyon + anastomozu tercih etmeleridir. Multipl transfüzyonlar, hiperalbuminasyon, sıvı ve elektrolit dengesinin kurulması ve korunması biçiminde yapılan iyi bir hazırlama ile sol kolonun mümkün olduğu kadar uzun bir bölümünün rezeksiyonu (üst rezeksiyon sınırının ödemsiz bölgeden geçmesini sağlamak için) radikal cerrahi girişimde başarı sağlamak için gereklidir (12, 13, 21).

Bazı merkezlerde primer anastomozu korumak için, bir dekompresyon kolostomisi öngörülür. S. Belgerden, önerdiği ilginç bir modifikasyon ile 12 hastadan oluşan serisinde hiç mortalite görmediğini bildirdi (4). Fakat bu metod, her hastada uygulama yeri bulamaz. Biz sol hemikolektomi + primer anastomozdon

Tablo II: Sigmoid kolon volvulusunda mortalite bakımından çeşitli araştırmacıların verdikleri sonuçlar.

Yazar	Yıl	Olgu sayısı	Mortalite (%)	Ülke
F.Drapanas (32)	1961	110	84	ABD
I. Kayabali (1)	1961	153	11	Türkiye
K.D.Wuepper (19)	1966	63	44,1	ABD
E.S.R.Hughes (11)	1966	127	12	Avustralya
J.R.Hines (21)	1967	45	40	ABD
M.M.L.Sutcliffe (12)	1968	33	33	İngiltere
R.S.Sinha (16)	1969	211	10,9	Hindistan
G.Spay (17)	1974	69	28	Afganistan
A.Yaycıoğlu (33)	1974	17	29,4	Türkiye
B. Savan (14)	1976	450	12,2	Türkiye
H.Ezici (34)	1977	30	9	Türkiye
G.H.Ballantyne (35)	1982	600	19,7	ABD
I. Kayabali (3)	1983	91	20	Türkiye
O. Bulut (20)	1986	31	3,2	Türkiye
S. Belgerden (4)	1987	12	0	Türkiye
N. Kama (25)	1992	53	9,4	Türkiye
Serimiz	1992	414	13,7	Türkiye

sonra sistematik olarak anal dilatasyon yapıp, bir rektal tüp koyuyoruz. Bu yolla dekompresyon kolostomisine gerek kalmamaktadır. Sonuçlarımız cesaret vericidir.

Bu serideki toplam mortalitemiz, %13,7'dir. Daha önceki serilerimize göre bu oran düşüktür. Bunda, pre ve postoperatif reanimasyon tedavisinde kaydedilen gelişmelerin payı büyüktür.

Sonuç olarak akut SKV tedavisinde stratejimiz şu biçimde sıralanabilir:

1. Eğer gerekli kondisyon ve endikasyonlar varsa, öncelikle endoskopik (kansız) detorsiyon uygulanmalıdır. Endoskopik girişimle başarı alınmıyorsa, basit operatif detorsiyon yapılır. Hastanın genel durumu gözönüne alınarak, çeşitli risk faktörlerinin yokluğunda acil sol hemikolektomi + anastomoz planlanabilir.

2. Hasta bundan sonra radikal girişim (sol hemikolektomi) için gereği gibi hazırlanarak ameliyata alınır.

3. Eğer hasta sol kolon nekrozu ile gelmişse, acil eksteriorizasyon yöntemleri ve periton drenajı yapılmalıdır.

Bu tedavi stratejisi birçok merkezlerde başarıyla uygulanmaktadır (1, 3, 11, 20). Elektif cerrahi için yeterli lokal ve genel hazırlık yapılırsa acil girişimlerin mortaliteside azalacaktır.

Bu kısa incelemeden çıkan ilginç bir sonuç, Batı'nın gelişmiş ülkelerinde, SKV'nun mortalitesinin ortalama %40 (mortalite, yandaş sistemik hastalıklara bağlanır), 3. Dünya'nın gelişmekte olan ülkelerinde mortalitenin çok daha düşük olduğudur. Çünkü SKV'nun adeta "EPİDEMİK" biçimde yaygın olduğu bu ülkelerde cerrahlar bu konuda çok daha fazla deneyim sahibidirler (Tablo II).

KAYNAKLAR

- Kayabalı I: Volvulus du colon sigmoide: Resultats du traitement, statistique de 153 cas. Lyon Chir., 1961; 57: 32-39.
- Gibney EJ: Volvulus of the sigmoid colon. Surgery, 1991; 173: 243-255.
- Kayabalı I, Zayıfoğlu H, Acar H, Kayabalı M: Volvulus du colon sigmoide. Reflexions sur une serie de 91 cas. Lyon Chir., 1983; 79: 365-366.
- Belgerden S, Başar Y, Kurtoglu M, Acarlı K: Sigmoid kolon volvulusunun tek seanslı tedavisinde definitif cerrahi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 1987; 3: 57-60.
- Anderson JP, Lee D.: The management of acute sigmoid volvulus. Brit. J. Surg., 1981; 101: 69-79.
- Brussgaard C: Volvulus of the sigmoid c lon and its treatment. Surgery, 1947; 22: 466-478.
- Kayabalı I, Baç B, Keleş C: Reduction endoscopique (non-sanglante) du volvulus du colon sigmoide. Etude d'une serie de 84 cas. Lyon Chir., 1986; 82: 128-130.
- Andersen DA: Volvulus of the sigmoid colon. Br. Med. J., 1968; 1: 765-768.
- Werthin MG, Aufres AH: Management of volvulus of the colon. Dis. Col. Rec., 1978; 21: 40-45.
- Alighazi SH, Wollf WL: Treatment of volvulus of the colon by colonoscopy. Ann. Surg., 1976; 183: 263-265.
- Hughes ESR: Mortality of acute large-bowel obstruction. ER. J. Surg., 1966; 53: 593-594.
- Sutcliffe MML: Volvulus of the sigmoid colon. Am. J. Surg., 1968; 55: 903-910.
- Chiedozi ZC, Aboh LO, Piserchia NE: Mechanical bowel obstruction; review of 316 cases in Benin City. Am. J. Surg., 1980; 139: 398-399.
- Svan B, Karakoç Y, Deneçli AG: 450 sigmoid volvulus vakasında tedavi. ATATURK Ün. Tıp Fak. 1. Kongre kitabı, 1976, Sa: 56-62, Erzurum.
- Shephard JJ: The epidemiology and clinical presentation of sigmoid volvulus. Brit. J. Surg., 1969; 56: 353-359.
- Sinha RS: A clinical appraisal of volvulus of the pelvic colon with special reference to aetiology and treatment. Brit. J. Surg., 1964; 56: 838-840.
- Spay G: 69 cas de volvulus aigues du colon sigmoide traites chirurgicalement. Lyon Chir., 1974; 70: 27-29.
- Starling JR: Initial treatment of sigmoid volvulus by colonoscopy. Ann. Surg., 1979; 150: 36-39.
- Wuepper KD, Ottemen MG, Stahlaren CH: An appraisal of the operative and nonoperative treatment of sigmoid volvulus. Surg. Gynecol. Obstet., 1966; 122: 84-88.
- Bulut O, Sayek I, Onat D: Treatment in volvulus of the colon. Ulusal Cerrahi Dergisi, 1987; 2: 44-49.
- Hines JR, Genaking RE, Boss RT: Recurrence and mortality rates in sigmoid volvulus. Surg. Gynecol. Obstet., 1967; 124: 567-570.
- String ST, Decosse JJ: Sigmoid volvulus; an experimentation of the mortality. Am. J. Surg., 1971; 121: 293-297.
- Gürel M, Alıç B, Baç B and others: Intraoperative colonic irrigation in the treatment of acute sigmoid volvulus. Br. J. Surg., 1989; 76: 957-958.
- Ravo B: Colorectal anastomotic healing and intracolonic bypass procedure. Surg. Clin. North Am., 1988; 68 (6): 1267-1294.
- Doğru O, Karaayvaz M, Yılmaz S, Kama NA: Sigmoid volvulusun cerrahi tedavisinde primer rezeksiyon-anastomoz. 9. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongre Kitabı, 1991, Sa: 181, Nevşehir.
- Arnsperger RC, Helling TS: An evaluation of results of colon anastomosis in prepared and unprepared bowel. J. Clin. Gastroenterol., 1988; 10 (6): 638-641.
- Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, Cohn I: Surgical management of the acutely obstructed colon. Am. J. Surg., 1988; 156: 163-168.
- Ridgeway CA, Frame SB, Rice JC and others: Primary repair vs. colostomy for the treatment of penetrating colon injuries. Dis. Col. Rect., 1989; 32 (12): 1046-1049.
- Goodall RG, Park M: Primary resection and anastomosis of lesions obstructing the left colon. Canadian Journal Surgery, 1988; 31 (3): 167-168.
- Amsterdam E, Krispin M: Primary resection with colocolostomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. Am. J. Surg., 1985; 150: 558-560.
- Deutsch AA, Zelikovski A, Sternberg A, Reiss R: One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. Dis. Col. Rect., 1983; 26 (4): 227-230.
- Drapanas F, Stewart JD: Management of acute sigmoid volvulus Am. J. Surg., 1961; 101: 70-77.
- Yaycıoğlu A, Tatlıcıoğlu E, Gökçora İH: A clinical investigation and choice of treatment in seventeen sigmoid colon volvulus cases. Ank. Ün. Tıp Fak. Mec., 1974; 28: 501-516.
- Ezici H, Bilgin I, Akınoğlu A: Sigmoid volvulus. Çukurova Ün. Tıp Fak. Derg., 1977; 2: 49-55.
- Ballantyne GH: Review of sigmoid volvulus. History and results of treatment. Dis. Col. Rect; 1982, 25: 494-501.