

Sigmoid Kolon Volvuluslarında Primer Rezeksiyonun Değerlendirilmesi

Dr. Ahmet KUŞDEMİR, Dr. Hakan DEMİREL, Dr. Yusuf AKİF AKGÜN,
Dr. Buğra KAPTANOĞLU, Dr. Tuğbay TUĞ, Dr. Vehip ARIKAN, Dr. Kemal ALTAY

Özet: Sigmoid kolon volvulusu, yüksek mortalite ve nüks riskleriyle birlikte, yetişkinlerde halâ intestinal obstrüksiyonun önemli bir sebebidir.

Etiyolojisinde olduğu gibi tedavisinde de tam bir fikir birliği yoktur.

Kliniğimizin yaklaşımını ortaya koymak amacıyla, 1973-1991 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 93 sigmoid kolon volvulusu olgusunu inceledik.

Retrospektif olarak incelediğimiz 93 sigmoid kolon volvulusu olgusundan 69'una detorsiyon, 23'üne ilk se-
ansta primer rezeksiyon + uç uca anastamoz, 1 olguya da exteriorizasyon uygulandı. 69 olguluk grupta % 11.59 (8 olgu), 23 olguluk grupta ise % 8.69'luk (2 olgu) mortalite oranları tesbit ettik.

Elde ettiğimiz bulguları literatür bilgileri ışığında sunduk...

Anahtar kelimeler: Volvulus, sigmoid kolon.

Bir barsak bölümünün, uzunlamasına olan ek-
seni boyunca kendi üzerinde burularak, dolaşı-
mının bozulması, her iki barsak ucunda kısmı
veya tam bir tıkanma meydana getirerek, kapalı
ans obstrüksiyonu oluşturmasına volvulus
denir.

Tüm intestinal obstrüksiyonların sebepleri ara-
sında volvuluslar, batından doğuya doğru gidil-
dikçe artan oranlarda sorumlu olmaktadır. Batı
Avrupa ve ABD'lerinde kalın barsak tıkanmalarının
%1-7'sini teşkil ederken, Güney Amerika,
Güney Asya ve Afrika'nın bazı bölümlerinde çok
daha sıktır (1).

Sigmoid kolon volvulusu, sebepleri birden fazla,
muhtemelen anatomik bir temele dayanan, idi-

Summary: APPRECIATION OF PRIMARY RE-
SECTION IN SIGMOID COLON VOLVULUS

Volvulus of sigmoid colon, with its high mortality
and recurrence rate, is still an important reason of in-
testinal obstruction in adults.

Either in its etiology or in its management there is no
common idea.

We observed 93 patients with sigmoid colon volvulus
who were operated between 1973-1991 to suggest our
clinical approach. In 93 sigmoid volvulus cases which
were reviewed retrospectively, we made detorsion in
69, primary resection and end to end anastomosis in
23 during primary operation and exteriorisation in 1
case. In 69 cases group we found 11.59% (8 cases) and
in 23 cases group 8.69% (2 cases) mortality rates.

We present our findings in light of literatural knowl-
edge...

Key words: Volvulus, sigmoid colon.

yopatik sayılabilen, dünya çapında önemli bir
hastalıktır (1,2).

Genellikle yaşla oranlı olarak insidansı artar.
Fazla posalı gıda alınan coğrafi bölgelerde,
bakım evlerinde bulunan yaşlı kimselerde ve
psikiyatri hastalarında daha sık görülür.

Volvulus gelişebilmesi için: 1- Periton boşluğu
içinde serbestçe hareket edebilen bir barsak böl-
ümü mevcut olmalı.

2- Bu serbest bölümün sabit uçları birbirine
yakın olmalıdır.

Bu iki özelliği birden taşıması nedeni ile sigmoid
kolon volvulus olaylarının en sık görüldüğü yer-
dir.

Sigmoid kolon volvulusları aniden ortaya çıkan,
bulantı, kusma, kolik tarzında karın ağrısı ve

gaz gaita çıkaramamayla kendini belli eden, tedavisine erken geçilmediği takdirde mortalitesi oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Bu hastalıkta mortalite değeri yaklaşık %35 civarında olup özellikle gangren gelişen olgularda ve /veya renal, kardiyovasküler ve solunum sistemiyle ilgili ek patolojileri olanlarda yüksektir.

MATERYAL ve METOD

Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde 1973-1991 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 93 sigmoid kolon volvulusu olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Dosya taramasıyla elde ettiğimiz bulgular istatistik yöntem olarak "t" testiyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Olgularımızdan 76'sı erkek, 17'si kadın idi. En genç hastamız 16 yaşında, en yaşlı hastamız 88 yaşında olup, yaş ortalaması 61'dir.

Olgularımızın yaş dağılımı tablo I'de gösterilmiştir.

Tablo I: Olgularımızın yaş dağılımı.

0-20 YAŞ	4	OLGU	%	4.30
20-40 YAŞ	6	OLGU	%	6.45
40-60 YAŞ	29	OLGU	%	31.18
60-80 YAŞ	50	OLGU	%	53.76
80-100 YAŞ	4	OLGU	%	4.30

Olgularımızın yandaş hastalıkları tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II: Olgularımızın yandaş hastalıkları.

HİPERTANSİYON + ASKH	24	OLGUDA	%	25.8
KOAH	15	OLGUDA	%	16.1
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	3	OLGUDA	%	3.22
PARAPLEJİ	2	OLGUDA	%	2.15
DEBİLİTE	3	OLGUDA	%	3.22

Olgularımızın kaçınıcı torsiyonları olduğu tablo III'te gösterilmiştir.

Tablo III: Olgularımızın torsiyon sayısı.

5. TORSİYON	2	OLGU	%	2.15
4. TORSİYON	2	OLGU	%	2.15
3. TORSİYON	5	OLGU	%	5.3
2. TORSİYON	24	OLGU	%	25.8
1. TORSİYON	60	OLGU	%	64.5

Olgularımızdan 64'üne laparotomi + detorsiyon, 23'üne ilk seansta primer sigmoid kolon rezeksiyonu + uç uca anastomoz, 1 olguya da exteriorizasyon şeklinde operasyon uygulanmıştır.

Olgularımıza uyguladığımız operasyonlar tablo IV'te gösterilmiştir.

Tablo IV: Olgularımıza uygulanan operasyonlar.

AMELİYAT	ERKEK	KADIN	TOPLAM	ORAN
DETORSİYON	58	11	69	% 74.2
PRİMER REZEKSİYON	18	5	23	% 24.7
EXTERİORİZASYON	-	1	1	% 1.1

Primer olarak rezeksiyon uyguladığımız olgularımızın kaçınıcı kez torsiyon geçirdikleri tablo V'te gösterilmiştir.

Tablo V: Primer rezeksiyonluların torsiyon sayısı.

5. TORSİYON	1	OLGU	%	4.3
4. TORSİYON	1	OLGU	%	4.3
3. TORSİYON	2	OLGU	%	8.6
2. TORSİYON	8	OLGU	%	34.7
1. TORSİYON	11	OLGU	%	47.8

Detorsiyone edilen 69 olgumuzdan, 3 olgu böbrek yetmezliği ve üremi, 3 olgu peritonit, 2 olgu da kardiyovasküler sistem yetmezliği neticesi, ilk seansta primer rezeksiyon uyguladığımız 23 olgudansa 1 olgu sütür yetmezliği ve peritonit, 1 olgu da kalp yetmezliği neticesi kaybedilmiştir.

Olgularımızın mortalite oranları tablo VI'da gösterilmiştir.

Tablo VI: Olgularımızın mortalite oranları.

OPERATİF YÖNTEM	Operasyon Sayısı	Mortalite	Oran
DETORSİYON	69	8	11.59
PRİMER REZEKSİYON	23	2	8.69
EXTERİORİZASYON	1	-	0
TOPLAM	93	10	10.75

p> 0.05

TARTIŞMA

Sigmoid kolon volvulusları, etyolojisi gibi tedavisi konusundaki görüşlerin de kesinlik kazanmadığı bir hastalıktır. Bu hastalıktaki en büyük problemler, hastalığın yüksek oranlarda nükse meyilli olması ve bu hastalığın büyük bir çoğunluğunda yaşla paralel artan oranlarda önemli yandaş hastalıkların bulunmasıdır. Özellikle bu

yandaş hastalıklar operasyon riskini artırdığı için konservatif tedavi arayışlarını çoğaltmıştır.

Sigmoid kolon volvuluslarının tedavisini iki grupta toplayabiliriz. 1- Medikal Konservatif Tedavi

2- Cerrahi Tedavi

1- Medikal Konservatif Tedavi: Halâ, yüksek operatif mortaliteye sahip olan sigmoid kolon volvuluslarında ilk seçenek olarak önerilmektedir.

Proktoskopi aracılığıyla rektal tüp konması, serum fizyolojik lavmanı, baryum ve gliserin lavmanı bazı serilerde %76 gibi yüksek oranda cerrahi girişime gerek kalmadan durum düzeltilebilmiştir (3). Sroujeh ve arkadaşları sigmoidoskopiyle %60 hastada detorsiyon elde etmişlerdir (4). Erken nüksü önlemek için rektal tüp 48 saat kadar yerinde bırakılmalıdır.

Konservatif yöntemlerle detorsiyon sağlanan olguların yakın bir zaman içerisinde (2-3 hafta) elektif rezeksiyona hazırlanmasında yarar vardır. Çünkü bu olgularda nüks %33-60 civarındadır (3).

Bu konservatif yöntemlerin dışında Salim, perkütanöz deflasyonu takiben elektif olarak bandajla kolopeksi tatbikini önermektedir. Acil deflasyon denenen tüm olgularda elektif ameliyata kadar gerekli dekompresyonu sağladığını bildirmektedir (5,6).

2- Cerrahi Tedavi: Eğer konservatif tedaviler durumu düzeltmezse veya hastada gangren geliştiğine dair bir şüphe mevcutsa vakit geçirmeden laparotomi yapılır. Laparatomideki tabloya göre operatif yöntem seçilir.

Acil girişimde ve elektif olarak operasyona hazırlanan sigmoid kolon volvuluslarında cerrahi tedavi seçenekleri şunlardır.

a- Detorsiyon

b- Detorsiyon + Sigmapeksi ve/veya mezoplikasyon

c- Primer Rezeksiyon + Uç uca anastomoz

d- Exteriorizasyon

e- Hartman Operasyonu

f- Primer Rezeksiyon + Uç uca anastomoz + Proksimal kolostomi

g- Sekonder Rezeksiyon

Detorsiyon, basit, süratli ve az travmatik bir operasyondur. Ancak genel durumu bozuk ve gangrensiz olgularda uygulanmalıdır. Nüks ihtimali yüksektir. Detorsiyona kolopeksi ve /veya mezoplikasyonu ekleyen müelliflerde vardır. Salim, perkütanöz deflasyondan sonra bandajla kolopeksiyi savunmuş ve rezeksiyon yapılan olgularla arasında nüks açısından fark olmadığını ve mortalitesinin çok düşük olduğunu bildirmiştir (5). Vasil'ev ise detorsiyon ve/veya detorsiyon + sigmapeksi uyguladığı olgularda %20.5 nüks ve %13.2 mortalite oranı, yine Öncü ve arkadaşları palyatif girişim yapılan olgularda %30 nüks bildirmiştir (7,8). Bizim detorsiyon uyguladığımız olgularda da %11.59 mortalite tesbit ettik.

İlk seansta primer rezeksiyon + uç uca anastomozu savunan müellifler, volvuluslu kolonun normale göre daha kalın duvarlı olduğunu, sütür koymanın ve manüplasyonun kolay olduğunu, deneyimli bir cerrahın elinde güvenle yapılabileceğini savunmuşlardır (9). Vasil'ev 87 olguluk primer rezeksiyon + uç uca anastomoz yaptığı seride mortaliteyi %13.7 olarak bildirmiştir (8). Bizim serimizde de primer rezeksiyonlu olgularımızda mortalite %8.69 bulunmuştur.

Exteriorizasyon ve Hartman girişimi acil müdahale edilmiş, özellikle gangren gelişmiş veya gangrene gidiş olan olgularda uygulanmalıdır. Bunlarda ileri tarihlerde yapılacak ikinci bir girişimle kolostomi kapatılarak pasaj temin edilebilir. Biz kliniğimizde genel durumu bozuk ve detorsiyon sonrası hastaneden taburcu olmadan tekrar torsiyon gelişen bir hastamıza lokal anestezi altında exteriorizasyon uyguladık ve üç ay sonra yine lokal anesteziyle kolostomisini kapattık. Barsak nekrozu gelişen olgularda rezeksiyon ve Hartman girişiminin başarılı sonuçları bildirilmiştir (1,7).

İlk seansta primer rezeksiyon + uç uca anastomozu transvers kolondan eklenen proksimal bir kolostomi, anastomoz hattının daha güvenli olmasını ve ikinci girişimin daha basit bir hale gelmesini sağlaması dolayısıyla tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Sekonder rezeksiyon, konservatif yöntemlerle veya palyatif girişimle düzeltilen hastaların belirli kolon hazırlığı yapıldıktan sonra elektif olarak sigma rezeksiyonu + uç uca anastomoz ya-

pılmasıdır. Bugün için savunulan yöntem budur.

Kliniğimize başvuran perforasyon ve gangren düşünmediğimiz bütün olgulara öncelikle lavman ve rektal tüple konservatif tedavi denemektir. Buna rağmen düzelmeyen olgulara acil cerrahi girişimde bulunuyoruz. Olgularımızdan 69'una laparotomi + detorsiyon uyguladık ve 8 olgumuzu postoperatif dönemde kaybettik (%11.59). 23 olgumuza ise primer rezeksiyon + uç uca anastomoz uyguladık ve bu olgularımızdan ise 2'sini (%8.69) kaybettik. Operasyon uyguladığımız tüm volvuluslu hastalarda total mortalitemiz 10 (%10.75) olup literatür verilerinden yüksek değildir. Daha basit ve risksiz olan detorsiyonu uyguladığımız olgularımızda mortalitemizin daha yüksek olmasını o hastaların preoperatif genel durumlarının daha bozuk olmasına ve yandaş hastalıklarının mevcudiyetine bağlamaktayız. Primer rezeksiyon uygulanan hastalarda etraf dokular kompreslerle kirlenmekten iyi korunursa, anastomoz hattı gergin olmadan ve vaskülarizasyonu bozulmadan anastomoz yapılabilirse girişimin oldukça güvenilir olacağı kanaatindeyiz.

Bugün için ehil ellerde sigmoid kolon volvuluslarının büyük bir kısmının konservatif yöntemlerle, özellikle sigmoidoskopi ve rektal tüp yoluyla detorsiyonu mümkün olmaktadır. Genel olarak

otörler önce cerrahi olmayan yaklaşımla detorsiyonu, daha sonraki bir tarihte elektif cerrahi müdahaleyi önermekte, ancak konservatif yöntemle redüksiyonu yapılamayan ve gangren şüpheli olgularda acil cerrahi girişimle sigma rezeksiyonu ve kolostomi önermektedirler (1,2,7,10).

Ameliyata gerek kalmadan konservatif tedaviyle düzelen hastaların yüksek nüks nedeniyle elektif cerrahi girişime tabi tutulmaları yararlıdır. Ancak özellikle yaşlı hastalarda sonradan yapılan böyle bir müdahalenin de %15'lik bir mortalitesinin olması hastaların çok dikkatli seçilmesi gerektiğini göstermektedir. Genel durumu iyi olmayan hastaların nüks meydana gelene kadar izlenmesi herhalde en akılcı yol olacaktır (3).

Sonuç olarak tüm hastalara öncelikle konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesinin ve bu yolla düzelen ve özellikle bir veya birkaç kez nüks etmiş olguların elektif müdahaleye hazırlanmasının, acil cerrahi girişim gereken olgulardan gangrenli olanlara exteriorizasyon veya Hartman girişiminin yapılmasının, gangrenli olmayan bir kezden fazla nüks etmiş, genel durumu uygun olgulara primer rezeksiyon + uç uca anastomozun, gerekirse proksimal bir loop kolostomi ile birlikte veya kolostomisiz uygulanmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Jones, S. T., Fazio, V. W.: Colonic volvulus. etiology and management. Dig. Dis. 1989; 7 (4): 203-9.
2. Gibney, E. J.: Volvulus of the sigmoid colon. Surg. Gynecol. Obstet. 1991; 173 (3): 243-55.
3. Arnold, G. J., Nance, F. C.: Volvulus of the sigmoid colon. Ann. Surg. 1973; 177: 527-37.
4. Sroujeh, A. S., Farah, G. R., Jahaiti, S. K., El-Muhtaseb, H. H., Qudah, M. S., Abu-Khalaf, M. M.: Volvulus of the sigmoid colon in Jordan. Dis. Colon Rectum 1992; 35(1): 64-8.
5. Salim, A.S.: Management of acute volvulus of the sigmoid colon: a new approach by percutaneous deflation and colopexy. World J. Surg. 1991; 15 (1): 68-73.
6. Salim, A. S.: Percutaneous deflation and colopexy for volvulus of the sigmoid colon: a new approach. J. R. Coll. Surg. Edinb. 1990; 35 (6): 356-9.
7. Öncü, M., Pişkin, B., Çahk, A., Yandı, M., Alhan, E.: Volvulus of the sigmoid colon. S. Afr. J. Surg. 1991; 29 (2): 48-9.
8. Vasiliev, I.T.: Results of the treatment of patients with torsion of the sigmoid. Khirurgiia 1990; 9: 102-8.
9. Faranisi, C. T.: An approach to the management of volvulus of the sigmoid colon. Cent. Afr. J. Med. 1990; 36 (2): 31-3.
10. Alaoui, M., Bennani, S., Zerouali, O. N.: Volvulus of the sigmoid, review of 38 cases. J. Chir. 1990; 127 (11): 542-6.