

DUODENUM DİVERTİKÜLLERİ

(Bir Olgu Nedeniyle)

Dr. Cansaran Ağaoğlu (x)
Dr. Mete Kesim (xx)

ÖZET

Oldukça nadir görülen ve değişik klinik tablolarla kendini gösteren bir patoloji olan duodenum divertiküllerinin tanısı ve özellikle cerrahi tedavi yöntemleri karşılaştığımız bir olgu nedeniyle tartışılmıştır.

GİRİŞ

Chomel, 1710 yılında 80 yaşında bir kadın hastanın otopsi sırasında ilk kez duodenum divertikülünü saptayarak bildirmiştir. Forsell ve Key, 1915 de radyolojik tanıyı takiben cerrahi olarak tedavi ettiler (1).

Gastrik divertiküllerde olduğu gibi duodenum divertikülleride primer ve sekonder olarak sınıflandırılırlar. Sekonder veya yalancı divertiküller genellikle çevre dokulardaki iltihabi lezyonların neden olduğu çekilmeler sonucu oluşurlar ve duodenumun tüm tabakalarını kapsar. Primer olanlar ise özellikle itilme divertikülleridir ve duodenumun adale tabakası arasındaki zayıf noktalardan mukozanın ve bazanda serozayıda ihtiva edecek şekilde dışarı

çıkması ile oluşur. % 30 dan fazla bir sıklıkla kolon divertikolozisi ile birlikte görülür (1,2).

Klasik kitaplarda, genellikle yukarı gastro-intestinal sistemin rontgen tetkiki yapılan olgularının %1 de divertikül olduğu bildirilmektedir (3) Duodenum divertikülleri sıklıkla duodenumun ikinci kısmında ve konkav yüzünde görülür. (3)

Genellikle semptom vermezler. Tespit edilen bulgular peptik ulser, pancreatit, kolesistit gibi patolojilerin belirtileridir. Nonspesifik olarak dispepsi, epigastriumda ağrı görülebilir.

Rutin gastrointesinal sistem muayeneleri sırasında rastlanılan ve semptom vermeyen divertiküllere te-

(x) Ata. Üni. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Uzmanı

(xx) Ata. Üni. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Uzmanı

davi gereksizdir. Komplikasyonlarında ve inatçı ağrılarda ameliyat endikedir.

Oldukça ilginç bir klinik tablo

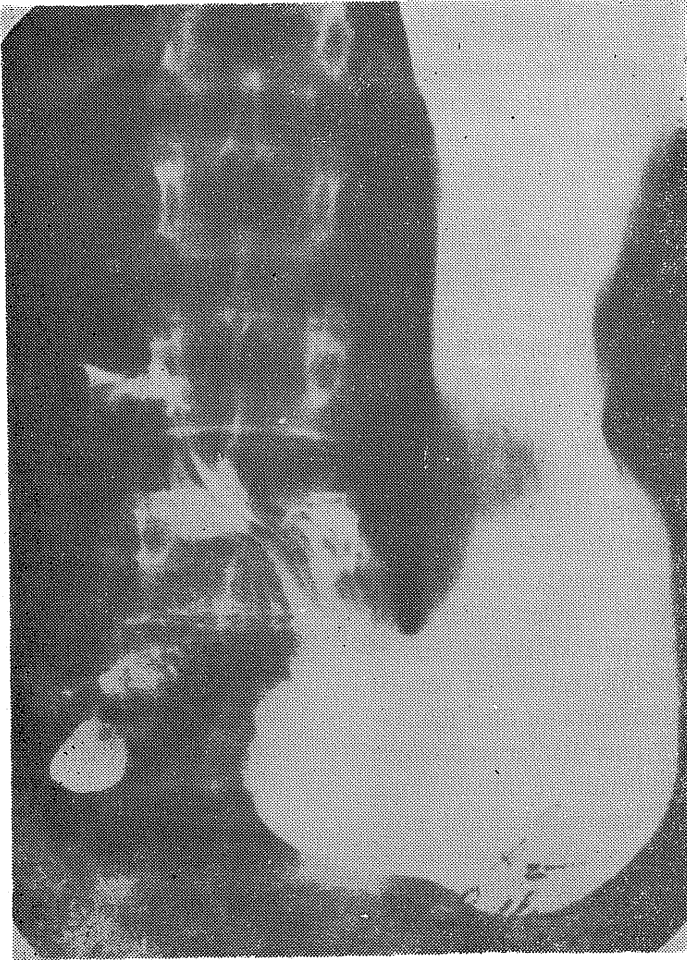
gösteren ve peptik ülser şüphesi ile çekilen baryumlu grafide rastlanılan duodenum divertiküllü bir hastamızı burada tanıtmayı uygun bulduk.

OLGU SUNUMU

Z.K. 23 yaşında, Kadın, Prot: 5847/754

Karnında ağrı, iştahsızlık, halsizlik, hazımsızlık, zaman zaman karnında şişme olması şikayetleri ile kliniğimize 10. 3. 1978 günü yatırıldı. Öyküsün-

den, üç yıldan beri bu ağrılarının olduğu, özellikle yağlı, yumurtalı gıdalar dan sonra arttığı zamanla sırtına vurduğu, şişkinlik olduğu, yediği yemekleri hazmedemediği, son zamanlarda iştahının azaldığı, zayıfladığı, bir çok



Resim: I- Mide-Duo. grafisinde baryum geçtikten sonra diver tikülün görünüşü

kez mürücaat ettiği hekimlerce ülser tedavisi gördüğü, öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinden; bekar adetlerini normal gördüğü, iki yıl önce tonsillektomi, üç yıl öncede appendektomi geçirdiği anlaşıldı.

Fizik Muayene: T.A: 100/60 mm Hg., N: 96/dk, A: 36 7 C Genel Durumu; iyi, renk soluk, dil hafif paslı, Dolaşım ve Solunum sistemleri normal, Sindirim sistemmi: Karın yumuşak, Karaciğer, dalak ele gelmiyor, epgastriumun sağında palpasyonla hafif hasasiyet var, Rektal tuşe normal, Diğer sistemlerde normal.

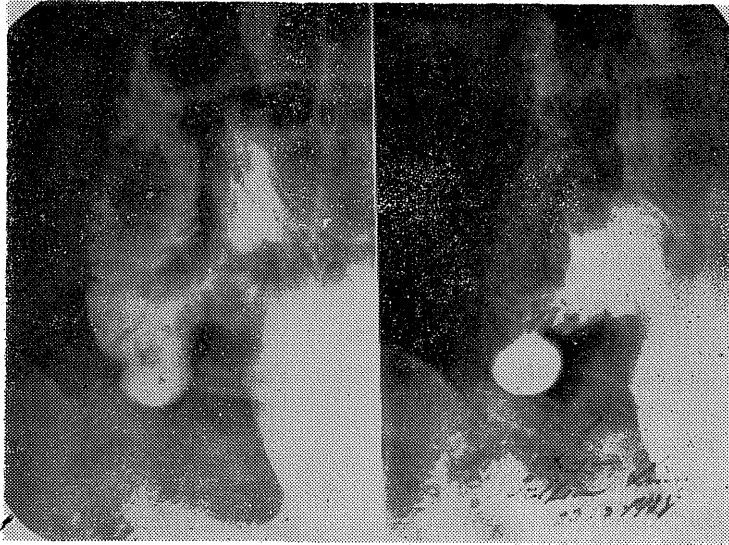
Labaratuvar Bulguları: H.b. 13,8 g BK: 4500, NPN: 18, 72/100 mg. Bilüribin ve diğer karaciğer fonksiyon testleri normal. İdrar: Dan. 1020, Mik. 8-10 epitel diğer bulgular normal. Mi de total asidi 32 Meq/lt., Serbest asit yok.

Radyolojik Tekkikler: Baryumlu

mide ve duodenum grafisinde; muhtemelen III. kısımda 1-1, 5 cm. çaplarında dar bir boyunla barsağa bağlanan dolma fazlalığı mevcut (Resim: I,II). İV kolastografi normal.

Hastanın şikayetlerinin devam etmesi ve kendisini rahatsız etmesi nedeniyle ve rızasıyla 13.3.1978 günü ameliyata alındı. Ameliyatta, mide safra kesesi, ve diğer organlar normaldi. Bulbusta patoloji yoktu.

Duodenum Kocher manevrası ile mobilize edildi. III cü kısmın başlangıcında, konveks yüzünde ve arkaya doğru 1,5 cm. çapında divertikül bulundu. Dikkatle serbestleştirildi. Boyun kısmı oldukça dardı (Resim: III) Kese transvers bir inzizyonla açıldı. İçi safra doluydu. Duodenumun içi gözlemlendi. Kese eksize edilerek iki tabaka halinde kapatıldı. Ameliyat sonrası iyi geçen hasta 8. günde taburcu edildi. Patolojik teşhisi Divertükülit olarak geldi (Prot: 475/78).



Resim: II- Duodenum spotlarında divertikülün görünümü



Resim: III: Ameliyat esnasında serbestleştirilen divertikülün görünüşü

İRDELEME (TARTIŞMA)

Duodenum divertiküllerinin sıklığı doğruyla saptamak oldukça güçtür. Harold Edwards, 9631 röntgen tetkikinde 82 olgu saptamıştır. Whitcomb ve Henry Ford Detroit Hastahane sinde bir milyon baryumlu grafide %1,064 lük bir sıklık bildirmişlerdir (1).

İlginç bir özellik otopsi serilerde %10 a varan sıklıkla görüldüğüne ilişkin raporlardır (1). Bu zıtlık divertikülleri röntgenolojik olarak demonstre edebilmenin zorluklarındandır. Bir de duodenum divertiküllerinin yaşam boyu nadir belirti vermeleridir.

Patolojik anatomik çalışmalarda divertiküllerin tek veya çoğul olabildikleri gösterilmiştir. Multibl olarak görülmesi %10 oranındadır (1). Duodenum divertikülleri 30 yaşından önce nadirdir. Beals, 34 olgulu seri sinde yaş ortalamasını 53,3 olarak

vermiştir. her iki sekste eşit olarak yayılır (1).

Duodenumun I. kısmında görülmesi çok nadirdir. Hatta görüldüğünde bunun peptik ülser veya kolesistit sonucu oluşan yapışıklıklardan geliştiği kesinlikle söylenebilir (4). Aynı şekilde III. ve IV. kısımlardada nadirdir. Bizim olgumuzda duodenumun III. kısmının başlangıcında ve konveks yüzünde görülmüştür. Halbuki literatürde % 70 olguda II. kısımda ve duodenumun konkav tarafında, mesenterik kısmın aşağı kanarına yakın yerinde, pancreatik ve bilier kanalların proksimalinde görüldüğü bildirilmektedir. (1,3). Sadece %5 olguda konveks yüzedir (1).

Çeşitli kaynaklarca bildirilmesine karşın divertikülün komplikasyonları oldukça nadirdir. Basınca veya iltihaba bağlı olarak meydana gelirler

Sarılık, kolanjit, akut ve tekrarlayan pankreatit ve duodenum obstrüksiyonu gibi komplikasyonlar basınç nedeniyle oluşurlar. İltihap; ülserasyon ve kanamaya neden olur. Buna bağlı olarak perforasyon ve internal fistül gelişebilir. Amerikan ve Avrupa literatürlerinde 1969 yılına kadar 56 parfore olmuş olguya rastlanılmıştır (2,5).

Divertiküller tipik semptom vermezler. %10 olguda nonspesifik epigastrik semptomlar bulunur (3). Gerçekten bizim hastamızda epigastriumda ağrı, iştahsızlık, dispepsi, çeşitli yemeklerin dokunması gibi bazan peptik ülser bazanda kolesistopati şikayetleri vardı.

Divertikülün boyun kısmı dar ve aşağı doğru sarkmışsa gıda maddelerinin birikimi sonucu divertikülit meydana gelir. (4). Bizim olgumuzda divertikül kesesinin içi safra ile doluydu ve divertikülit vardı.

Perforasyon, kanama gibi ciddi komplikasyonlardada tipik tablo yoktur. Duodenal ülser perforasyonu, akut kolesistit veya pancreatite benzer. Kesin tanı ancak laparotomi ile konulur (3).

Ameliyat öncesi teşhisi yukarı gastrointestinal sistemin baryumlu grafisi ile konulur. Duodenum kenarında yuvarlak, muntazam hudutlu gölge şeklinde görülür (Bak, Resimli ve II) Eğer divertikülit varsa kenarlar düzenini kaybeder. Duodenum boşaldıktan sonra yuvarlak gölgenin devam etmesi divertikül tanısını doğrular (4). Perforasyon halinde retroduodenal duvarda hava görülmesi tipiktir (2,5).

Divertikül günlük gastrointestinal muayeneler sırasında görülmüş ve herhangi bir semptoma yol açmamışsa yerine de bırakılır. Şayat belirsiz yukarı abdominal şikayetlerle beraber diğer nedenler (peptik ülser, kol esistopati, pankreatit hatta appendisit) araştırılarak elemine edilmeye çalışılır. Tüm araştırmalar negatif çıkıyorsa ve fakat semptomlar devam ediyorsa, hastada ameliyatı istiyorsa cerrahi girişime karar verilir (1).

Ameliyatta duodenum koher manevrası ile dikkatle mobilize edilir. Kenarları taranır. Bazı olgularda divertikül bilyer ve pankreatik kanallara yapışık olabilir. Bu durumda kese dikkatle serbestleştirilir ve medialden transvers bir pencere açılarak ampula vateri gözlenir, papiller oluşumların koledogun supraduodenal kısmından kanal ve duodenum içine uzunca bir T tüpü konur. On gün kadar bırakılır (1,3,5).

Kesinin içeriye invagine edilmesi sonradan obstrüktif lezyonlara neden olacağından tavsiye edilmez. Ancak Ferguson ve Cameron barsak duvarındaki adele lezyonunu tamir edip, mukozal kısmı içeri invagine ettikleri olgularda herhangi bir komplikasyon görmediklerini bildiriyorlar (1).

Divertikül pancreas dokusuna fazla girmişse bu kısımda yaralanma olabilir. Bu nedenlerle divertikül çıkarılmaz ise yan-yan duodenojejunotomi yapılır veya duodenotomi yapılır, kese lümen içine invagine edilerek kesilir ve burada duvar dikilir (1,3).

Perfore olmuş divertiküllerde iltihabi değişiklikler veya abseye giden patolojilere rastlanır, böyle olgularda

gastrojejunostomi ve drenaj tavsiye ediler. Wilkinson ve Grenaey perforasyonlu iki olguya bilroth II ameliyatı yaptılar. Desmond ve Heald tüp duodenostomi ve kombina gastro

jejunostomiyi denediler (2).

Biz, kendi olgumuzda koçher manevrası ile duodenumu serbestleştirip, transver bir insizyonla keseyi çıkardık ve duvarı iki kat dikiş ile tamir ettik.

SONUÇ

Ameliyattan sonra sonuç gayet iyidir. Ancak komplikasyonlu olgularda tanıdaki güçlükler, tedavideki

gecikme nedeni ile morbidite ve mortalite yükselmektedir (3).

SUMMARY

"DUODENAL DİVERTİKULAS"

(Report one case)

The diagnosis of duodenum diverticulas, that appear rearly and inva-

rious clinical pictures has been discussed were especially in the protect of surgical treatment.

KAYNAKLAR

1- Maingot, R.: ALDOMİNAL OPERATION, p. 133- 142, Sixth ed., Vol. I., Chapter 7, Appleton Centry Crafts, New York, 1974..

2- Francis, J., Sally ,S., William, S.: Surgical Management of Perforatid Duodenal Diverticula. The American Journnal of Surgiry, Vol. 128. 120- 107, July, 1974.

3- Storer, H. Edward: "Small İntestine" p 100-1101, Editör: Sch

wartz, I. Seymour: PRİNCİPLES OF SURGERY, Second Ed. Vol. 2, Chapter 27, Mc Graw Hill Book Company, New York, 1974

4- Bumin, O: SİNDİRİM SİSTEMİ CERRAHİSİ. 10109-111, 4. B., Cilt 1, Güven Kitapevi, Ankara, 1974.

5- Blomstatdt, B. Holm: Treatment of Perforated Duodenal Diiverticula, Report of Case, Acta. Chir, Seend., 138: 211, 1972.