

MECKEL DİVERTİKÜLÜ KOMPLİKASYONU (3 Vaka Nedeniyle)

Dr. Mete KESİM (x)
Dr. Şaban ÇORUH (xx)
Dr. Durkaya ÖREN (xxx)
Dr. Ahmet DEMİRCAN (xx)
Dr. Doğan MERMİ (xx)

ÖZET:

Bu makalede Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1982-1984 yılları arasında ameliyat edilen komplikasyon yapmış 3 Meckel divertiküllü vaka yayınlandı. Bununla ilgili literetür gözden geçirildi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Akut karın sendromu tanısıyla acil cerrah girişim uygulanmış üç ayrı meckel divertikülü komplikasyonu literatür ve genel bilgilerin ışığı altında sunulmuştur.

Meckel divertikülü çeşitli komplikasyonlara neden olan ince barsakların en sık görülen hakiki bir divertikülüdür.

İnfanthların yaklaşık % 2'sinde ompholo-mezenterik kanalın intraabdominal kısmının total veya parsiyel olarak mevcudiyeti sonucu oluşan konjenital bir anomalidir.

İlk kez 1809 yılında Johann Meckel tarafından tanımlandığı için bu isimle anılır (1).

Meckel divertikülü, ileumun antimezenterik kenarında 1-12 cm. uzunluğunda poş şeklinde bir teşekküldür. Divertiküllerin % 90'ı ileocecal valv'den itibaren 100 cm. içinde lokalizedir. % 10 oranında göbekte fibroz bir bant aracılığıyla iştiraklidir. Geriye kalan % 90'ında ise divertikülün apeksi serbest olarak mobildir. (2,3)

x: Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

xx: Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

xxx: Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yard. Doçenti.

Meckel divertikülü, barsak duvarının tüm tabakalarını içeren hakiki bir divertiküldür. Semptomatik olanların yaklaşık % 50 sinde heteropatik doku saptanmıştır. Pariyetal hücre ihtiva eden gastrik mukoza en çok rastlanılan heterotopik dokudur ve olguların % 80'ini oluşturur. Daha az sıklıkla pankreas, kolonik ve duodenal mukoza veya jejunal tip bulunmuştur.

Eskiden meckel divertikülünün yaşamın bir döneminde % 25 oranında semptomatik olabileceğine inanılırdı. Şimdi ise bu oranın % 4,2 olduğunda birleşmiştir. Semptomlar geliştiğinde hastaların en az yarısı 10 yaşın altında, % 80'i ise de 30 yaşın altındadır (1,2,3,4).

Meckel divertikülü çoğu kez başka bir neden için yapılan laparatomilerde rastlantı olarak bulunur. Yaptığı komplikasyonlara göre semptom ve bulgular verir. En çok görülen komplikasyonu, divertikülün akut inflamasyonudur. İnflamasyonun nedeni, yabancı cisim inkarserasyonu, veya gastrik mukozanın mevcudiyeti sonucu ülserasyordur. İnflamatur proces divertikülün akut perforasyonu ile neticelenebilir. Bu komplikasyonu adult hastada akut appendisitiden ayırd edilemez. İkinci önemli komplikasyonda kanamadır. Divertiküldeki ektopik mide mukozasından salgılanan asidpepsin sekresyonu ile oluşan peptik ülser nedeni ile dir. Erkeklerde daha sık rastlanılan bir komplikasyondur. Preoperatif olarak tanı ancak Radiotechnicum verilmesini müteakip alınan abdominal scan ile konulabilir. Adultlarda görülen en sık komplikasyon ise mekanik intestinal obstrüksiyon yapmasıdır. Bu, Divertikül ile karın duvarı, göbek veya mezenter arasında konjenital bir band etrafında barsağın king yapması veya volvulusundan meydana gelir. Intestinal obstrüksiyon nadiren de divertikülün başlattığı invaginasyon sonucu da olabilir. Ayrıca, göbek fistülü, tümör, litre fitiği, umbilical sinus ve divertikülün neden olduğu malabsorbsiyon sendromunda komplikasyonları arasında bildirilmiştir (1,2,3,5,6).

Vaka Bildirimleri

Vaka I. N. A. 11 yaşında erkek hasta Prot. No. 590/596, Erzurum.

Karın sağ alt kadranda ağrı, bulantı kusma şikayetleri ile yatırıldı. Fizik muayenede: Dil paslı, karın sağ alt kadranda paspasyonla hassasiyet ve adele direnci, rebound tenderness (+) olarak bulundu. Barsak sesleri hipokinetik idi. Rektal muayenede duglas hassas olarak bulundu.

Laboratuvar muayenelerinde; Lökosit 5200 mm³. Ayakta düz karın grafisinde akut appendisiti telkin eden bulgular saptandı.

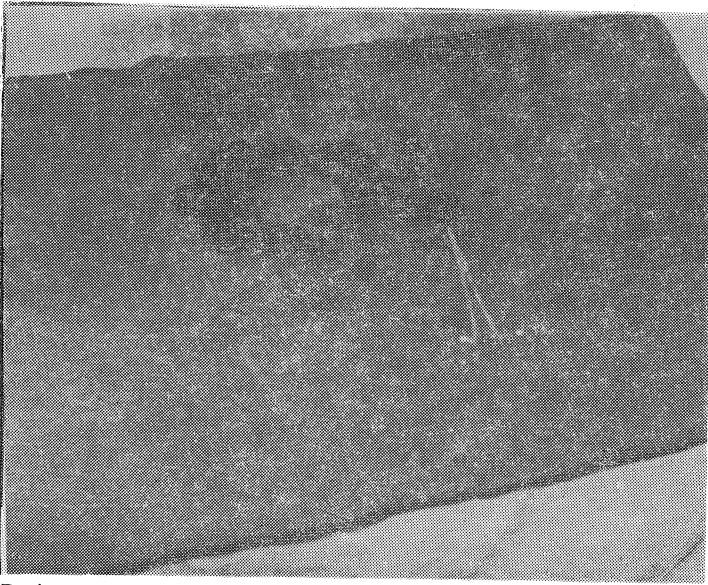
Hasta akut appendisit ön tanısıyla genel anestezi altında ameliyata alındı. Eksplozasyonda appendix normal olarak bulundu. İleocecal valve'den itibaren 50 cm. lik ileum kısmı gözlendi. Meckel divertikülünün akut inflamasyonu saptandı. Divertikülü içine alacak şekilde segmenter ileum rezeksiyonu yapıp uc-uca ağzlaştırıldı. Ameliyat sonrası 9. günde şifa ile çıkarıldı.

Vaka II. C.K. 27 yaşında erkek hasta, Prot. no. 10933/10934. Erzurum.

Karın ağrısı, bulantı-kusma, barsak hareketlerinde durgunluk şikayetleriyle yatırıldı. Hikayesinden şikayetlerinin üç gün önce başladığı öğrenildi.

Fizik muayenede; Turgor tonus azalmış, T.A. 110/70 mmHg Nb. 120/dk. Ateş 37.9 C idi. Dil kuru ve paslı, karında distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Rebaund tendrness (+), barsak sesleri yoktu. Rektal tuşede rektum boş olup duglas hassas olarak tesbit edildi.

Laboratuvar muayeneleri: Hb. 16.6 gr. lökosit 8000/mm³ idrar proteini (+++), kan üresi 115.88 mg./100 ml., kreatinin 3.3 mEq/lt., kan şekeri 115 mg. olarak bulundu. Ayakta düz karın grafisinde ince barsaklara ait yaygın gaz-sıvı düzeyleri vardı. Hasta bu bulgularla mekanik intestinal obstrüksiyon tanısıyla genel anestezi altında ameliyat edildi. Explarasyonda ileocecal valve'den itibaren yaklaşık 70 cm. lik ileum kısmında nekroz mevcuttu. Araştırmada ileocecal valve'den yaklaşık 50 cm. lik mesafede meckel divertikülü tesbit edildi. Divertikülün ucu ile ileum mezosu arasında bir band ve bunun etrafında ileumlar 360 derece torsiyone idi. Nekroze ince barsak kısımlar rezeke edilerek ileri derecede generalize peritonit ve hastanın genel durumunun iyi olmaması nedeniyle tek uclu ileostomi yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Rezeke edilen ileum anısı ve meckel divertikülü resim 1 de gösterilmiştir.



Resim : 1- Meckel Divertikülü ve Nekroze ileum Anısı

Ameliyat sonrası dönemde hastanın genel durumu düzeldi. Yara enfeksiyonu gelişti. Yara bakımı ile geçştirildi. Hasta ameliyatının 20. ci gününde çıkarıla-

rak iki ay sonra ileostomi tamiri için gelmesi önerildi. Bilahare ileostomi tamiri yatırılarak uç-yan ileo-transvers anastomos yapıp ameliyat sonrası 10 cu günde şifa ile çıkarıldı.

Vaka III. M.K., 55 yaşında erkek hasta. Prot. No. 13279/13280. Erzincan.

Karın ağrısı, bulantı-kusma, yüksek ateş, iştahsızlık yakınmaları ile kliniğimize yatırıldı. Hikayesinden yakınmalarının 8. gün önce başladığı ve son 4. gündür fazlaştığı öğrenildi.

Fizik muayenede: T.A. 90/60 mmHg., Nb. 128 Dk., Ateş 37.8°C., genel durum bozuk dudaklar siyanoze, turgor-tonus ileri derecede azalmış, dehidratasyonun tüm klinik bulguları mevcuttu.

Sindirim sistemi muayenesinde; Dil kuru ve pashlı, karın solunuma katılmıyordu. Karında yaygın defans ve hassasiyet mevcut olup rebound tenderness (+) ve barsak sesleri yoktu. Rektal tuşede duglas hassas olarak bulundu.

Laboratuvar muayenelerinde: Hb. 18.6 gr., Bk. 13800/mm³., NPN. 265 mgr. kreatinin 6.5 mgr./%, AKŞ. 164 mgr./100 ml., Na. 122 mEq/lt., K. 3.9 mEq/lt., Cl. 108 mEq/lt., idrarda protein (+++), mikroskopide mebzul lokosit vardı.

Ameliyat öncesi kısa bir hazırlık döneminden sonra, ileum perforasyonu ön tanısıyla genel anestezi altında ameliyata alındı. Göbek üstü ve altı median kesi ile karına girildi. Karında bol miktarda ileum muhtevası ve cerehat vardı. Barsak ansları arasında abse odakları, generalize peritonit mevcuttu. İleocecal valve'den 50 cm. proksimalde perfore olmuş meckel divertikülü saptandı. Karın içerisi temizlendi abse odakları drene edildi. Meckel divertikülünü içine alacak şekilde loop ileostomi yapıldı. Duglas'a dalak lojuna, sub hepatic sahaya drenler konarak karın kapatıldı. Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu gelişti. Gerekli tedavisi yapılarak 40. cı günde hasta çıkarıldı. Bilahare müracaat eden hastanın loop ileostomisi kapatılarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Meckel divertikülü infantların % 2'sinde rastlanılan daha çok çocukluk çağında semptom veren ince barsakların konjenital bir anomalisidir. Eskiden meckel divertikülünün yaşam boyunca, semptomatik olma oranının % 25 olduğu bildirilmişse de son zamanlarda bu oranın % 4.2 olduğu kabul edilmiştir. (4) Hastalık erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla görülür. Akut karın tanısıyla ameliyat edilip meckel divertikülü komplikasyonu bulduğumuz olgularımızın üçü de erkekti.

Meckel divertikülü, ancak başka bir hastalık için yapılan laparatomilerde tesadüfen bulunur. Genellikle ileocecal valve'den itibaren 45-90 cm. içinde lokalizedir. Üç olgumuzda da divertikülü ileumun ilk 50 cm. lik kısmı içerisinde saptadık.

Çocukluk çağı ve adult'larda meckel divertikülü semptom ve bulgular yönünden en çok akut appendisit ile karışır. Göbek etrafında ağrı, ateş, iştahsızlık, bulantı ve kusma gibi yakınmalarla gelen hastalarda meckel divertikülü komplikasyonlarında tanıda düşünülmesi gerekir (1,3).

Meckel divertikülü daha çok çocukluk çağında semptom vermesine rağmen adultlarda ve yaşlılarda da çeşitli sorunlara neden olabilir. En çok görülen komplikasyonu divertikülit ve perforasyondur. Nitekim olgularımızdan bir tanesi 55 yaşında idi ve meckel divertikülü perforasyon sonucu generalize peritonit gelişmişti. Diğer bir komplikasyonda kanamadır. % 30 oranında görülür. Bu divertiküldeki ektopik mide mukozasının salgıladığı asid-pepsin sonucu meydana gelen peptik ulcus nedeniyledir Çocukluk çağında oluşan melana ve rektal kanamalar da meckel divertikülünün bu komplikasyonunda düşünülmelidir.

Mekanik intestinal obstrüksiyon tablosu ile müracaat eden hastalarda obstrüksiyonun en olağan nedenleri ekarte edilebilirse meckel divertikülüne bağlı intestinal obstrüksiyon olabileceği akla getirilmelidir. Moses'in 1605 olguluk serisinde bu komplikasyonun % 23 olduğu bildirilmiştir (3,4,7). Olgularımızdan bir tanesinde de meckel divertikülüne bağlı intestinal obstrüksiyon ve ileum gangreni saptadık.

Meckel divertikülünün çok nadir görülen önemli bir komplikasyonunda divertiküldeki ektopik gastrik mukosadan kaynaklanan malignensi gelişmesidir (3,6).

Semptomatik meckel divertikülleri, cerrahi olarak Wedge rezeksiyon veya segmenter ileum rezeksiyonu ve uc-uca anastomos şeklinde tedavi edilirler. Olgularımızdan birine segmenter ileum rezeksiyonu, diğerlerine ise ileri derecede generalize peritonit nedeniyle loop ileostomi yapıldı.

Meckel divertikülü komplikasyonlarında ameliyat sonrası yara enfeksiyonu, intra-abdominal abse, sepsis, pnomoni, akciğer embolisi ve üriner enfeksiyon gibi komplikasyonların % 25 oranında görüldüğü rapor edilmiştir. Olgularımızın ikisinde de yara enfeksiyonları gelişti ve lokal yara bakımı ile tedavi edildiler,

Komplikasyon yapmış meckel divertiküllerinde ameliyat sonrası mortalite oranının % 5-10 arasında olduğu bildirilmiştir. İstatistik yapacak olgu sayımız olmamasına rağmen iki olgumuzda generalize peritonit ve endotoksik şok olmasına karşın üçüncü de mortalite görmedik.

Çocukluk çağında akut karın sendromu yapan hastalıklar içinde meckel divertikülü komplikasyonlarında düşünülmelidir. Akut appendisit tanısıyla ameliyat edilen ve appendisti normal bulunan hastalarda terminal ileumun ilk 30 cm. lik kısmı meckel divertikülü için rutin olarak gözlenmelidir.

Başka bir neden için ameliyat edilen hastalarda tesadüfen rastlanılan komplikasyon yapmamış meckel divertikülünün rutin olarak kaldırılması işlemi tartışmalıdır.

Meckel divertikülünün % 4.2 oranında yaşamın bir döneminde sorun çıkarılması, komplikasyonlarının % 5-10 mortalite ile sonuçlanması, morbitite oranının çok daha fazla olması ve çok nadirde olsa malignensiye dönüşme ihtimalinin bulunması nedenleriyle ameliyatlarda tesadüfen saptanan komplikasyon yapmamış meckel divertiküllerinin profilaktik olarak kaldırılmasının yararlı olacağı kanısındayız.

S U M M A R Y

THE COMPLICATION OF MECKEL'S DIVERTICULUM

(Report of three Cases)

In this paper, three patients with complicated Meckel's diverticulum, who were operated on at our clinic between 1982 and 1984, were presented. Previous studies were reviewed.

LİTERATÜR

- 1- Storer E H.: Small intestine, in Schwartz SI (eds) Principles of Surgery 4 th edition, Mc Graw Hill Book Co. New York, 1984 pp. 1147-1168.
- 2- Bu min O: Sindirim Sistemi Cerrahisi, Güven Kitabevi Ankara Cilt-II, 1974 s. 22-25.
- 3- Davis Christopher: Temel Cerrahi, Güven Kitabevi Ankara Cilt-II, 1977 s. 872-878.
- 4- Soltere M j, Bill A H: The natural history of meckel's diverticulum and its relation to incidental removal, The American Journal of Surgery, 132/168-173, 1976.
- 5- Savino j A: Malabsorption secondary to meckel's diverticulum, The american journal of Surgery, 144/588-592, 1982.
- 6- Schlicke C P, johnston EY: Experiences with meckel's diverticulum, Surg. Gynecol. Obstet. 126/91, 1968.
- 7- Von Hedenberg: Surgical indications in meckel's diverticulectomy Acta Chir Scand. 135: 530 196a.