

MEKANİK İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYONLARIN ETYOLOJİK DAĞILIMI VE GANGREN GÖRÜLME İNSİDANSI

Dr. M. İlhan YILDIRGAN^x
Dr. S. Selçuk ATAMANALP^{xx}
Dr. Ahmet BALIK^x
Dr. K. Yalçın POLAT^{xx}

ÖZET :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 1982-Ocak 1992 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar içerisinde mekanik intestinal obstrüksiyon tanısı olanlar etyoloji ve gangren oluşum yönüyle incelendi. Mekanik intestinal obstrüksiyonu 859 hastanın 267 tanesi (% 31.0) brid ileus, 152 tanesi (% 17.6) sigmoid kolon volvulusu, 94 tanesi (% 10.9) invajinasyonu. Gangren oluşumu ise ortalama % 22.0 ile oldukça yüksek bulundu.

GİRİŞ :

Barsaktan gaz ve feçes akımının durması olarak tanımlanabilen mekanik intestinalobstrüksiyonlar (MİO), insanlık tarihi kadar eski bir olaydır (1-4). Akut karın tanısı ile yatan hastaların yaklaşık % 20'sinde barsak tıkanıklığının belirti ve bulguları vardır (3-6). Tüm cerrahi hastalar göz önüne alındığında bu oranın % 5 olduğu görülmektedir (5).

MİO'ların etyolojisi incelendiğinde kıtalar, ülkeler, hattâ yöreler arasında bile nedenlerin farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin Uganda'da herniler en önemli neden iken A.B.D'de brid ileuslar en önemli nedendir (4). Etiyolojik nedenler 1930'lu yıllar ile 1990'lı yıllar arasında dahi farklılık gösterir. 1930'lu yıllarda en önemli neden herniler iken 1990'lı yıllarda artık brid ileus en popüler nedendir (4,6,11).

MİO'ların mortalite ve morbiditesi geç teşhis ile artmaktadır (1-4). Strangülasyon olmayan vakalarda dahi gecikme barsağın gangren olmasına neden olmaktadır (7,8).

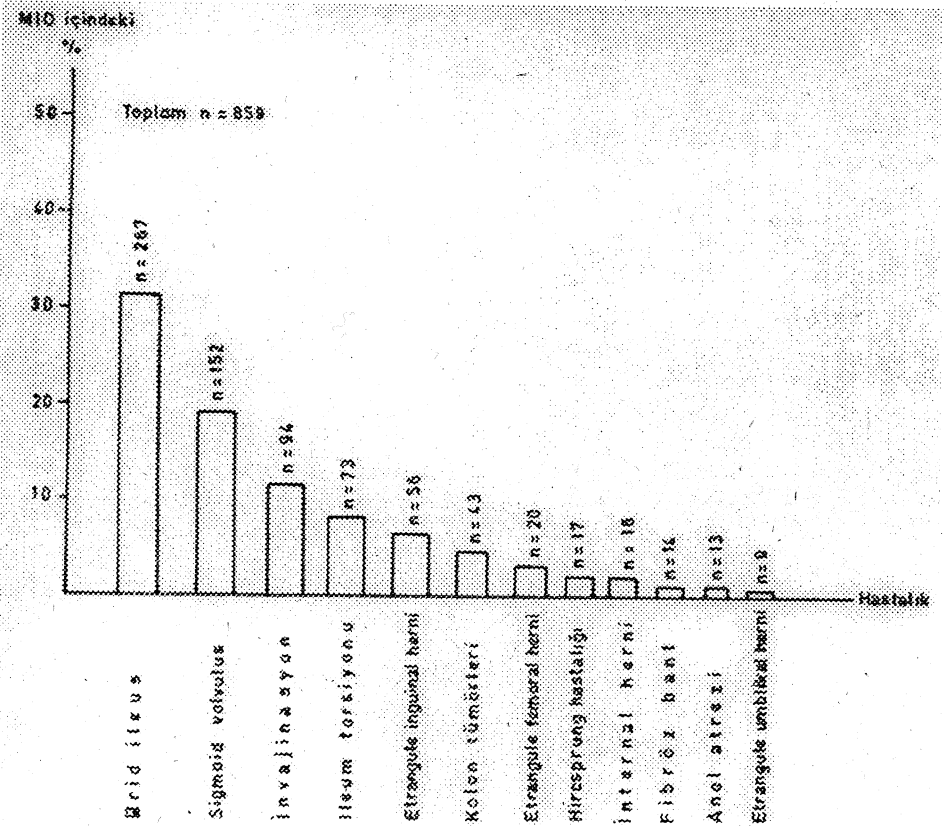
^x Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. Araştırma Görevlisi
^{xx} Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D. Yrd. Doç. Dr

MATERYAL VE METOD :

Çalışmaya Ocak 1982-Ocak 1992 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yatarak tedavi gören ve MİO tanısı konularak ameliyat edilen hastalar dahil edildi. Hastaların kayıtlarından MİO'na neden olan etkenler, operasyon esnasında gangren görülme oranları ile semptom süreleri ve preoperatif hospitalizasyon süreleri tespit edildi.

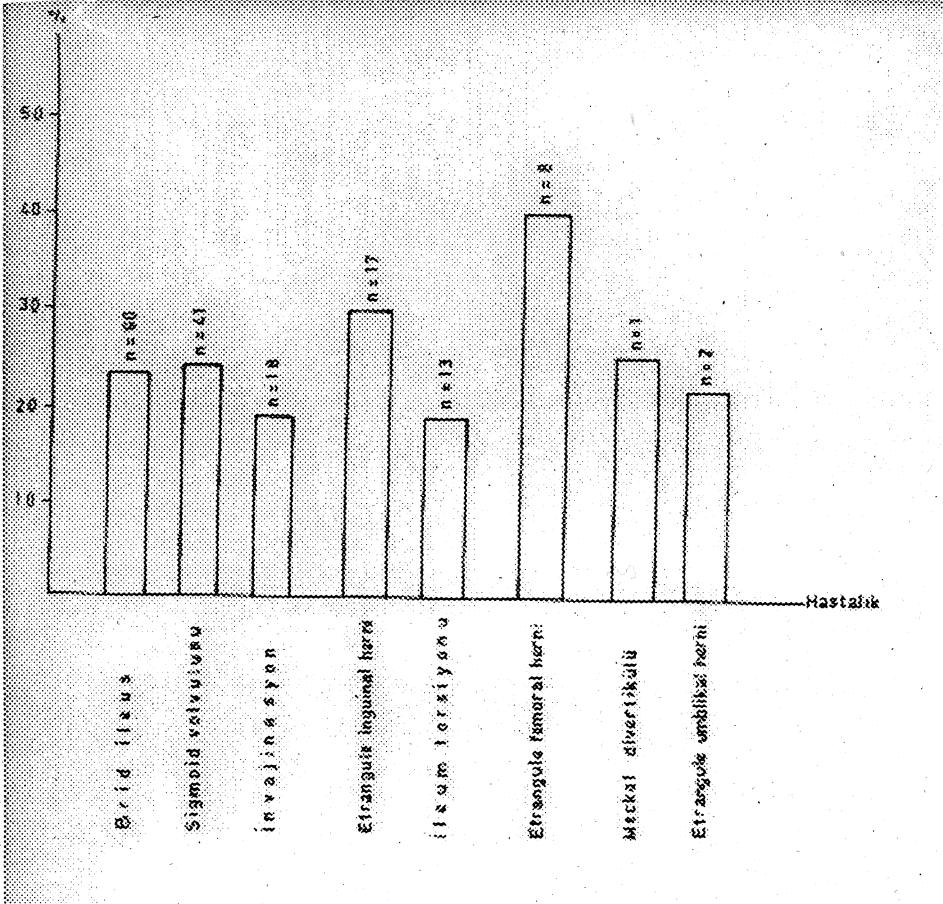
BULGULAR :

Yukarıda bahsedilen 10 yıllık süre içerisinde hospitalize edilen 13793 hastanın 859'u (% 6.2) MİO tanısıyla ameliyat edildi. MİO'lu hastaların etyolojik nedenlerinin başlıcaları Şekil I'de gösterilmiştir.



Şekil I. MİO oluşturan başlıca etkenler.

Operasyon esnasında gangren tespit edilme oranları ise Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. MİO'larda gangren görülme oranları

Brid ileuslu hastalarda ortalama semptom süresi 109 ± 42 saat, ortalama preoperatif hospitalizasyon süresi ise 21 ± 4 saat olarak tespit edildi. Bu süreler sigmoid kolon volvulusu için sıra ile 62 ± 28 saat ve 6 ± 1 saattir.

TARTIŞMA :

Tüm cerrahi hastalar göz önüne alındığında MİO görülme oranı yaklaşık % 5 civarındadır (5). Kliniğimizde son 10 yıllık kayıtlar incelendiğinde bu oranın yaklaşık % 6 civarında olduğu görülmektedir. Bu oldukça yüksek bir rakam olduğu için MİO oluşturan nedenlerin iyi incelenmesini gerekli kılmıştır.

İstatistiki bilgilerin ilk elde edildiği yıllarda MİO'ların en önemli nedenlerinden birisi olan fituk boğulmaları (4), ilerleyen zaman içerisinde yerini brid ileuslara terk etmiştir (4,6). Bunun sebebi ise özellikle gelişmiş ülkelerde büyük karın ameliyatlarının daha sık yapılması ve fitukların elektif şartlarda onarılmasına bağlıdır (4). Kliniğimizdeki kayıtlar incelendiğinde MİO'ların en sık nedeninin % 31.0 oranı ile brid ileuslar olduğunu göstermektedir. Literatürdeki bilgiler tarandığında brid ileusların ABD'de % 49, İngiltere'de % 31-32 oranında görüldüğü göz önüne alınarak hastanemizde konservatif tedavi gören vakaların katılmasıyla % 36'lara ulaşan rakamların, bölgemizin gelişmişliğinin mi, yoksa yetersiz sağlık sisteminin bir neticesi mi olduğu yoruma açıktır.

İkinci sıklıkta görülen MİO nedeni ise % 17.6 ile sigmoid kolon volvulusudur. İnsidans ABD'de % 4.5, Almanya'da % 3.7, İsveç'te % 7.5 ve Japonya'da % 10.2 olarak bildirilmektedir (8). Hastanemizde ise konservatif tedavi gören vaka'ların katılmasıyla bu rakam % 20'lere ulaşmaktadır. Bu yüksek rakam sigmoid volvulusun etyolojisinde rol oynadığı bilinen fekal kitlenin artmasına neden olan lifli gıdalarla beslenme alışkanlığı ile izah edilebilir (8). Bilindiği gibi hastanemiz hasta potansiyelini oluşturan Doğu Anadolu bölgesinin ekonomik temellerinden birisi tarımdır ve verimsiz arazilerden dolayı halkın gelir düzeyi düşüktür. Bu ise tarım ürünlerin fazla tüketilmesine neden olur. Dağılan Sovyet Cumhuriyetlerindeki sigmoid volvulus görülme oranlarının bölgemizdeki oranlara yakın olması (8), ekonomik ve tarımsal şartların benzerliğinden kaynaklanıyor olabilir.

İnvajinasyonlar ise, bölgemizde literatürde verilen % 10 rakamına (9) yakın bir oranda görülmektedir. Benzer şekilde daha az oranda görülen hastalıkların görülme oranlarında literatürle benzerlik göstermektedir (1-4).

Hastanemizde ameliyat edilen MİO'lu hastalardaki gangren oluşma oranları incelendiğinde tüm serilerde rakamların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Tüm ince barsak obstrüksiyonları için verilen gangren oranları yaklaşık % 10 civarında iken (10), hastanemiz kayıtlarındaki ortalama % 22'lik rakamın hastaneye müracaat öncesi geçen zamanın uzun olduğu (brid iluslarda 109 ± 42 saat, sigmoid kolon volvulusunda 62 ± 28 saat) ve preoperatif hospitalizasyon süresinin uzun olmadığı (En uzun süre 21 ± 4 saat ile brid ileuslardır ki literatür bilgileri konservatif tedavi uygulanan hastalarda preoperatif sürenin 48 ila 120 saate kadar uzatılabileceğini (11-12) göstermektedir) göz önüne alınarak bölgemizin düşük sosyo-ekonomik seviyesinden, yetersiz alt yapı ve sağlık teşkilatındaki problemlerden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

SUMMARY

ETIOLOGY OF MECHANIC INTESTINAL OBSTRUCTIONS AND INCIDENCE OF GANRENE

Patients undergoing treatment and surgery for mechanical intestinal obstruction at Department of Surgery Atatürk University medical faculty between january 1982-january 1992 form basis for this study. Patients were examined for etiology

and intestinal gangrene incidence. Among 859 patients with mechanical intestinal obstruction there were 267 (31.0 %) with bridgeliens, 152 (17.6 %) with sigmoid colon volvulus and 94 (10.9 %) with invagination. Gangrene incidence was as high as 22.0 %.

KAYNAKLAR

- 1- Parlak M, Keçer M. Barsak tıkanmaları. Değerli Ü (Ed). Gastrointestinal Cerrahi 3. Baskı, İstanbul.: Nobel Yayınevi, 1990, sayfa 396-412
- 2- Bumin O. Sindirim Sistemi Cerrahisi. 2. Baskı, İstanbul.: Taş kitabevleri, 1980, 271-7
- 3- Hersek E. İntestinal obstrüksiyonlar. Sayek İ (Ed). Temel Cerrahi. I. Baskı, Ankara.: Güneş Yayınevi, 1991, 1. Cilt, sayfa 634-46
- 4- Ellis H. Acute intestinal obstruction. Schwartz SI (Ed) Maingot's Abdominal operations. Vol 1, 9th Ed. East Norwalk.: Appleton Long Pub 1990, P: 885-903
- 5- Basson MD, Fieldin LP, Bilchik AJ, Zucker KA, Ballantyne GH, Susman J, et al. Does vasoactive intestinal polypeptide mediate the pathophysiology of bowel obstruction. Am J Surg 1989; 157: 109-14
- 6- Schwartz SI. Manifestations of gastrointestinal disease. Schwartz SI (Eds). Principles of surgery. Vol II, 5th Ed. Singapore.: McGraw Hill Book Co 1988, P: 1061-1101
- 7- Mulvihill SJ, Pappas TN, Fonkalsrud EW, Debbas HT. The effects of somatostatin on experimental intestinal obstruction. Ann Surg 1988; 207: 169-73
- 8- Ellis H. Special forms of intestinal obstruction. Schwartz SI, Ellis H (Eds). Maingot's Abdominal Operations. Vol 1, 9th Ed. East Norwalk.: Appleton Long Pub 1990; 207: 169-73
- 9- Gökşen Y, Sökücü N. Çocuk Cerrahisi. Değerli Ü (Ed). Cerrahi 3. Baskı, İstanbul.: Nobel Yayınevi 1988, sayfa: 242-99
- 10- Cheadle WG, Garr E E, Richardson JD. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. The American Surgeon 1988; 54: 69
- 11- Richardson WO, Williams LF. Obstruction of the small bowel intestine. Surg Clin North Am 1988; 68: 355-76
- 12- Seror D, Feigin E, Szold A, Alleweis TM, Carmon M, Nissan S, et al. How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated. Am J Surg 1993; 165: 126-6