

SİGMOİD KOLON VOLVULUSU VE PRİMER REZEKSİYON

Dr. İsmail Başaran (*)

Dr. Tanju Soyer (**)

Dr. Türesin Çehreli (***)

Dr. Ayvaz Karabıykoğlu (****)

Mart 1966 ile Temmuz 1968 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Cerrahi Bölümünde sigmoid kolon volvulusu ile müracaat eden 150 hasta tedavi edilmiştir. Bu hastalar acil olarak müracaat etmişlerdir. Tatbik edilen, tedaviyi icap ettiren klinik belirtiler gözden geçirilmiş ve netice olarak bu hastalarda eksteriorizasyon veya geç cerrahi müdahale ile birlikte konserve tedavinin iyi netice vermediği, buna mukabil erken cerrahi müdahale ile rezeksiyon ve uç uca anastomozun tatbik edilmesi icap ettiği gösterilmiştir.

Barsak tıkanmaları arasında sözü edilen sigmoid kolon dönmesi (torsiyon, volvulus) diğer doğu memleketlerinde olduğu gibi memleketimizde bilhassa Doğu Anadolu bölgesinde sık görülen bir hastalıktır.

Erzurum ve etrafından hastanemize 1966-1968 seneleri arasında 150 sigmoid kolon volvulusu müracaat ederek yatırılıp tedavi edilmiştir. Senenin 5-6 ayı hastaneye kapalı olan bu doğu memleketinde nüksü önlemek için mümkün olduğu nisbette hastalara palyatif tedaviden ziyade kati tedavi metodlarını tatbik etmek

icap etti. Ameliyatlı ve ameliyatsız palyatif müdahale geçiren hastalar kolon sterilizasyonu takiben yapılacak anterior rezeksiyonu kabul etmemeleri ve taburcu olmak istemeleri ve acil olarak gelen hastanın müteaddit ameliyat geçirmelerinden dolayı tek seansa kurtulmak istemelerini adeta bize baskı halinde iletmışlerdir. Bu sebeple önce gangrenli vakalarda anterior rezeksiyon ve uç uca anastomozu tatbik ettik ve bilahere basit volvulus vakalarına da tatbik ettik, iyi netice alınca servis olarak bu tedaviyi teamül haline getirdik.

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Uzmanı

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Asistanı

*** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Asistanı

**** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü Uzmanı



Resim - 1

MATERYAL VE METOD

1966-1968 yılları arasında 150 sigmoid kolon volvuluslu hasta servisimize yatırıldı. Bunlardan 10'u kadın, 140'ı erkekti ve kadın erkek oranı 1/14 olarak tespit edildi. Bunlardan en küçüğü 13 yaşında bir kız çocuğu idi. Ayrıca 6 tane çekum ve bir tane de transvers kolon volvulusu tespit ettik. Tablo 1 'de vakaların yaş dağılımı görülmektedir.

Kadınlardan 5'i gebeliğin son trimestrinde ve biride ikinci trimestrinde idi. Etiyopatogeneizde ileri sürülen sebepler arasında; diabetes mellitus (1) parapleji (1) parkinson (1) anal striktür ve Hirschprung gibi hastalıklar tespit edilmemiştir. Ayrıca sigmoid kolon içinde sellülozlu gıda tortusuna rastlanmamıştır. Hastalarımızda hemen hepsinde uzun redundant bir sigmoid kavsi ve sikatrisli bir kaide tespit edilmiştir.

Hastaların yaşları	Hasta sayısı
10 - 19	2
20 - 29	7
30 - 39	15
40 - 49	25
50 - 59	36
60 - 69	42
70 -	23
TOPLAM	150

TABLO - 1

Klinik olarak hastalarımızın %55 i akut, % 20 si subakut ve geri kalanı da kronik vakalar teşkil ediyordu. Aşikâr abdominal distansiyon vakalarımızın ancak %40 ında mevcuttu. Sigmoid kolon volvulusu ile beraber ileum volvulusu 15 inde tespit edildi ve 6 tanesine de gangrene olması dolayısıyla rezeksiyon yapıldı. Kusma yalnız başlangıçta, gangrene olan vakalarda ise devamlı idi. İki vakada tam bir volvulus ve obstrüksiyon olmasına rağmen rektumdan gaz ve sulu gaita fasılalarla geliyordu. Hastanemizde 150 vakaya yapılan müdahale tablo 2 de gösterilmiştir.

Servisimize iki sene içinde 34 adet nüks vakası geldi. Bunlardan 11 tanesi daha evvel bir, 2 tanesi iki, 3 tanesi üç ve bir tanesinde beşinci kere nüksden ameliyat geçirmiştir. Ayrıca 17 tanesi bir veya bir kaç kere proktoskopiyle dekompresyon geçirmiştir. En erken nüks vakası 6 ay, en geç nüks vakası ise 4 sene arasında görülmüştür.

TARTIŞMA

Tedavide amaç hastanın şikâyetlerini düzeltip taburcu etmek değil ayrıca nüksü önlemek, hastanede ya-



Resim - 2

Tedavi Şekli	Tedavi sayısı		Ölenler	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Lavmanla	3	-	-	-
Rektal tüp ile	4	-	-	-
Proktoskopi ve rektal tüp ile	45	-	-	-
Laparotomi ve basit düzeltme	20	4	2	-
Lapartomi ve plikasyon	32	2	2	-
Laparotomi ve sigmoidostomi	1	-	-	-
Laparotomi ve çekostomi	2	-	-	-
Eksteriorizasyon ve rezeksiyon	3	1	3	1
Primer rezeksiyon, distal ucun kapatılması ve proksimal kolostomi	3	1	-	-
Primer rezeksiyon ve uç uca anastomoz	27	2	2	1
TOPLAM	140	10	9	2

TABLO - 2

tış müddetini kısaltmak ve tek bir müdahale ile hastayı şifaya kavuşturmak şüphesiz ki en ideal tedavidir.

Özellikle kış mevsimi uzun ve yolları senenin 5-6 ayı hastaneye kapalı olan bu doğu memleketinde nüskün hastanın hayatına mal olup köy mortalitesini artıracığı sebebiyle bu hastalar bizi düşündürmüştür.

Gangrenli vakalarda yapılan iki safhalı Mikulitz veya Rankin tipi eksteriorizasyon ve rezeksiyonu 4 hastaya tatbik ettik ve hepsini de kaybettik. Bunlardan üçü karın içinde kalan sigmoid kolon kısmına gangrenin ilerlemesiyle peritonitisten ve birinde ilk 24 saat içinde toksemiden kaybettik. Bruusgaard⁽²⁾ 5 vakanın hepsini, İjaz ve Habibur⁽³⁾ 3 vakadan 2 sini bu şekil tedaviden kaybetmişlerdir. Gangrenli sigmoid kolonu eksteriorize etmek ekseriya mümkün olmamakta ve olsa bile bir çok vakada gangren karın içinde kalan kısma doğru ilerleyebilmektedir.

Ayrıca gangrenli vakalarda yapılan primer rezeksiyon, distal ucun kapatılması ve proksimal kolostomiye biz 4 hastamıza mükemmelen tatbik ettik. Ameliyatın kısa sürmesi, istenildiği yerden kolayca rezeke edilmesi gibi üstünlükleri yanında ikinci bir müdahalenin lüzumu gibi mahsuru vardır. Gömülmüş olan distal ucun kısa olduğu vakalarda tekrar uçtan kesilip derin pelviste anastomoz yapılması ve buranın kısmen peritonsuz olmasından dolayı sütür kifayetsizliği ve darlık ihtimali doğurmaktadır. Böyle müdahale geçirmiş hastaların hastanede yatış ortalaması en az 40 gündür. Bu hastaların çift müdahale ge-

çirmesi ve her müdahalede karnın kolon muhteviyatı ile bulaşması evantrasyon, peritonitis ve brid ileusu ihmali artırılmaktadır.

1967 Senesinde İjaz ve Habibur'un neşrettikleri 38 vakalık sigmoid kolon volvulusunun 28 inde primer rezeksiyon ve uç uca anastomoz tatbik etmişlerdir. Ölüm olmadığını ilave eden yazarın vakalarının ekseriyetini basit volvulus teşkil ediyormuş (Tablo:3).

Biz primer rezeksiyon ve uç uca anastomozu ilk zamanlarda gangrenli vakalara tatbik ettik; iyi netice alınca bilahere laparotomiye alınan ve şartları müsait olan bütün hastalara tatbik ettik. Bu şekilde 29 hasta tedavi ettik ve 3'ünü kaybettik. Bunlardan aynı zamanda ileum gangren de olan ilk ikisi ilk 24 saat içinde endotoksik toksemiden ve bir tanesini de gangrene bağlı peritonitisten kaybettik. Bu şekilde tedavi edilen hastaların yalnız 9'unda gangren vardı, diğerleri basit volvulus vakaları idi.

Bu hastaların birinde evantrasyon ve üçünde de yara enfeksiyonu görülmüştür. Anastomozu açık anastomoz metodu ile yaptık, yalnız iki vakada kapalı metodu kallandık. Ameliyat geçiren 98 volvulus vakasında 7 tane evantrasyon görülüp yalnız bir tanesi anterior rezeksiyona aitti.

Akut safhada rezeksiyon yapılmadan müdahale geçiren hastalarda mevcut toksemi artmakta ve hastaların bir kısmı kaybedilmektedir. Bizim 4 hastamız bu sebeple kaybedilmiştir. Bu ödemli ve kısmen bozulmuş sigmoid kolon mukozasından toksik cisimlerin kolayca kana geçmesi ve endotoksik toksemi yapması ile izah e-

Tedavi şekli	Tedavi sayısı	Ölüm
Proktoskopi ve rektal tüp ile	5	-
Laparotomi ve basit düzeltme	2	-
Eksteriorizasyon ve rezeksiyon	3	2
Primer rezeksiyon ve uç uca anastomoz	28	-
TOPLAM	38	2

TABLO - 3

Tedavi şekli	Tedavi sayısı	Ölüm
Tedavi tatbik edilememiş	2	2
Kendi kendine düzelmiş	3	-
Lavmanla	2	-
Baryumlu lavmanla	2	-
Rektal tüple ile	5	-
Proktoskopi ve rektal tüp ile	136	4
Laparotomi ve basit düzeltme	10	1
Laparotomi ve çekostomi	1	1
Laparotomi ve sigmoidostomi	1	-
Primer rezeksiyon distal ucun kapatılması ve proksimal kolostomi	1	-
Eksteriorizasyon ve rezeksiyon	5	5
TOPLAM	168	13

TABLO - 4

dilebilir. İlave olarak da rezeksiyon yapılmıyan vakalarda postoperatif distansiyon devam etmekte ve bu da evantasyon sebebi olabilmektedir.

Ameliyatsız palyatif tedaviler arasında ; boşaltıcı lavmanla düzeltme, tazyikli baryumlu kolon tetkiki esnasında düzeltme, rektal tüp ile düzeltme ve proktoskopi rehberliği altın-

da rektal tüp ile düzeltmeleri sayabiliriz. Bunlar ancak strangüstasyon olmıyan vakalarda kullanılır. İlk ikisi yeterli değildir, üçüncüsünü ise perforasyon yapma ihtimalinden dolayı yapmamak daha doğru olur. Bruusgaard'ın sık sık baş vurduğu ve tavsiye ettiği proktoskopi ve rektal tüp ile düzeltmeden oldukça iyi netice alın-

maktadır. Bruusgaard serisinde 136 hastaya tatbik edilmiştir (Tablo:4). Kati tedavi şekli olmamasına rağmen daha sonraki kalan sterilizasyonu takiben yapılacak rezeksiyon için vakit kazandırmakta ve ayrıca toksik durumdaki hastaya ameliyat riskini ilave ettirmemektedir. Biz bu şekilde 45 hastayı mükemmelen tedavi ettik. Fakat hastalarımız dekompresyondan sonra ekserisi anterior rezeksiyonu kabul etmemişlerdir.

Palyatif cerrahi müdahaleler arasında; laparotomi ve basit düzeltme, sigmoid kolon plikasyonu, sigmoid kolonun karın cıdarına tespiti, çekostomi ve sigmoidostomi vardır. Plikasyon ve tespit eskiden kullanılmış ve faydası olmadığı için bırakılmıştır. Plikasyonun kökü dar olan mezosigmoide etkisi olmadığı gibi tespitinde internal herni gibi kötü komplikasyonu görülmüştür. Sigmoidostomi ve çekostomi hala toksik durumdaki hastalarda dekompresyon için kullanılmaktadır.

Netice olarak biz hastalarda st-rangüstasyon arazları yoksa rektoskopi altında rektal tüp ile açmaya çalışıyoruz, açılırsa kolon sterilizasyonu takiben anterior rezeksiyon yapıyoruz. Açılmazsa ameliyata alıp kolon sterilizasyonu olmaksızın anterior rezeksiyonu tatbik ediyoruz. Gangrenli vakalarda ise hiç beklemeden aynı müdahaleleyi yapıyoruz.

Bu şekilde hem palyatif müdahale geçirip kati tedavi şekli olan anterior rezeksiyonu daha sonra kabul etmi-

yen hasta adedini, hem de nüks adedini azaltarak mortalite nisbetini asgariye indirmiş olduk.

SUMMARY

Between March 1966 and July 1968, 150 patients with volvulus of the sigmoid colon were treated at the Surgical Unit of Atatürk University Medical School. These patients were admitted as emergency cases. A review of the clinical characteristics in relation to the method of treatment applied is given. It has been concluded that in these patients exteriorisation or conservative treatment with differred surgery has not been succesful and primary resection and end-to-end anastomosis should be the treatment of choice.

REFERANSLAR

- 1- Berenyl, R, Magdal ena., Schwartz, S, Gerhard: Volvulus of the colon and diabetes mellitus. The American journal of Gasdroenterology. April, 1967.
- 2- C, Bruusgaard.: Volvulus of the sigmoid colon and its treatment. Surgery, 22: 468-478, 1947.
- 3- Ahsan İjaz., and Rahmen Habibur.: Volvulus of the sigmoid colon and primary rezection, Surgery Gynecology and Obstetrics.