

## Çekumda İzole Hemorajik Nekroz

Isolated Hemorrhagic Necrosis In Cecum  
Genel Cerrahi

Başvuru: 19.09.2012  
Kabul: 22.10.2012  
Yayın: 22.10.2012

Mehmet Esat Duymuş<sup>1</sup>, Abdullah Durhan<sup>1</sup>, Selim Temel<sup>1</sup>, Aziz Mutlu Barlas<sup>1</sup>, Fatih Aslan<sup>1</sup>, Melahat Dönmez<sup>2</sup>, Serap Ekici<sup>2</sup>

<sup>1</sup> S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup> S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Patoloji Kliniği

### Özet

Mezenter iskemisi hemodiyalize giren hastalarda daha çok görülmektedir. Çekumun iskemik hemorajik nekrozu iskemik kolitin oldukça nadir görülen bir çeşididir. Non-oklüziv mezenterik iskemisi daha çok kalp hastalığı olan yaşlı hastalarda görülen ve ilerleyen barsak iskemisi sonucu nekroz, sepsis ve ölüm gelişmesiyle karakterize bir hastalıktır. Diyaliz hastaları bu ölümcül komplikasyonun gelişimi için en yüksek risk grubunu oluştururlar. Ateroskleroz ve diyalize bağlı hipotansiyon non-oklüziv mezenter istemi için risk faktörleridir. Erken tanı için, diyaliz yapılan hastalarda non-oklüziv mezenter isteminin gelişip gelişmediği konusunda klinisyenlerin çok şüpheli davranması gerekir. Erken tanı ve nekroze barsak segmentlerinin mümkün olduğunca erken rezeksiyonu yüksek mortalite oranlarını düşürebilir. Sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran hemodiyaliz hastalarının ayırıcı tanısında iskemik çekum nekrozu da akla gelmelidir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan appendektomi sonrası tekrar akut batın gelişen ve re-laparotomi yapıp çekumda izole hemorajik nekroz tanısı ile segmenter rezeksiyon uç yan anastomoz yapılan 46 yaşında bir kadın hasta sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** mezenter iskemisi, iskemik çekum nekrozu

### Abstract

Mesenteric ischemia is seen more frequently in hemodialysis patients. Ischemic necrosis of cecum is a quite rare variant of ischemic colitis. Nonocclusive mesenteric ischemia is a disorder seen primarily in elderly patients with cardiac disease and is characterized by progressive intestinal ischemia leading to infarction, sepsis, and death. Dialysis patients are among the highest risk populations for developing this lethal complication. Previous studies have associated atherosclerosis and hemodialysis-induced hypotension as risk factors for nonocclusive mesenteric ischemia development. Clinicians should develop a high index of suspicion for non occlusive mesenteric ischemia in dialysis patients for early diagnosis. Early recognition and resection of gangrenous intestinal segments as early as possible may reduce high mortality rates. Ischemic cecal necrosis should also be kept in mind in differential diagnosis of hemodialysis patients presenting with right lower quadrant pain. We presented in this article 46 years-old- woman without any chronic disease with reoccurrence of acute abdomen after appendectomy and isolated segmental resection and end to side anastomosis was performed with a diagnosis of isolated hemorrhagic necrosis of cecum at relaparotomy.

**Keywords:** mesenteric ischemia, ischemic cecal necrosis

### Giriş

Değişik tipte damarsal yetmezlikler barsakta hipoksik hasarlara neden olabilir. Oluşan lezyonlara mezenterik iskemisi, kolondakilere iskemik kolit denir (1-2). Hemodiyaliz hastası olmayan erişkinlerde mezenterik iskemisi nadirdir, her hasta için yılda % 0.09-0.2 sıklıkta görülür. Sıklıkla tıkaçıcı tipte tromboz oluşur, superior mezenterik arter proksimalini etkiler, %70'e varan yüksek mortalite riski taşır (1-3).

Mezenter iskemi hemodiyalize giren hastalarda girmeyenlerden daha çok görülmektedir. Hemodiyalize giren 78 hastada yapılan otopsi çalışmasında %14 hastada mezenter iskemi saptanmıştır. Her hasta için yılda %1.9 sıklıkta görüldüğü gösterilmiştir (1-5). Hemodiyaliz hastalarında tıkaçıcı olmayan mezenter iskemi ön plandadır ve sıklıkla dolaşım yetmezliği, dehidrasyon ve aritmiyle beraberdir (6-9,12). Sağ kolon iskemik koliti nadiren görüldüğü için sağ alt kadranda ağrısı ayırıcı tanısında akla gelmez. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan appendektomi yapıldıktan iki sene sonra acile akut karın tablosu ile tekrar başvuran 46 yaşında bir kadın hastanın yapılan laparotomi sonucunda çekumda gelişmiş olan hemorajik nekroz vakasını sunmak istedik.

## Olgu Sunumu

Kırk altı yaşında kadın hasta son bir gündür ani başlayan ve gittikçe artan karın ağrısı bulantı kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen bir hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü yok. Yapılan fizik muayene sonucu batında yaygın hassasiyeti mevcut olup sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar bulgularında, beyaz küre sayımı:  $12,5 \cdot 10^3 \mu\text{g}/\text{L}$ , hemoglobin:  $13,1 \text{ gr/dL}$  olup idrar tahlili normaldi. Biyokimyasal tetkiklerde herhangi bir patolojik değer yoktu. Akciğer grafisinde herhangi patoloji yoktu. Tüm abdomen ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda minimal sıvama tarzında mai dışında ek patoloji yok.

Hasta akut apandisit ön tanısı ile operasyona alınıp mc-burney insizyon ile batına girildi. Gözlemde appendiks hiperemik ödemli idi ve appendektomi yapıldı. Batın içinde bilateral overler ve meckel divertikülü için ince barsaklar explore edildi. Ek patolojiye rastlanmaması üzerine operasyona son verildi. Postoperatif dönemde rutin kontrollerine gelen hastanın ilk üç ayda belirgin bir rahatsızlığı olmadı. Bu arada patolojisi akut apandisit olarak rapor edildi.

Yaklaşık iki sene boyunca kontrollere gelen ve hastanın geçmeyen karın ağrılarının olması ve son fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyet, batın sağ alt kadranda istemli defans ve rebound bulgularının olması üzerine hasta hospitalize edildi.

Yapılan laboratuvar değerlerinde beyaz küresi:  $19 \cdot 10^3 \mu\text{g}/\text{L}$  000, Hemoglobin:  $12,7 \text{ gr/dL}$  olup idrar tahlili normaldi. Biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirildi. Ayakta direk batın ve akciğer grafilerinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Abdomen USG: ‘ Sağ alt kadranda operasyon loju düzeyinde mezenter ekojenitesinde artış dikkati çekmiştir.(inflamatuar süreç?)Bu düzeyde intestinal anslar arasında sıvama tarzında mai izlemiştir.’ olarak rapor edildi.

Acil Abdomen Bilgisayarlı Tomografisinde :Sağ alt kadranda çekum düzeyinde yaklaşık 4,5 mm çapında milimetrik hiperdens oluşum (fekalit?) izlenmiş olup bu düzeyin inferiorunda operasyon lojunda barsak duvarlarında milimetrik hava değerleri izlenmiştir. (pnomotozis intestinalis?) olarak rapor edildi.



**Şekil 1** : Acil Abdomen CT'de barsak duvarında pnomotozis intestinalis görünümü



**Şekil 2** : Acil Abdomen CT'de barsak duvarında pnomotozis intestinalis görünümü

Hasta akut batın tanısı ile laparotomi yapılmak üzere operasyona alındı.Orta hat insizyonu ile batına girildi.Gözlemde çekumdan 5 cm çıkan kolon tarafında, lateral duvarda yaklaşık 3 cm boyutunda nekroza giden enflame ödemli barsak dokusu mevcuttu.Eksplorasyonda tüm ileum segmentleri ödemliydi, tüm barsak ansları arasında seröz vasıfta mayi mevcuttu.



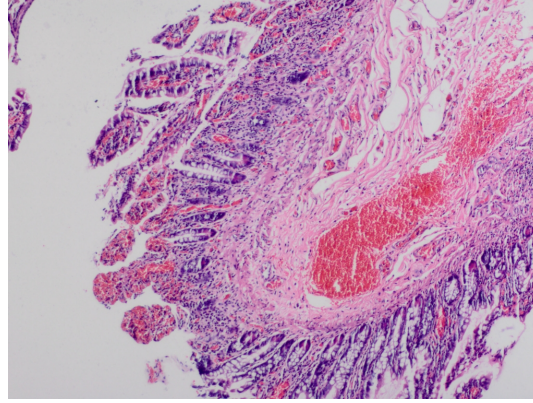
**Şekil 3** : Çekum duvarında izole nekrotik alan (ameliyat görüntüsü)



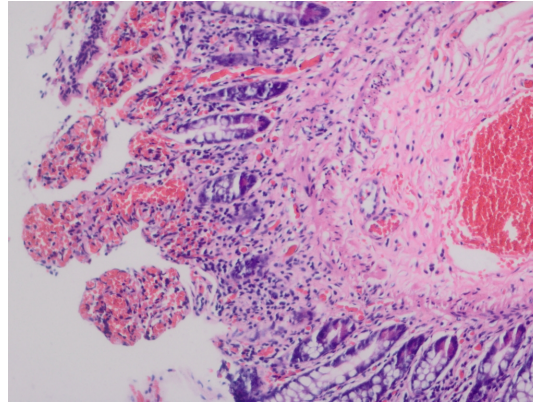
**Şekil 4** : Çekum duvarında izole nekrotik alan (ameliyat görüntüsü)

Hastaya segmenter rezeksiyon yapılmasına karar verildi. İleoçekal valvin 5 cm proksimali ile çıkan kolon 1/3 proksimal kısmını içerecek şekilde segmenter rezeksiyon ve stapler ile uç yan anastomoz yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif dönemde takiplerinde ek problemi olmayan oral alımı tolere edip gaz gayta deşarjı olan hasta önerilerle postoperatif 9. gün taburcu edildi.

Patoloji sonucu 'mukozada hemorajik nekroz ,mukoza ve subserozada konjesyon ödem' olarak rapor edildi.



**Şekil 5** : histopatolojide nekroz ile sağlam mukoza sınırı(patolojik preparat)



**Şekil 6** : histopatolojide nekroz ile sağlam mukoza sınırı(patolojik preparat)

## Tartışma ve Sonuç

Çekumun iskemik nekrozu iskemik kolitin nadir bir varyasyonudur. Çekumun iskemik koliti özellikle hemodiyaliz hastalarında daha sık görülür ve spesifik olmayan belirtileri ile acil cerrahi müdahale gerektirebilir (1-4). Kolonik iskemi genellikle küçük ve büyük arterlerdeki oklüzyon yada venöz dönüşteki obstrüksiyon sonucu oluşur. Ayrıca çekumun belirgin distansiyonunda (>9-12 cm) da iskemik nekroz ve perforasyon görülebilir (6-7).

Parsiyel çekum nekrozu etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamakla birlikte; aterosklerotik kalp hastaları, ergot alkaloidleri, kokain kullanımına bağlı olarak geliştiği bildirilen nadir bir akut batın nedenidir. Parsiyel çekum nekrozu tanı konması güç bir hastalıktır. Sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound olan nispeten yaşlı toplulukta akut apandisit yanında

divertikülit, perforasyon, kolon maligniteleri, iskemik kolit, granülamatoz barsak hastalıkları yanında parsiyel çekum nekrozu da akla getirilmelidir (8-10).

Parsiyel çekum nekrozunun kesin tanısında spesifik tanı yöntemi yoktur. Batın ultrasonografisi ve tomografisi tanıda yardımcı olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografide intramural ödeme ve intramural hemorajiye bağlı olarak yüksek atenüasyonlu çevresel tarzda çekal duvar kalınlaşması izlenir. Perikolonik yada inflamatuvar değişiklikler ve mezenterik damarlarda trombüs yada oklüzyon görülebilir. Ayrıca izole pnömotozis koli, mezenterik ve portal



venlerde hava izlenebilir (1-5,13).

Pnomotozis kolu yalnızca barsak iskemisinin göstergesi değildir. Ayrıca; iatrojenik, travmatik, enfeksiyöz, inflamatuvar, idiyopatik gibi noniskemik çeşitli durumlarda da meydana gelebilir (11,14,15).

Klinik anamnez ve muayene sonrasında, özellikle yaşlı hastalarda parsiyel çekum nekrozu akla getirilmeli ve laparotomi yapılmalıdır. Tedavide parsiyel çekum rezeksiyonu veya sağ hemikolektomi çekumdaki nekrozun boyutuna ve peritonit bulgularının varlığına göre uygulanabilir yöntemlerdir (3,14,15).

Sonuç olarak akut apandisit bulguları olan yaşlı hastalarda parsiyel çekum nekrozu ayrıca tanıda akla gelmeli ve erken müdahalede bulunulmalıdır. Erken tanı ve erken cerrahi metotla parsiyel çekum nekrozunun mortalitesi ve morbiditesi düşüktür (1,3,12,16).

## Kaynaklar

1. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi ,Hemodiyalize Bağlı Hastalarda İzole Çekum Nekrozu üç olgu sunumu, vol :21 no.3 sayfa:120-124
2. Ottinger LW. Acute mesenteric ischemia. N Eng J Med 1982;307:535-7.
3. Sachs SM, Morton JH, Schwartz SI. Acute mesenteric ischemia. Surgery 1982;92:646-53.
4. Sitges-Sarra A, Mas X, Roqueta F, *et al.* Mesenteric infarction: an analysis of 83 patients with prognostic studies in 44 cases undergoing a massive smallbowel resection. Br J Surg 1988;75:544-8.
5. Bender JS, Ratner LE, Magnuson TH, *et al.* Acute abdomen in the hemodialysis patient population. Surgery 1995;117:494-7.
6. Brandt LJ, Boley SJ. Ischemic and vascular lesions of the bowel. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management. Saunders, Philadelphia 1993;1927-61.
7. Boley SJ. Colonic ischemia 25 years later. Am J Gastroenterol 1990;85:931-4.
8. Sakai L, Keltner R, Kaminski D. Spontaneous and shock-associated ischemic colitis. Am J Surg 1980;140:755-60.
9. Ludwig KA, Quebbeman EJ, Bergstein JM, *et al.* Shock-associated right colon ischemia and necrosis. J Trauma 1995;39:1171-4.
10. Kaminski DL, Keltner RM, Willman VL. Ischemic colitis. Arch Surg 1973;106:558-63.
11. Landrenau RJ, Fry WJ. The right colon as a target organ of nonocclusive mesenteric ischemia. Arch Surg 1990;125:591-4.
12. Longo WE, Ballantyne GH, Gusberg RJ. Ischemic colitis: patterns and prognosis. Dis Colon Rectum 1992;35:726-0.
13. Han SY, Kwon YJ, Shin JH, Pyo HJ, Kim AR. Nonocclusive mesenteric ischemia in a patient on maintenance hemodialysis. Korean J Intern Med 2000; 15: 81-84.
14. Charra B, Cuche J, Ruffet M, *et al.* Segmental necrosis of ascending colon in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 1995;10: 2281-2285.
15. John AS, Tuerff SD, Kerstein MD. Nonocclusive mesenteric infarction in hemodialysis patients. J Am Coll Surg 2000; 190: 84-88.
16. Ori Y, Chagnac A, Schwartz A, *et al.* Non-occlusive mesenteric ischemia in chronically dialyzed patients: a disease with multiple risk factors. Nephron Clin Pract 2005;101: 87-93.