

# AKUT MEKANİK İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYON

## ACUTE MECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION

Dr.Abut KEBUDİ Dr.Adnan İŞGÖR Dr.Akın KAYA Dr.Gürkan YETKİN\*

\*Şişli Etfal Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**ÖZET:** Şişli Etfal Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniğinde 1990-1994 yılları arası akut mekanik intestinal obstrüksiyon tanısı (AMİO) ile ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu 5 yılda kliniğimizde toplam 2367 ameliyat yapılmış olup, bunun 100 tanesi AMİO vakasıdır (%4). AMİO'nun sebepleri arasında en sık görülen 45 vaka ile (%45) boğulmuş fitik olup, bunu sırasıyla 16 vaka ile (%16) adhezyonlar, 15 vaka ile (%15) kolon kanserleri, 5 vaka ile (%5) sigmoid kolon volvulusu, 5 vaka ile (%5) ince barsakta segmenter bir organik lezyon, 4 vaka ile (%4) fitobezoar, 3 vaka ile (%3) ince barsakta invajinasyon ve diğer sebepler izlenmektedir.

**SUMMARY:** The patients that have been operated with the diagnosis of acute mechanical intestinal obstruction (AMIO) in the 3<sup>rd</sup> General Surgery Department of Şişli Etfal Hospital between 1990-1994 were reviewed retrospectively. In these five years, 2367 operations were performed, and AMIO occurred in 10 patients (4%). Among the causes (45%), followed by adhesions (16%), colonic carcinoma (15%), sigmoid volvuli (5%), a segmental organic lesion of the small intestine (5%), bezoar (4%), intussusception (3%) and others.

AMİO tanısıyla yapılan ameliyatlarda etyolojik faktörler, ülkeden ülkeye ve yıllar içinde değişim göstermekte olup, çalışmamızın amacı kliniğimiz materyalinden yola çıkıp bölgemizde AMİO'da en sık görülen sebepleri ortaya koymak ve bu yolla sıklığının azaltılabilmesi için neler yapılabileceğini irdelemektedir.

### MATERYEL VE METOD

Kliniğimizde 1990-1994 yılları arasında toplam 2367 ameliyat yapılmıştır ve bunun 100 tanesi AMİO vakasıdır. Çalışmamızda bu vakalardaki etyolojik faktörler retrospektif bir çalışma ile ortaya konmuş ve ayrıca hastaların yaşı ve cinsiyeti ile ilgisi incelenmiştir.

### SONUÇLAR

AMİO vakalarında etyolojik faktör olarak en sık 45 vaka (%45) ile boğulmuş fitik görüldü ve bunu sırasıyla 16 vaka (%16) ile adhezyonlar, 15 vaka (%15) ile kolon kanseri, 5 vaka (%5) ile incebarsakta segmenter bir organik lezyon ve sigmoid kolon volvulusu, 4 vaka (%4) ile fitobezoar ve 3 vaka (%3) ile incebarsakta invajinasyon takip etmektedir (Tablo I).

Bu nedenler dışında daha az sıklıkla birer vaka ile ince

barsakta parazit ve yabancı cisim, internal herniasyon, safra taşı, jejunogastrik invajinasyon, süperior mezenterik arter sendromu, Henoch-Schönlein hastalığı ve psödo-obstrüksiyon (Ogilvie hastalığı) etyolojik faktör olarak gözlenmektedir. Boğulmuş fitikte sebep 27 vakada inguinal fitik, 12 vakada femoral fitik, 4 vakada umbilikal fitik ve 2 vakada da insizyonel fitiktir. Bu vakaların %82'si inkarsere ve %18'i de strangüledir. Adhezyonlarda sebep postoperatif gelişen yapışıklıklardır (brid ileusu). Kolon kanseri nedeniyle AMİO gelişen hastaların 6'sında sol kolon, yine diğer bir 6'sında sağ kolon atake idi. Kalan 3 vakada ise peritonitis karsinomatoza söz konusu idi.

Yaş dağılımı : En genç hastamız 15, en yaşlısı 95 yaşında olup, ortalama yaş 48.6'dır.

Cinsiyet Dağılımı : 100 hastanın 42'si kadın (%42) ve 58'i erkektir (%58). Kadın/erkek oranı 2/3 gibidir.

### TARTIŞMA

Batı toplumlarında intraperitoneal adhezyonlar intestinal obstrüksiyonun en sık sebebidir (1-15). Inguinal fitik tamininin artan oranda erken kabul edilmesi, boğulmuş fitik olaylarında azalmaya neden olmuştur. Buna karşın, elektif abdominal cerrahinin kapsamının tıptaki ilerlemelere bağlı

olarak daha çok genişlemesi sonucu, intestinal adhezyonlara bağlı obstrüksiyonlarda artma söz konusudur. Kliniğimizde elde ettiğimiz sonuçlar, intestinal obstrüksiyon sebebi olarak en sık boğulmuş fitiği (%45) göstermekte, bunu adhezyonlar (%16) ve kolon kanseri (%15) izlemektedir. Füzün ve ark.'nın Ege Bölgesinde yaptıkları çalışmada (9), intestinal obstrüksiyon nedeni olarak sıklık sırasına göre adhezyonlar (44%), daha sonra strangüle fitiklar (%23,9), volvulus (%12,7) ve kolon tümörü (%10.) gelmektedir. Ancak, bizim İstanbul ve çevresinden gelen ve çoğu düşük sosyoekonomik seviyede olan hastalardan elde ettiğimiz sonuçlarımız farklı olup, toplumda ameliyat olmamış çok sayıda fitik hastası olduğunu göstermektedir. Boğulmuş fitik nedeniyle acil şartlarda yapılacak bir ameliyatta rezeksiyon gerekebilir; bu ise postoperatif morbidite ve mortaliteyi artıran bir unsurdur. Dolayısıyla, toplumun fitikte erken ve komplikasyonsuz bir dönemde ameliyat olmanın yararları ve acil şartlarda yapılacak bir ameliyatın riskleri konusunda aydınlatılması, bu tip vakalarda gelişen intestinal obstrüksiyonların sayısını azaltacaktır.

Diğer önemli bir faktör olarak intestinal adhezyonları görüyoruz. Bunu da minimuma indirmek için uygun ameliyat tekniği, eldivenlerdeki pudranın ıslak gazlı bezle silinmesi, sütür materyalinin uygun seçimi, dokulara nazik davranılması, barsak serozasının kurumasının önlenmesi, elektrokoagülasyonun gereksiz aşırı kullanılmaması,

batında yabancı cisim bırakmamaya aşırı özen gösterilmesi ve barsakta sınırlarda yeterli kan dolaşımının temini önem arz etmektedir (2).

Kolon kanserinde hastaların erken bir aşamada yakalanması, intestinal obstrüksiyon açısından ve ayrıca da sürvi açısından çok önemlidir. Bu bakımdan belli bir yaşın üstünde, rektal kanama, kabızlık, zayıflama gibi şikayetleri olan hastalar, derhal enerjik bir şekilde altta bir kanser olmasın diye fizik muayene, grafi, endoskopi v.b. testlerle iyice incelenmelidir. Erken tanı, morbidite ve mortalite üzerine çok olumlu etki yapacaktır. Sigmoid kolon volvulusu daha seyrek görülen, fakat sonuçları itibariyle önemli bir intestinal obstrüksiyon nedenidir. Bazı Afrika ve Asya toplumlarında sıkça görülmektedir (16). İntestinal volvulusun tip ve insidensi yaşla ilgilidir ve geniş coğrafik farklılıklar gösterir (17). Bunda beslenme alışkanlıklarının büyük önemi olduğu bildirilmektedir (4,11). Erişkinlerde kolon ve sigmoid kolon volvulusu %70-80 oranında, çekum volvulusu ise %10-20 oranında görülmektedir (18).

Sonuç olarak, AMİO etyolojisinde kliniğimiz materyalinden elde ettiğimiz son 5 yıllık sonuçlarına göre; boğulmuş fitik, ön planda yer almakta, bu vakaların erken ameliyata ikna edilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, adhezyonlar da uygun cerrahi kurallarla azaltılabilir. Kolon kanseri konusuna gelince; burada, erken tanı için minimal şikayeti olan ve özellikle belli bir yaşın üstündeki hastalarda şüpheli davranmak çok önem taşımaktadır.

Tablo I: AMİO vakalarında etyoloji ve dağılım

YAZARLAR	VAKA SAYISI	CİNSİYET		ORTALAMA YAŞ
		ERKEK	KADIN	
Boğulmuş fitik	45	18	27	52
Adhezyonlar	16	8	8	44
Kolon kanseri	15	9	6	51
Sigmoid kolon volvulusu	5	1	4	78
Segmenter incebarsak hast. (Crohn,tm..)	5	3	2	60
Fitobezoar	4	2	2	32
İnvajinasyon (İleo-çekal, Jejun-jejunal, Jejun-gastrik).	3	2	1	37
Psüdo-obstrüksiyon (Ogilvie hastalığı)	1	1	-	17
İnternal herniasyon	1	-	1	69
Sup.Mez.Arter Send.	1	-	1	29
Safra taşı ileusu	1	-	1	66
Parazit + Prezervatif ileusu	1	-	1	34
Henoch-Schönlein hast.	1	1	-	40

## KAYNAKLAR

1. Abi F, el Far es F, Nechad M: Acute intestinal obstruction : General review :a propos of 100 cases, *J, Chirur* 124: 471, 1987.
2. Asbun HJ, Pempinello C, Halasz NA: Small bowel obstruction and its management. *J int Surg* 74: 23, 1989.
3. Bender JS, Busuato MJ, Graham C, et al: Small bowel obstruction in the elderly. *J Am Surg* 55: 385, 1989.
4. B'Ohmig HJ, Enkner U: Mechanical ileus of the small intestine. *J Chir* 60: 189, 1989.
5. Holder WD Jr: Intestinal obstruction. *Gastroenterol Clin North Am*. 17: 317, 1988.
6. McEntee G, Pender D, Mulvin D, et al: Current spectrum of intestinal obstruction. *Br J Surg* 74: 976, 1987.
7. Mucha P Jr: Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am* 67: 597, 1987.
8. Richards WO, William LF Jr : Obstruction of the large and small intestine. *Surg Clin North Am* 68: 355, 1988.
9. Tanhiphat C, Chittmitrapap S, Prasopsunti K: Adhesive small bowel obstruction. *Am J Surg* 154: 283, 1987.
10. Zadeh BJ, David JM, Canizao PC: Small bowel obstruction in the elderly. *Am J Surg* 51: 470, 1985.
11. Füzün M, Kaynak E, Harmancıoğlu Ö, and Astarıcıoğlu K: Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey. *Br J Surg* 78: 202, 1991.
12. Nelson TW, Ellis H: The spectrum of intestinal obstruction today. *Br J Clin Pract* 38: 249, 1984.
13. Bevan PG : Adhesive obstruction in the adult. *Br J Hosp Med* 27: 258, 1982
14. Schrock TR: Small intestine, Obstruction of the small intestine. In Way LW (ed) : *Current Surgical Diagnosis and Treatment, Edition 10, Lebanon, Appleton and Lange* 1994, pp 623-628.
15. Fabri PJ and Rosemurgy A: Reoperation for small intestinal obstruction, *Surg Clin North Am* 71: 131, 1991.
16. Osime U: Volvulus of the sigmoid colon. *JR Coll Surg Edinb* 25: 32, 1980.
17. Ellis H: Acute intestinal obstruction. In Schwartz SI, Ellis H, ed. *Maingot's Abdominal Operations, 9th Adition, Volume 1, Chapter 39, Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1989, pp 855-904.*
18. Holder WD: Intestinal obstruction. *Gastroenterol Clin North Am* 17 (2): 317, 1988.

---

**Yazışma Adresi : Dr.Abud KEBUDİ,**  
Salih Tozan Sokak Polat Apt. No: 2/22  
Gayrettepe 80300/ İSTANBUL

---