

Nadir bir peritonit nedeni jejunal divertikülit: Olgu sunumu

Burhan Hakan Kanat¹, Mesut Yur², Fatih Erol¹, Sibel Özcan³, Mehmet Buğra Bozan¹, Fatih Mehmet Yazar¹

ÖZET:

Nadir bir peritonit nedeni jejunal divertikülit: Olgu sunumu

Jejunioleal divertikülozis nadir görülen bir rahatsızlıktır ve hastalığın seyri çoğunlukla asemptomatiktir. Nadiren de akut komplikasyonlarla karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda daha önce iki kez divertikül perforasyonu hikâyesi olan ve akut karın semptomlarıyla acil servise başvuran, karın eksplorasyonunda divertikülit bulguları olan 26 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Jejunal divertikülit, peritonit, tedavi

ABSTRACT:

A rare cause of peritonitis; jejunal diverticulitis: case report

Jejunioleal diverticulosis is a rare disorder and frequently has asymptomatic progression. It is rarely presented with acute complications. In this case report we are presenting a 26 year old man administered to emergency department with acute abdomen symptoms who had diverticular perforation history for two times and diverticulitis finding in abdominal exploration.

Key words: Jejunal diverticulitis, peritonitis, treatment

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2013;47(4):209-211

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ-Türkiye
²Adıyaman Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman-Türkiye
³Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Elazığ-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Burhan Hakan Kanat, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ-Türkiye

E-posta / E-mail:
ku318@mynet.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
5 Mayıs 2013 / May 5, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
27 Kasım 2013 / November 27, 2013

GİRİŞ

Divertiküller en sık kolona lokalize olmakla birlikte, özefagustan başlayarak sindirim kanalının herhangi bir yerinde olabilir (1). İnce barsağın en bilindik divertikülü Meckel divertikülü olup, bu aynı zamanda gastrointestinal sistemin en sık rastlanan konjenital anomalisidir (2).

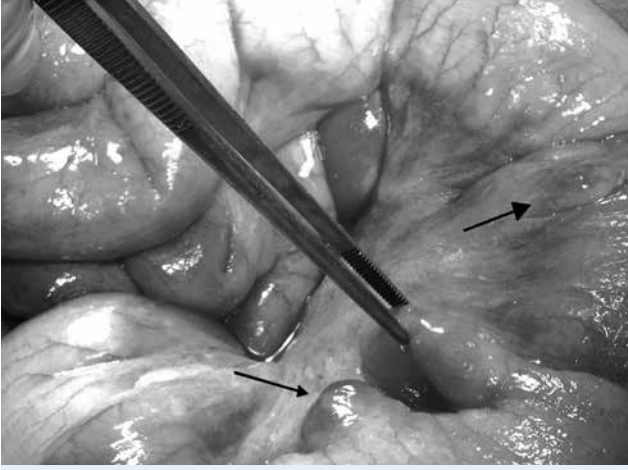
Meckel dışı ince barsak divertikülleri ise oldukça nadir olup insidansı %0.06- 1.9 oranında değişmektedir (3). Bu olgu sunumunda, öyküsünde daha önce 2 kez jejunum divertikül perforasyonu olan, akut karın semptomlarıyla acil servise başvuran, karın eksplorasyonunda divertikülit ve yerel inflamasyon bulguları olan 26 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yirmi-altı yaşında erkek hasta bir gün önce başlayan karın ağrısı ve bulantı şikayetleri nedeni ile diş

merkezden acil servisimize sevk edildi. Hastanın hikayesinde ağrısının sürekli aynı şiddette olduğu ve hareket etmekle arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde iki kez ince barsak perforasyonundan ameliyat olduğu öğrenildi. Detaylı sorgulanmasından ve eski epikriz raporlarının incelenmesiyle hastada ince barsak divertiküler hastalığı olduğu tespit edildi.

Kaşektik görünümdeki hastanın karın muayenesinde geçirilmiş operasyona ait orta hat kesi skarları izlendi. Dinlemekle barsak sesleri hipoaktif, palpasyonda tüm karında hassasiyet ve müsküler defans mevcuttu. Rektal muayenede özellik yoktu. Kan basıncı:130/70 mmHg, solunum sayısı: 22/dk, nabız sayısı: 124/dk, ateş: 38.6°C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde, beyaz küre değeri 18900/mm³ olup diğer parametreler normaldi. PA akciğer grafisinde özellik yoktu. Ayakta direk karın grafisinde birkaç adet ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyesi ve gaz gölgeleri mevcuttu. Ultrasonografide (USG) karında yaygın serbest sıvı tespit edildi.



Resim 1: Divertiküllerin intraoperatif görünümü

Mevcut bulgular ile hasta ameliyata alındı. Ameliyat öncesi 3.kuşak sefalosporin profilaksisi yapıldı. Eksplorasyonda, karın sağ alt kadranda ve rektovezikal boşlukta olmak üzere karında yaygın serbest sıvı ve yer yer apseler olduğu izlendi. Karında safra ya da intestinal içerik yoktu. Treitz'den 20-25 cm. distal den başlayarak ince barsaklarda çok sayıda divertiküller vardı. En distaldeki divertikül ileoçekal valfin yaklaşık 30 cm proksimalindeydi. Divertiküllerin boyutları 0.5 ile 2 cm arasında değişmekteydi (Resim 1).

Treitz'den yaklaşık 80 cm distalde jejunumdaki bir divertikülün etrafında yerel inflamasyon ve apse odağı mevcuttu. Makroskopik bir perforasyon izlenmedi bu nedenle hasta divertikülite bağlı mikroperforasyon olarak değerlendirildi ve rezeksiyon düşünülmedi. Karın içi bol izotonik NaCl ile yıkandıktan sonra her iki parakolik alana ve retrovezikal alana birer dren konularak ameliyat sonlandırıldı.

Postoperatif dönemde 3.kuşak sefalosporin ve metronidazol tedavisi başlandı. Takibinin 2. gününde sürekli ateşi ve beyaz küre yüksekliği olması üzerine enfeksiyon hastalıkları Tigecycline tedavisi (100 mg'lık başlangıç dozdan sonra her 12 saatte bir 50 mg) başladı. Tigecycline tedavisinin 3. gününde ateşi normale döndü. Postoperatif 4. günde gaz-gaita çıkışı olan hastanın nazogastrik sondası ve parakolik alanlardaki drenleri çekildi. Beşinci gün oral alımı sıvı rejim olarak başlandı ve giderek artırıldı. Altıncı gün retrovezikal alandaki dreni de çekilerek hasta

postoperatif 8. günde dikişleri alındıktan sonra sorunsuz olarak taburcu edildi. İleri tetkik ve tedavi amaçlı gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerildi.

TARTIŞMA

Meckel dışı ince barsak divertikülleri ilk kez 1807'de Sir Astley Cooper tarafından otopsi bulgusu olarak tanımlanmıştır (4,5). Bu divertiküllerin %80'i yalnızca jejunumda, %15'i yalnız ileumda ve %5'lik kısmı ise her iki bölümde görülür (6). Bu olguda jejunoleal divertikulozis mevcuttu. Literatürde farklı ebatlarda birçok ince barsak divertikülü sunulmuştur. Genel olarak jejunumdaki divertiküller ileumdakilere göre daha büyüktür (5). Bu olguda da ileumdaki bazı divertiküller büyük olsa bile genele bakıldığında jejunumdakiler daha büyük olup literatür ile uyumluydu.

Jejunoleal divertiküller genellikle asemptomatikler. Bunlarda tanı; çoğu zaman ya laparotomi esnasında ya da çeşitli radyolojik görüntüleme çalışmaları sırasında tesadüfen konulur. Daha az oranda ise akut komplikasyonlar veya kronik semptomlarla karşımıza çıkarlar. Kronik semptomlar; karın ağrısı, yemek sonrası hissedilen abdominal şişkinlik hissi, kısmi barsak tıkanıklığına bağlı karında subileus tablosu, bulantı-kusma, kilo kaybı, steatore, anemi, malabsorbsiyona sekonder semptomlar, kronik gastrointestinal kanamadır. Akut komplikasyonlar ise ileus, kanama ve daha nadiren perforasyondur (3-5). Bu olguda tanı akut komplikasyon (perforasyon) nedeni ile daha önceden konulmuştu ve hasta iki kez ameliyat edilmişti. Ancak hastada iştahsızlık, bulantı-kusma, ve kaşeksi gibi kronik semptomlar da mevcuttu.

Asemptomatik jejunum divertikülleri için herhangi bir tedavi önerilmez. Akut komplikasyon varlığında ise segmenter rezeksiyon ve primer anastomoz yapılması yeterlidir. Divertikülün lokal rezeksiyonu önerilmemektedir (4,5). Bu olgunun ilk ameliyatında; rezeksiyon-anastomoz yapılmış. İkinci ameliyatında ise bu ameliyatta olduğu gibi perforasyon alanı saptanmamış ve tedavi apse drenajı, peritoneal yıkama ve debritleme ile sonlandırılmış. Olguda rezeksiyon düşünülmemesinin nedeni yerel inflamasyon olması ve perforasyon alanının tam olarak saptanamamasıydı.

Asemptomatik bir hastada jejunoileal divertiküloz tanısı koyabilmek için şüphelenilmelidir. Bu aşamada dahi tanı koymak her zaman kolay olmayabilir. Tanıda preoperatif dönemde enteroklizis veya üst gastrointestinal baryumlu grafilerden faydalanılır. Ayrıca ince barsak değerlendirilmesinde video kapsül endoskopi (VCE) denilen yeni bir yöntem de kullanılmaktadır (3,6). Bazı durumlarda ise ince barsak divertikülozisi araştırılmalıdır. Çünkü bu divertiküller; mitokondrial nörogastrointestinal ensefalomyopati sedromu gibi bazı genetik geçişli sendromların bir parçası olabilmektedir. Bu sendrom klinik olarak gastrointestinal dismotilite, oftalmoparezi, periferik nöropati, lökoensefalopati, kaşeksi ve ptozis gibi semptomlarla karakterize, otozomal resesif bir hastalıktır (7). Bu tür sendromlarda divertikül araştırılması yapılması gerektiği gibi divertikülozli hastalar da ek problemler varlığında sendromlar açısından araştırıl-

malıdır.

Önceden tanısı bilinmiyor ve akut komplikasyon ile karşımıza çıkan durumlarda ise hastaların %90'ına preoperatif doğru tanı konmadığından laparotomi esnasında tanı konur (8). En sık karşılaşılan komplikasyonu olan perforasyonda sadece ameliyat öncesi tanı değil, ameliyatta da tanı koymada problem yaşanabilir. Divertiküller jejunumun mezenterik yüzünde olduğundan mezenterik yağ dokusu içinde çok iyi kamufle olabilir. Bu nedenle detaylı bir karın eksplo-rasyonu yapılmalıdır (4).

Sonuç olarak; jejununoileal divertikülozis tanısında ve tedavisinde zorluklar olan ve nadir görülen bir hastalıktır. Kronik semptomlarla seyreden durumlarda konservatif tedavi seçilmelidir. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen durumlarda ve komplikasyonların varlığında ise, segmenter rezeksiyon ve primer anastomoz tercih edilen tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Üstündağ Y, Baysal Ç, Boyacıoğlu S, Işıklar İ, Köksal R. Gastrointestinal sistemde Atipik Görünümlü Divertiküller. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 2001; 12(1): 44-8.
2. Kamal E, Bani-Hani, Nawaf J, Shatnawi. Meckel's Diverticulum: Comparison of Incidental and Symptomatic Cases. *World J Surg* 2004; 28(9): 917-20.
3. Akdur PÖ, Yıldız S, Ölçer T. Jejunoileal Divertiküller: Olgu Sunumu. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 9(3): 41-3.
4. Koyuncu A, Turan M, Sözeri S, Kıvanç F, Gökgöz Ş, Eğilmez R, Şen M. Jejunal Divertikül Perforasyonu: Olgu Sunumu. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 25(1): 35-7.
5. Dirican A, Ünal B, Sümer F, Başsüllü N, Özgür D, Kırımlıoğlu V. Dev Soliter Jejunal Divertikül Perforasyonu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 16(1): 53-5.
6. T Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007 21; 13(15): 2240-42.
7. Kaynak B, Bozkurt S, Kaya MA, Yılmaz A, Çelik F. İleal Divertikülit İle Seyreden Mitokondrial Nörogastrointestinal Ensefalomyopati. *Haseki Tıp Bülteni* 2005; 43(1): 32-4.
8. Dedeoğlu E, Bulut T, Bayram B, Dedeoğlu B. Nadir Bir Klinik Antite: Jejunal Divertikül Perforasyonu ve İleusu. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2012. (Baskıda)