

KOMPLİKASYONLU MECKEL DİVERTİKÜLLERİ*

COMPLICATED MECKEL'S DIVERTICULUM

Dr. Adem AKÇAKAYA, Dr. Orhan ALİMOĞLU, Dr. Orhan Veli ÖZKAN, Dr. Mustafa ŞAHİN¹

ÖZET

Amaç: Komplikasyonlu Meckel divertikülü nedeniyle cerrahi uyguladığımız olguları sunmak.

Gereç ve yöntem: Kliniğimizde 1994-2001 yılları arasında ameliyat edilen ve komplikasyonlu Meckel divertikülü saptanan 8 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 6'sı erkek, 2'si kadın olup, yaş ortalaması 31(13-65) idi. Olguların 6'sı akut karın, 2'si boğulmuş fitik ön tanıları ile ameliyata alındı. Ameliyatta olguların 3'ünde intestinal obstruksiyon, 2'sinde Littre fitiği, 2'sinde divertikülit, 1'inde ise divertikül perforasyonu tespit edildi. İntestinal obstruksiyon saptanan olguların 2'sinde divertikülden göbeğe uzanan bant, 1'inde ise mezodivertiküler bant mevcuttu. Beş olguda divertikülektomi yapılırken 3 olguda ileuma rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapıldı. Ortalama divertikül çapı 2.3 cm (2-4), ortalama divertikül uzunluğu ise 3.5 cm (3-8) idi. Divertikülektomi yapılan bir olguda postoperatif intestinal obstruksiyon saptandı ve divertikülektomi yapılan ileum segmenti rezeke edildi.

Sonuç: Komplikasyonlu Meckel divertiküllerinin klinik özelliklerinin iyi bilinmesi akut karın ön tanılı hastalarda insizyon seçimi, cerrahi girişim zamanının planlanması, tanı yanılması ve morbiditede artma gibi problemlerin oluşmasını önleyecektir.

Anahtar kelimeler: Meckel divertikülü, komplikasyon, tedavi

ABSTRACT

Background: In this study we present our experience in the surgical treatment of complicated Meckel's diverticulum.

Methods: The data of eight patients who underwent surgery due to complications of Meckel's diverticulum between 1994 – 2001 was retrospectively assessed.

Results: There were six males and two females with a mean age of 31 years (range 13 to 65). Preoperative diagnoses were acute surgical abdomen in six and incarcerated inguinal hernias in two patients. Intraoperative diagnoses were as follows; Littre's hernia in two, diverticulitis in two, perforation of the diverticulum in one and intestinal obstruction in three patients (there was a band extending from diverticulum to the umbilicus in two patients and a mesodiverticular band in the remaining one). While diverticulectomies were performed in five patients, three had small bowel resections. The mean diameter of the diverticules was 2.3 cm (range 2 to 4) and the mean length was 3.5 cm (range 3 to 8). Postoperative intestinal obstruction was observed in one patient who had underwent diverticulectomy and subsequently a small bowel resection was performed.

Conclusion: Being aware of the complications of the Meckel's diverticulum is necessary in correct timing of the surgery and selecting the proper incision in patients with acute abdomen. This will result in decreased morbidity.

Key words: Meckel's diverticulum, complication, treatment.

GİRİŞ

Meckel divertikülü erişkinlerde gastrointestinal sistemde en sık rastlanan konjenital anomali-dir. Görülme sıklığı %1-3'dür.¹ İnce barsak duvarının tüm katlarını içerir ve gerçek bir divertiküldür. İntrauterin hayatta vitellin keseyi primitif barsağa bağlayan omfalo-mezenterik kanalın kalıntısıdır. Meckel divertikülü gebeliğin 7-8. haftalarında kapanması gereken omfalo-mezenterik kanalın kapanmaması sonucu oluşmaktadır.^{1,2}

Erkeklerde kadınlardan iki kat siktir ve ileoçe-

kal valvden 60 cm proksimalde bulunur. İki cins ek-topik mukoza içerebilir ve %90'ı klinik belirti vermez.³ Klinikte; ince barsak divertikülü (%82.5), fib-röz bant (%10), enterokutanöz fistül (%6), intrame-zenterik divertikül (%1), göbekte kitle (%0.5) olarak karşımıza çıkabilir. Meckel divertikülü semptom-suz olup tesadüfen saptanabileceği gibi yaşamı tehdit eden değişik komplikasyonlar ile de karşı-mıza çıkabilir. Literatürde torsiyona bağlı gangrene Meckel divertikülü⁴, mezodivertiküler banda bağlı kısmi ince barsak obstrüksiyonu⁵, divertikülün fib-

rotik bant etrafında torsiyonuna bağlı ince barsak ve Meckel divertikülü nekrozu^{6,7}, çekal volvulus⁸, masif gastrointestinal kanama⁹, divertikül perforasyonu¹⁰ gibi çok sayıda komplikasyon bildirilmiştir.

Bu çalışmada kliniğimizde Meckel divertikülü komplikasyonları nedeniyle tedavi edilen olgular sunuldu.

GEREÇ VE YÖNTEM

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniğinde 1994-2001 yılları arasında komplikasyon oluşturan Meckel Divertikülü saptanan ve cerrahi girişim uygulanan 8 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular yaş, cins, ameliyat endikasyonları, divertikülün çap ve uzunluğu, Meckel divertikülünün oluşturduğu komplikasyon, uygulanan cerrahi girişim ve postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Bu dönem içerisinde başka nedenlerle ameliyat edilirken rastlantısal olarak tespit edilen divertiküller çalışmaya alınmadı.

SONUÇLAR

Olguların 6'sı erkek 2'si kadın ortalama yaş 31(13-65) idi. Ameliyat endikasyonları 6 olguda akut karın, 2 olguda boğulmuş fitik idi.

Ameliyatta 3 olguda (%37.5) intestinal obstrüksiyon, 2 olguda (%25) divertikülit, 2 olguda (%25) Littre fitiği, 1 olguda (%12.5) divertikül perforasyonu tespit edildi. İntestinal obstrüksiyon saptanan 3 hastanın 2'sinde divertikülden göbeğe uzanan bant, 1'inde mezodivertiküler bant mevcuttu. Divertikülden göbeğe uzanan bant bulunan bir olguda bantın üzerinden ileoçekal volvulus olmuş ve divertikül gangrene görünümde idi. İleum segmenti volvulus ve bant arasına sıkışmıştı. Çekum volvulusu düzeltilerek ileum rezeksiyonu yapıldı. Littre fitiği tespit ettiğimiz iki olguda da Meckel divertikülü inguinal fitik kesesi içinde ve boğulmuştu. Hastaların 5'ine (%62.5) divertikülektomi, 3'üne (%37.5) ise segmenter ileum rezeksiyonu + uç uca anastomoz yapıldı. Divertikülektomi yapılan 4 olguda appendektomi de yapıldı. Littre fitiği tespit edilen olgulardan birinde fitik onarımı ağ örme onarım ile, diğerinde ise prolen yama ile yapıldı.

Divertikülektomi yapılan bir olguda (%12.5) postoperatif 10. gün ileus gelişti, wedge rezeksiyon yapılan yerde darlık tespit edildi ve ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı.

Divertikül genişliği ortalama 2,3 cm (2-4cm), uzunluğu ortalama 3,5cm (3-8cm) olarak tespit edildi (Resim 1). Olguların patolojik incelemelerinde Littre fitiği nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastaların birinde gastrik mukozaya ile dōşeli alanlar içeren fokal hemorajili kronik divertikülit tespit edildi, diğer olgularda ektopik mukozaya tespit edilmedi.



Resim 1. Meckel divertikülü

TARTIŞMA

Meckel divertikülü görülme sıklığı %1-3 tür ve bunların %4'ü komplikasyonla karşımıza çıkar.^{4,5,9,11,12} Binkırkdört olguluk bir çalışmada semptomatik olguların %31'ni obstrüksiyon, %23'ünü kanama, %14'ünü divertikülit, %14'ünü invajinasyon, %10'unu perforasyon ve %8'ini diğer komplikasyonların oluşturduğu bildirilmiştir.¹³ Hastalarımızın %38'inde intestinal obstrüksiyon, %25'inde divertikülit, %25'inde Littre fitiği, %12'sinde ise divertikül perforasyonu tespit edildi.

Erişkinde ince barsak obstrüksiyonu en sık rastlanılan komplikasyon iken çocuklarda en sık kanama görülmektedir.¹⁴ Obstrüksiyon divertikülden karın duvarına uzanan bantın üzerinde ince barsağın veya çekumun volvulusu, invajinasyon, bantın barsağı sarması ile basit obstrüksiyon, internal herniasyon, divertikülün kasık fitiği içinde inkansere olması (Litre fitiği) gibi çeşitli mekanizmalarla oluşabilir.^{4,6,7,8} Olgularımızın üçünde intestinal obstrüksiyon saptadık.

Meckel divertikülünün diğer bir komplikasyonu kanamadır. Kanama çocuk yaş grubunda taze kan yada çilek rengi dışkılama ile ortaya çıkarken, erişkin yaş grubunda melena ve karında ağrıyla ortaya çıkar.¹⁵ Kanama divertikülün veya ektopik mide mukozasına bitişik ileum mukozasının peptik ülserasyonu sonucu oluşmaktadır. Ektopik pankreas dokusunun alkali sekresyonu da ülserasyona sebep olabilmektedir.¹⁶ Literatürde özellikle çocuklarda kanama oranının %35'lere kadar ulaştığı bildirilmektedir.¹⁷ Olgularımız arasında kanama komplikasyonu ile başvuran hasta olmadı.

Litre fitiği, fitik kesesi içinde Meckel divertikülünün bulunmasıdır ve ilk kez 1700 yılında Alexis Littre tarafından tanımlanmıştır. Meckel divertikülü olguların % 50'sinde inguinal, %20'sinde femoral, %20'sinde umbilikal, %10'unda da diğer fitiklerin içerisinde tespit edilir. Semptomatik Littre fitiği

kitle ile kendini gösterir. Strangulasyon ve nekroz gelişirse ateş ve lökositöz görülmesine rağmen intestinal fonksiyon göreceli olarak normal kalabilir.^{1,18} Bizim tespit ettiğimiz iki Littre fitiği da inguinal fitik içerisinde ve strangule olmuştur.

Divertikülit sıklıkla divertikül içindeki heterotopik mukozanın ülserasyonu ve dar boyunlu bir divertikülün fekalit gibi yabancı bir cisim ile tıkanması, ya da divertikülün torsiyonu, gangrene olması ile olguların %10-20'sinde oluşur. Perforasyon ve buna bağlı lokalize ya da generalize peritonit gibi komplikasyonlarla ortaya çıkabilir. Perforasyonun sıklıkla sebebi kürdan ve balık kılıcı gibi yabancı cisimlerin yutulması ya da fitik kesesindeki divertikülün strangulasyonu olduğu ve apandisit bulguları ile karıştığı bildirilmektedir.^{1,15} Akut karın bulguları ile ameliyat ettiğimiz olguların 2'sinde divertikülit ve birinde de divertikül perforasyonu tespit ettik. Üç olgumuzun da ön tanısı akut apandisit.

Asemptomatik ve insidental tespit edilen Meckel divertiküllerine yaklaşım tarzı tartışmalıdır. Meckel, komplikasyon oranlarının %25'lere kadar çıkabileceğini bildirdikten sonra asemptomatik divertiküllerin rezeke edilmesi gerektiği düşünülmüştür. 1967'de Root ve Baker'ın çalışmasında elektif rezeksiyonların mortalitesi ve morbiditesi düşük bulunurken, komplikasyonlu olgularda mortalite %5 ve morbidite %33 olarak bildirilmiştir.¹⁹ 1968'de Schlicke ve Johnston laparotomi sırasında ince barsakların mutlak incelemesini ve tespit edilen olgularda elektif divertikülektomi önermişlerdir.²⁰ Buna karşın 1976'da Soltero ve Bill 800 olguluk serilerinde, az sayıda cerrahi komplikasyonu önleyebilmek için çok sayıda gereksiz operasyon

uygulanacağını ve tesadüfen tespit edilen Meckel divertiküllerinin rutin olarak çıkarılmasının gereksiz olduğu savını ileri sürmüşlerdir.¹¹

Semptomatik Meckel divertikülünün tedavisi cerrahidir. İntestinal obstruksiyonlu olgularda laparotomiye kadar tanı koymak zordur. Cerrahide olguya göre divertikülektomi ya da ileum rezeksiyonu yapılır. Kanamalı hastalarda heterotopik mide mukozasına komşu ileum mukozasından kanama olacağı için ileum rezeksiyonu tercih edilmelidir. Keza darlık oluşma ihtimalinden dolayı tabanı geniş divertiküllerde, gangrene veya malign proses ile birlikte olan divertiküllerde, ektopik mukozaya olduğundan şüphelenilen olgularda da rezeksiyon tercih edilmelidir. Divertikül ileumda darlık oluşturmayacak şekilde transvers olarak çıkarılır.^{3,14,15} Olgularımızın 5'ine divertikülektomi, 3'üne ise segmenter ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Divertikülektomi yapılan bir olguda postoperatif ileus gelişti, divertikülektomi yapılan yerde darlık tespit edildi ve ileum rezeksiyonu yapıldı. Bu olgumuz komplikasyon gelişen tek olgu (%12.5) idi.

Sonuç olarak akut karın, ileus, nedeni açıklanamayan gastrointestinal kanama düşünülen hastalarda Meckel divertikülü komplikasyonları ön tanı da düşünülmelidir. Akut karın ön tanısıyla laparotomi yapılan hastalarda tabloyu açıklayacak bir patoloji tespit edilemezse Meckel divertikülü aranmalıdır. Meckel divertikülünün klinik özelliklerinin iyi bilinmesi akut karın ön tanılı hastalarda insizyon seçimi, cerrahi girişim zamanının planlanması, tanı yanılması ve morbiditede artma gibi problemlerin oluşmasını önleyecektir.

KAYNAKLAR

1. Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). *Am J Surg.* 1980; 139: 286-289.
2. Leijonmarck CE, Bonman-Sandelin K, Frisell J, et al. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg.* 1986; 73: 146-149.
3. St-Vil D, Brandt ML, Panic S, et al. Meckel's diverticulum in children: a 20-year review. *J Pediatr Surg.* 1991; 26: 1289-1292.
4. Malhotra S, Roth DA, Gouge TH, et al. Gangrene of Meckel's diverticulum secondary to axial torsion: a rare complication. *Am J Gastroenterol.* 1998; 93: 1373-1375.
5. Sanders LE. Laparoscopic treatment of Meckel's diverticulum. Obstruction and bleeding managed with minimal morbidity. *Surg Endosc.* 1995; 9: 724-727.
6. Aldemir M, Yılmaz G, Girgin S, ve ark. Meckel divertikülüne bağlı ince barsak torsiyonu. *Kolon Rektum Hast Derg.* 2000; 10: 94-95.
7. Matthews P, Tredgett MW, Balsitis M. Small bowel strangulation and infarction: an unusual complication of Meckel's diverticulum. *J R Coll Surg Edinb.* 1996; 41:55-56.
8. Neidlinger NA, Madan AK, Wright MJ. Meckel's diverticulum causing cecal volvulus. *Am Surg* 2001; 67: 41-43.
9. Lichtstein DM, Herskowitz B. Massive gastrointestinal bleeding from Meckel's diverticulum in a 91-year-old man. *South Med J.* 1998; 91: 753-754.
10. Kundra R, Wardhan H. Perforated Meckel's diverticulum presenting as subphrenic abscess. *Indian J Pediatr.* 2001; 68: 353-354.

Komplikasyonlu Meckel Divertikülleri

11. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg.* 1976; 132: 168-175.
12. Brown CK, Olshaker JS. Meckel's diverticulum. *Am J Emer Med.* 1988; 6: 157-164.
13. Scharli AF. Vitello-intestinal disorders. In: Freeman, NV, Burge DM, Griffiths M, Malone PSJ, 1st ed. *Surgery of the Newborn.* Edinburg, Churchill Livingstone, 1994:243-253
14. Turgeon DK, Barnett NL. Meckel's Diverticulum. *Am J Gastroenterol.* 1990; 85: 77-81.
15. Güçlü U, Güçlü M, Kaman S, ve ark. Meckel divertikülü komplikasyonları. *Klinik Gelişim Derg.* 1993; 6: 2342-2344.
16. Artigas V, Calabuig R, Badia F, et al. Meckel's diverticulum: value of ectopic tissue *Am J Surg.* 1986; 151: 631-634.
17. Martin JP. Meckel's diverticulum. *Am Fam Physician.* 2000; 61: 1037-1042.
18. Giritli G, Özkan OV, Şanlı E, ve arkadaşları: Littre Fıtığı Olgusu. *Çağdaş Cerrahi Derg.* 2000;14:189-190
19. Root BT, Baker CP. Complications associated with Meckel's diverticulum. *Am J Surg.* 1967; 114: 285-288.
20. Schlicke CP, Johnston EW. Experiences with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet.* 1968; 126: 91-93.

¹SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi I. Cerrahi Kliniği, İstanbul

*3. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresinde (24-27 Ekim 2001, Konya) bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi: Dr. Adem Akçakaya

Kızılelma Cad. No: 6 Kat: 1 34280 Fındıkzade/İST

E-mail: aakcakaya@hotmail.com