

KARIN DUVARI FITIKLARINA BAĞLI
MEKANİK BARSAK TIKANMALARIMECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY
ABDOMINAL WALL HERNIAS

Dr.Adem AKÇAKAYA, Dr.Orhan ALİMOĞLU, Dr.Turgut HEVENK, Dr.Gürhan BAŞ, Dr.Mustafa ŞAHİN

ÖZET: Barsak tıkanmaları acil cerrahi girişim gerektiren önemli patolojilerdendir. Tedavisinde seçilecek cerrahi yöntem, girişim için geçen süre ve tekrarının önlenmesi gibi sorunlar güncelliğini korumaktadır. Etyolojide gelişmiş ülkelerde postoperatif yapışıklıklar ön sırada iken gelişmekte olan ülkelerde boğulmuş fitikler ön plandadır.

Bu çalışmada 1993-1999 yılları arasında kliniğimizde mekanik barsak tıkanması tanısı ile opere edilen 147 olgudan 80 boğulmuş karın duvarı fitiği retrospektif olarak değerlendirildi. 80 olgunun 50'si (%62.5) erkek, 30'u (%37.5) kadın ortalama yaş 59 (4-94) idi. İnguinal herni 49 vaka ile en sık sebepti. Fitik kesesi içinde en sık ince barsaklar tespit edildi. Olgulardan 14'üne(%17,5) fitik onarımı dışında ek cerrahi girişim uygulandı. Toplam morbiditemiz %22.5 mortalitemiz %7.5 olarak tespit edildi.

Barsak tıkanıklığı bulguları ile başvuran hastalarda fitik noktaları dikkatle muayene edilmelidir. Acil girişimlerde morbidite ve mortalite oranları yüksek olduğundan karın duvarı fitiği saptanan hastalara elektif cerrahi girişim uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Karın duvarı fitikleri, mekanik barsak tıkanmaları

SUMMARY: Mechanical intestinal obstructions form important part of pathologies those necessitates emergent surgical intervention. Length of time between symptoms and surgery, preference of surgical procedure and prevention of recurrence are still under discussion. While the most frequent etiological factor is postoperative adhesions in developed countries, strangulated hernias are more common in developing countries .

In this study, among 147 cases operated on with the diagnosis of mechanical intestinal obstruction between 1993-1999, 80 strangulated were 50 males (%62,5) and 30 females (%37,5). Mean age was 59 years (range 4-94). The most frequent type of hernia was inguinal hernia and observed in 49 cases. Small intestine was detected most frequently in hernia sac. In 14 cases (%17,5), beside hernia repair, additional surgical interventions were performed.Total morbidity was %22,5 and mortality was %7,5 .

Patients with mechanical intestinal obstruction should be evaluated for abdominal wall hernias because of high incidence of meck surgical intervention have high morbidity and mortality rates, elective surgery should be recommended when abdominal wall hernia is diagnosed.

Keywords: Abdominal wall hernias, mechanical intestinal obstruction.

GİRİŞ

Barsak tıkanmaları bugün de cerrahların en sık karşılaştığı acil cerrahi girişim gerektiren patolojilerin başında gelmekte, tedavisinde seçilecek cerrahi yöntem, girişimin zamanı ve problemin tekrarının önlenmesi gibi sorunlar güncelliğini korumaktadır. Barsak tıkanmalarının etyolojik nedenleri ülkeden ülkeye değişiklik

göstermekle beraber gelişmiş ülkelerde en sık ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara, gelişmekte olan ülkelerde ise boğulmuş fitiklere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde değişik merkezlerde farklı zamanlarda yapılmış çalışmalar, sosyo-ekonomik olarak gelişmiş bölgelerde yapışıklıklara bağlı tıkanmaların arttığını ancak genelde boğulmuş fitiklerin en sık barsak tıkanması nedenini oluşturduklarını göstermektedir (1,2,3,4,5,6,7,8).

Bu çalışmada kliniğimize başvuran ve "karın duvarı fitiklerine bağlı akut mekanik barsak tıkanıklığı" ön

*Vakıf Gureba Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

Yazışma adresi: Dr.Adem AKÇAKAYA

Vakıf Gureba Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

tanısı ile acil ameliyat edilen olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 1993-1999 yılları arasında kliniğimizde mekanik barsak tıkanması tanısı ile ameliyat edilen 147 olgudan 80 boğulmuş karın duvarı fıtığı retrospektif olarak değerlendirildi.

Ameliyat öncesinde içerisindeki organların batına re-dükte olmasına bağlı fıtık kesesi boş olarak tespit edilen veya fıtık kesesinde sadece omentum bulunan olgular bu çalışma kapsamına alınmadı.

Ameliyat edilen hastalar iki grupta incelendi: 1- Fıtık kesesi boynu serbestleştirildikten sonra sıcak serum fizyolojik uygulanması ve beklemekle normale dönen ve rezeksiyon gerektirmeyenler. 2- Tüm çabalara rağmen sıkışmış barsak dokusu yaşayabilirlik kazanamayan olgular. Barsak canlılığı gözlem bulgularına göre canlı, şüpheli ve cansız olarak 3 bölüme ayrılmış, şüpheli ve cansız olan barsaklara cerrahi girişim uygulanmıştır.

BULGULAR

Kliniğimizde mekanik barsak tıkanması nedeniyle opere edilen 147 olguda en sık rastlanan tıkanma sebebi (%54,4) karın duvarı fıtıklarıydı. Tıkanma sebepleri Tablo 1' de görülmektedir.

Tablo 1: Olgularda tıkanma sebepleri

Tıkanma sebebi	Hasta sayısı (%)
Karın duvarı fıtıkları	80 (54.4)
Yapışıklıklar	35 (23.8)
Neoplazm	15 (10.2)
Sigmoid volvolusu	8 (5.5)
Internal herniasyon	3 (2)
Jeneralize peritonit	3 (2)
Tüberküloz peritonit	2 (1.4)
İnce barsak volvolusu	1 (0.7)
Toplam	147 (100)

Boğulmuş karın duvarı fıtıklarının yol açtığı mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 80 olgumuzun 50' si erkek (%62.5), 30' u kadındı (%37,5). Hastalarımızın en genci 4, en yaşlısı 94 olmak üzere ortalama yaş 59,08 idi.

Olgularımızın karın duvarı fıtığının lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo 2' de gösterilmiştir.

Olguların %86' sında ağrı en sık hastaneye başvuru sebebiydi. Hastaların başvuru esnasındaki diğer şikayetleri Tablo 3' te gösterilmiştir.

80 hastanın tümünde ameliyat öncesinde boğulmuş fıtık fizik muayene ile tespit edildi. Hastaların fizik muayene bulguları Tablo 4' te sunulmuştur.

Tablo 2: Boğulmuş fıtıkların lokalizasyonlarına göre dağılımı

Fıtığın tipi	Sayı (%)
İnguinal (direkt + indirekt)	45 (56.2)
Umbikal	12 (15)
İnsizyonel - göbek fıtığı	5 (6.3)
- median	2 (2.5)
Femoral	10 (12.5)
Nüks kasık fıtığı	4 (5)
Epigastrik	2 (2.5)
Toplam	80 (100)

Tablo 3: Hastaların başvuru şikayetleri

Şikayet	Hasta sayısı (%)
Ağrı	69 (86)
Fıtık bölgesinde şişlik	57 (71)
Bulantı - kusma	52 (65)
Gaz-gaita çıkaramama	25 (40)
Karında şişkinlik	17 (21)

Tablo 4: Hastaların fizik muayene bulguları

Muayene bulgusu	Hasta sayısı (%)
Fıtık bölgesinde şişlik	80 (100)
Barsak seslerinde artış	68 (85W)
Timpanik ses	20 (25)
Distansiyon	17 (21)
Rebound	8 (10)
Rijidite	6 (%7.5)

Mekanik barsak tıkanıklığına sebep olan 80 boğulmuş karın duvarı fıtığında ameliyat kesisi fıtık kitlesi üzerinden yapıldı. Sadece bir boğulmuş kasık fıtığı vakasında rezeksiyonu tamamlayabilmek için, ilave olarak median insizyon yapılması gerekti. Hastaların 71' inde fıtık kesesi içinde ince barsaklar 6'sında çekum, 2'sinde sigmoid kolon bulundu. 1 vakada fıtık kesesi içinde ileum ile birlikte Meckel divertikülü (Litre fıtığı) vardı. Hastaların 55' inde strangülasyon mevcuttu. Bunların 42' sinde (%76), fıtık kesesi boynu serbestleştirildikten sonra sıcak serum fizyolojik uygulanması ile barsak rengi ve peristaltizmi normale döndüğünden, barsaklara yönelik herhangi bir ek cerrahi girişim gerekmedi. 9 hastada (%11,2) ince barsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz yapıldı. Fıtık kesesi içinde çekum saptanan, muhtemelen sıkışma nedeniyle appendiksleri ödemli 3 hastaya appendektomi yapıldı. Meckel divertikülü tesbit edilen vakada ince barsak ve Meckel divertikülü rezeksiyonu yapıldı (Tablo 5).

Karın duvarı fıtığı onarımında kullanılan cerrahi yöntemler Tablo 6 da gösterilmiştir. 4'ü kasık fıtığı, 3'ü

göbek fitiği 3'ü nüks inguinal herni, 2'i insizyonel herni olmak üzere toplam 12 olguda prostetik materyel (Pro-len mesh) ile herni onarımı yapıldı.

Tablo 5: Uygulanan cerrahi girişimler

Cerrahi girişim	Hasta sayısı (%)
Yalnızca fitik onarım	80 (100)
Fitik onarımı + ince barsak rezeksiyonu	68 (85W)
Proste. mat ile fitik onar+ince bar rez.	20 (25)
Fitik onarımı + apendektomi	17 (21)
Fitik onarımı + ince barsak + Meckel divert. rezek.	8 (10)
Fitik onarımı + Winkelman hidrosel.	6 (%7.5)
Toplam	

Hastalarda en sık görülen komplikasyon %7,5 ile yara enfeksiyonu idi.(Tablo 6).

Tablo 6: Postoperatif komplikasyonlar

Komplikasyon	Hasta sayısı (%)
Yara yerinde enfeksiyon	6 (7.5)
Skrotal ödem	4 (5)
Postoperatif uzamış ileus	3 (4.8)
Atelektazi	3 (3.7)
Pnömoni	2 (2.5)
Toplam	18 (22.5)

Hastaların 6' sını postoperatif dönemde kaybedilmiş ve mortalite oranımız %7.5 olarak bulunmuştur. Kaybedilen hastaların özellikleri Tablo 7' de görülmektedir.

Tablo 7: Kaybedilen hastaların özellikleri

Yaş	Cins	Fıtığın tipi	Stg.*	Cerrahi girişim	Yandaş hastalık	Ölüm sebebi	
1	81	E	Inguinal	+	İnce barsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz + fitik onarımı	-	Sepsis
2	49	E	Inguinal	+	İnce barsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz + fitik onarımı	Diabet	Pnömoni
3	65	K	Umbilikal	+	İnce barsak rezeksiyonu + uç uca anastomoz + fitik onarımı	İleri derecede obezite	Pulmoner emboli
4	62	K	Femoral	+	Fitik onarımı	Kalp yetmezliği	Kalp yetmezliği
5	72	E	Inguinal	+	Fitik onarımı	Kalp yetmezliği	Kalp yetmezliği
6	86	E	İnsizyonel	+	Fitik onarımı	-	Pulmoner emboli

*Stg: Strangulasyon

tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 100 vakanın 45' inde etyolojik faktör olarak boğulmuş fitikları saptamış, bunu %16 ile yapışıklıkların ve %15 ile kolon kanserine bağlı tıkanmaların izlediğini bildirmiştir (5). Solakoğlu ve ark. mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 68 hastanın retrospektif değerlendirilmesi sonucunda en sık tıkanma sebebinin %60.3 ile boğulmuş fitiklar olduğunu bildirmişlerdir (6). Yıldız ve arkadaşlarının 1990-1997 yıllarını kapsayan 1074 vakalık serilerinde boğulmuş fitiklar %43 ile etyolojide 1. sırayı oluştur-

TARTIŞMA

Batı toplumlarında, karın içi yapışıklıkların mekanik barsak tıkanmalarının en sık sebebi olduğu konusunda tüm yayınlar görüş birliği içindedir. İkinci sırada malign hastalıklar yer almakta ve bunu da fitiklara bağlı barsak tıkanmaları izlemektedir. Sufian ve ark., 1975 yılında 171 vakalık serilerinde yapışıklıklara bağlı tıkanmaların oranını %32.7, neoplazmaları %18.1 ve karın duvarı fitiklarının %17.5 olarak bulmuşlardır (9). McEntee ve ark., 1987 yılında 228 vakalık serilerinde yapışıklıkların %32 ile en büyük etyolojik sebep olduğunu, bunu %26 ile neoplazmaların ve %26 ile boğulmuş fitikların izlediğini bildirmişlerdir (10). 1987 yılında Mucha, mekanik barsak tıkanması nedeniyle cerrahi girişim yapılan 314 vakalık serisinde yapışıklıkların oranını %49, neoplazmaları %15 ve boğulmuş fitikları %15 olarak bildirmiştir (11).

Ülkemizde ise karın duvarı fitiklarına bağlı barsak tıkanmalarının bütün tıkanma nedenleri arasında ilk (birinci sırayı oluşturduğu görülmektedir. 1979 yılında Büyükerem ve arkadaşlarının 268 olguluk serilerinde boğulmuş fitikların %38.8 ile en sık mekanik barsak tıkanıklığı sebebi olduğunu, bunu %30.6 oranıyla yapışıklıklara bağlı barsak tıkanmalarının izlediğini ifade etmiştir (1). Kadioğlu ve arkadaşlarının 1978 - 1988 yılları arasında 542 vakalık serisinde, boğulmuş fitikların %49, yapışıklıkların %18 oranında mekanik barsak tıkanması nedeni olduğu bildirilmiştir (12). Kebudi ve arkadaşları, 1990-1994 yılları arasında mekanik barsak

makta ve yapışıklıklar %21 ile 2. sırayı, volvulus %10 ile 3. sırayı almaktadır(8). Örsel ve arkadaşları, 1983-1997 yılları arasında akut mekanik barsak tıkanması nedeniyle opere edilen 769 hastanın 404' ünde (%53) etyolojik faktörü karın duvarı fitikları olarak bulmuş, bunu %23 ile yapışıklıkların ve %9 ile kolon tümörlerinin izlediğini bildirmişlerdir (13).

Ülkemizde her ne kadar barsak tıkanmalarının en sık sebebi boğulmuş fitiklar ise de, yapışıklıklara bağlı tıkanmaların oranının arttığını gösteren çalışmalar da

vardır. Barsak tıkanması nedenlerini incelemeye yönelik 1964-1976 ve 1978-1987 yıllarını kapsayan iki farklı çalışmada barsak tıkanıklığı nedenlerinin sıralamasında bir değişiklik olmadığı fakat yapışıklıklara bağlı tıkanmaların oranının artmakta olduğu görülmüştür. 1964-1976 yılları arasında mekanik barsak tıkanmasına yol açan karın duvarı fitiklarının oranı %55.6 iken, 1978-1987 yılları arasında bu oran %49'a düşmüştür. Yine aynı dönemlerde karın içi yapışıklıklara bağlı tıkanmaların oranı %13.6'dan %18'e, neoplazmlar ise %5.9'dan %7.9'a yükselmiştir (12). Benzer bir değişimi 1900'lü yılların başından itibaren Batı dünyası da yaşamış ve yapışıklıklara bağlı barsak tıkanmaları giderek en sık rastlanan tıkanma sebebi olmuştur (9,10).

Füzün ve arkadaşlarının 1979-1989 yıllarını kapsayan 582 olguluk serilerinde yapışıklıklar %44 ile en büyük tıkanma nedeni olarak saptanmış, bunu %23.9 ile strangüle fitiklar ve %12.7 ile volvuluslar izlemiştir (2). Nogay ve arkadaşları 1988-1993 yılları arasında mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 141 olgunun 48'inde (%34) yapışıklıkları, 40'ında (%28) boğulmuş fitikları, 33'ünde (%23) malignitelere bağlı bulunmuştur (14). Güler ve arkadaşları, 1991-1994 yılları arasında mekanik barsak tıkanması nedeniyle opere edilen 180 hastayı kapsayan çalışmalarında etyolojik nedenler arasında karın içi yapışıklıklar %51 ile birinci sırayı almış, bunu %17 ile fitiklar ve %15.5 ile neoplazmlar izlemiştir (15). İçli ve arkadaşları 1984-1992 yılları arasında, mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle yapılan cerrahi girişimlerin retrospektif incelemesinde vakaların %36.2'sinde yapışıklıkların, %24'ünde boğulmuş kasık fitiklarının tıkanıklığa yol açan faktör olduğunu saptamışlardır (16).

Kliniğimizde mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 147 hastanın 80'inde (%54,4) etyolojik sebep, karın duvarı fitikları olarak saptanmıştır. Bunu %23,8 ile karın içi yapışıklıklar, %10,2 ile neoplazmlara bağlı tıkanmalar izlemiştir.

Genellikle düşük sosyo-ekonomik seviyedeki toplumlarda karın duvarı fitiklarına bağlı mekanik barsak tıkanmaları birinci sıradaki yerlerini korumakta, yapışıklıklara bağlı tıkanmalar ikinci sırayı almaktadır. Gelir ve eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu bölgelerde ise elektif fitik ve karın ameliyatlarının artmasına bağlı olarak yapışıklıklara bağlı barsak tıkanmaları birinci sıraya yerleşmektedir.

Batı literatüründe, mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen hastalarda kadın-erkek oranının hemen hemen aynı olduğu bildirilmektedir (11). Serimizdeki boğulmuş fitığın yol açtığı mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilmiş 80 olgunun %62,5'i er-

kek, %37,5'i kadındır. Yapılan çalışmalarda ve bizim serimizde kadın sayısının erkek sayısından belirgin olarak daha az olmasının sebebi fitikların erkeklerde daha sık görülmesidir.

Tüm mekanik barsak tıkanmalarının seviyeleri incelendiğinde, tıkanmaların yaklaşık olarak %80'inin ince barsak ve %20'sinin de kalın barsaklarda meydana geldiği görülmektedir (19). Yalnızca boğulmuş karın duvarı fitiklarının oluşturduğu 30 olguluk serilerinde Sufian ve ark., ancak 3 vakada (%10) kalın barsak tıkanması saptamışlardır (9). Bizim 80 olguluk serimizde ise hastaların 72'inde (%90) fitik kesesi içinde ince barsaklar saptandı, 6'sinde (%7.5) kese içinde çekum, 2'sinde (%2,5) ise sigmoid kolon bulundu.

Yerli ve yabancı yayınlarda boğulmuş kasık fitiklarının büyük kısmının inguinal bölgeden kaynaklandığı kabul edilmekte (2,11,16,17,20), ikinci sırayı bazı yayınlarda umblikal fitiklar (17), bazı yayınlarda da insizyonel fitiklar almaktadır (11). Ancak boğulmuş femoral fitikların ikinci sırada olduğu yayınlarda da mevcuttur (2,10,11). Mucha ve ark., %36 ile boğulmuş inguinal fitikları 1. sırada, %29 ile insizyonel fitikları 2. sırada, femoral fitikları %13 ile 3. sırada ve umblikal fitikları %11 ile 4. sırada, McEnte ve ark., boğulmuş inguinal fitikları %45 ile 1. sırada, femoral fitikları %36 ile 2. sırada, insizyonel fitikları %11 ile 3. sırada bildirmişlerdir (11,10). Kekeç ve ark., serilerinde boğulmuş inguinal fitikları oranını %61, umblikal fitik oranını %16, femoral fitik oranını %11, insizyonel fitik oranını %9 olarak, İçli ve ark., %81 ile inguinal fitikları 1. sırada, Füzün ve ark. 139 olguda inguinal fitikların oranını %52, femoral fitik oranını %29, insizyonel fitik oranını %10 olarak bildirmişlerdir (17,16,2). Serimizdeki 80 boğulmuş karın duvarı fitığının %56'sını inguinal fitiklar, %15'ini umblikal fitiklar %12,5'ini femoral fitiklar, %8,8'ini insizyonel fitiklar teşkil etmektedir.

Rezeksiyonlu veya rezeksiyonsuz tedavi edilen strangülasyon, mortalite ve morbiditeyi arttıran en önemli faktördür. Shatilla ve ark., boğulmuş fitiklara bağlı barsak tıkanmalarında strangülasyon riskinin, neoplazmlara veya yapışıklıklara bağlı tıkanmalara oranla daha yüksek olduğunu ve femoral fitiklarda bu riskin daha da arttığını bildirmişlerdir (21). Mucha ve ark., mekanik barsak tıkanıklığına yol açan boğulmuş karın duvarı fitiklarında strangülasyon oranını %28 olarak bildirmiş, bu nedenle karın duvarı fitiklarına bağlı tıkanmalarda, diğer tip tıkanmalardan farklı olarak, ameliyat öncesi hazırlık süresinin kısa tutulmasını ve acil cerrahi girişimin geciktirilmemesini önermişlerdir (11). Sarr ve ark., mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilen 51 hastada strangülasyon oranını %42 ola-

rak saptamış ve strangülyasyonun preoperatif tespitinde, kinik muayene ve laboratuvar sonuçlarının kesin ayrımı sağlayamadığını bildirmişlerdir (18). Kekeç ve ark., mekanik barsak tıkanıklığına yol açan 171 boğulmuş karın duvarı fitiğinde strangülyasyon oranını %63 olarak saptamışlar, strangülyasyonun morbidite ve mortaliteyi arttıran bir faktör olduğunu bildirmişlerdir (17). Serimizde ise opere edilen 80 hastanın 55' inde (%68), kaybedilen 6 hastanın ise tümünde (%100) strangülyasyon tespit edilmiştir.

Strangülyasyon varlığına, cerrahi girişime karar verilme süresine, rezeksiyon yapıp yapılmamasına bağlı olarak morbidite oranları değişiklik göstermektedir. Mucha ve ark., 47 hastada morbiditelerini %34, Shatilla ve ark., %42, Playforth ve ark., %23.4 olarak bildirmişlerdir (11,21,19). Güler ve ark., %31' lik, Kekeç ve ark., %18' lik morbidite oranı bildirdiler (15,17). Serimizde ise postoperatif morbidite oranı %22.5 olarak saptanmıştır.

Mekanik barsak tıkanmalarında 1900' lü yılların başlarında %40' lara varan mortalite, 1990' lı yıllara gelindiğinde %10' lara kadar düşmüştür (10). Mucha ve ark., mortalite oranlarını boğulmuş karın duvarı fitikleri için %4.3 olarak bulmuş, ilk 4 saatte yapılan cerrahi girişimlerde mortalite %3.5 iken, cerrahi girişimin 24 saatte geç yapıldığı olgularda mortalitenin %23' e yükseldiğini bildirmiştir (11). Shatilla ve ark., mortalite oranını %4, Playforth ve ark., %4.5, McEntee ve ark., %12.3, Sufian ve ark., %18.7 olarak bildirmişlerdir (21,19,10,9). Shatilla ve ark., strangülyasyon olup, gangren olmayan ve rezeksiyon yapılmayan grupta mortaliteyi %4, gangren nedeniyle rezeksiyon yapılan grupta ise %8 olarak saptamışlardır (21). Tondelli ve ark. nın Almanya' da 1983 yılında yaptıkları çalışmada boğulmuş fitiklere bağlı barsak tıkanmalarında cerrahi girişim sonrası mortalite oranı %10.5 olarak saptanmış, en sık ölüm sebebi vakaların %38' inde kardiyopulmoner yetmezlik, %30' unda postoperatif peritonit olarak bildirilmiştir (22). Cross ve ark., İrlanda' da 1977-1982 yılları arasında, mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle opere edilmiş 456 hastada postoperatif mortalite oranı %14 olarak bildirmiştir (23). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran, Solakoğlu ve ark. tarafından %5.8, Güler ve ark. tarafından %6.2, İçli ve ark. tarafından %6.5, Kekeç ve ark. tarafından %9.3 olarak bildirilmiştir (6,15,16,17). Bizim serimizdeki mortalite oranı %7.5 olarak saptanmıştır. En sık ölüm nedeni kardiyopulmoner yetmezlik olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların yaş ortalaması 69 ve tümünde ameliyat esnasında strangülyasyon saptanmış, 3 hastada (%50) tüm çabalara rağmen yaşayabilirlik kazanamayan veya gangren-

li olan barsaklara ek cerrahi girişim gerekmiş, rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılmıştı. Bu bulgular, ileri yaş, yandaş hastalıklar, strangülyasyon ve rezeksiyonun mortaliteyi arttırdığı yönündeki literatür bilgileri ile uyumluluk göstermektedir.

SONUÇ

Ülkemizde, mekanik barsak tıkanması nedenleri arasında, boğulmuş karın duvarı fitikleri halen birinci sıradaki yerlerini korumaktadır. Çalışma grubumuzdaki 147 mekanik barsak tıkanması olgusunun 80'inde (%54) neden karın duvarı fitikleri olarak tespit edilmiştir. Bu sebeple, barsak tıkanıklığı bulguları ile başvuran her hastada fitik noktaları dikkatle muayene edilmelidir.

Tüm seride mortalite oranı %7,5' olarak bulunmuştur ve bu oran literatürle uyumludur. Yine aynı dönemde karın duvarı fitiklerinin elektif onarımlarında mortalite olmamıştır. Serimizde, boğulmuş karın duvarı fitiklerine bağlı barsak tıkanmalarının %17,5'inde, fitik onarımının yanısıra ek bir cerrahi girişim gerekmiş, %12,5 olguda ince barsaklara rezeksiyon uygulanmıştır. Bu bulgular, karın duvarı fitiği saptanan hastaların elektif cerrahi girişim için zorlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Büyükerem ME: Mekanik Barsak Tıkanmaları ve Periton Sıvısının Bakteriyolojik İncelemesi (Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi). Ege Üniv. Ege Tıp Fak. Genel Cerrahi Kürsüsü, 1979.
- 2- Füzün M, Kaymak E, Harmancıoğlu E, Astarcioglu K: Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey. Br J Surg 78: 202-203, 1991.
- 3- Andican A, İpek T. Akut barsak tıkanması. Karadeniz Tıp Dergisi. 2: 38-43, 1989.
- 4- Duman A, Tireli M, Taşçı T. Mekanik barsak tıkanmaları. Diyarbakır Tıp Fak. Mecm. 46: 336-343, 1980
- 5- Kebudi A, İşgör A, Kaya A, Yetkin G. Akut mekanik intestinal obstrüksiyon. Ulusal Travma Dergisi. Mart 1(1): 110-112, 1995.
- 6- Solakoğlu FD, Gülhan Y, Çelik F, Gülmen M, Arıkan Ö. Mekanik ileusta erken tanı ve tedavinin önemi. Göztepe Tıp Dergisi. 8: 55-58, 1993.
- 7- Yazıcı Y, Devicioğlu S, Aykor E. İleusların ve barsak tıkanmalarının etyopatogenezi (683 olgunun analizi). GATA Bülteni. 20: 275-290, 1978.

- 8- Yıldız Y, Özmen MM, Terzi CM, Tanık A, Hengirmen S. İç Anadolu Bölgesi' nde mekanik barsak tıkanıklıklarının etyolojisi. *Ulusal Cerrahi Kongresi 1998, İzmir, 1998,*
- 9- Sufian S, Matsumoto. *Intestinal obstruction. Am J Surg. 130: 9-14, 1975.*
- 10- McEntee G, Pender D, Mulvin D et al. *Current spectrum of intestinal obstruction. Br J Surg.74: 976-980, 1987.*
- 11- Mucha P. *Small intestinal obstruction. Surg Clin North Am. 67: 597-620, 1987.*
- 12- Kadioğlu A.T. *Adeziv Barsak Tıkanmaları (Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 1989*
- 13- Örsel A., Akaoğlu C., Taşkın D., Gülter N., Gürova Ö., Deniz S. *Mekanik barsak tıkanmalarındaki etyolojik faktörler. Ulusal Cerrahi Kongresi 1998, İzmir, 1998*
- 14- Nogay A., Demireğen S., Karakaya M., Aydın S. *İntestinal Obstrüksiyonların Dağılımı. 1. Travma ve Acil Cerrahi Kongresi, İstanbul, 1995*
- 15- Güler K, Avcı H, Eldem L, Bozatlı L, Çelik F. *İnce barsak obstrüksiyonları. Göztepe Tıp Dergisi. 11: 68-72, 1996*
- 16- İçli F, Cantürk NZ, Dülger M. *Bölgemizde mekanik barsak tıkanıklıklarının dağılımı. Kolon Rektum Hast Derg. 2: 63-65, 1992.*
- 17- Kekeç Y, Alparslan A, Demirtaş S, Ezici H, Altınay R. *İrredüktibl fıtıklarda strangülasyonun morbidite ve mortalite hızına etkileri. Ulusal Cerrahi Dergisi. 9: 128-131, 1993.*
- 18- Sarr MG, Bulkley GB, Zuidema GD. *Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction. Am J Surg.145: 176-182, 1983.*
- 19- Playforth RH, Holloway JB, Griffen WO. *Mechanical small bowell obstruction: A plea for earlier surgical intervention. Ann Surg. 171: 783-787, 1970.*
- 20- Taourel PG, Fabre JM, Pradel JA, Seneterre EJ, Megibow AJ, Bruel JM. *Value of CT in the diagnosis and management of patients with suspected acute small-bowel obstruction. Am J Roentgenol. 165: 1187-92, 1995.*
- 21- Shatilla AH, Chamberlain BE, Webb WR. *Current status of diagnosis and management of strangulation obstruction of the small bowel. Am J Surg. 132: 299-303, 1976.*
- 22- Tondelli P, Kohler O, Harder F, Allgower M. *Mechanical ileus: analysis following 360 operations. Schweiz Med Wochenschr. 113:561-564, 1983.*
- 23- Cross KS, Johnston JG. *Small bowel obstruction: a review of 456 cases in a west of Ireland region. J R Soc Med. 80:149-150, 1987.*