

SİGMOİD KOLON VOLVULUSUNDA ENDOSKOPİK  
DETORSİYON UYGULAMASI

## ENDOSCOPIC CORRECTION OF SIGMOID COLON VOLVULUS

Dr.H. Serdar YAZICI Dr.Yavuz İLHAN Dr.M.Ali AKKUŞ\*

**ÖZET:** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 1990-1994 yılları arasında sigmoid kolon volvulusu tanısı konarak gangren belirtisi bulunmayan 34 hastaya rektosigmoidoskopik detorsiyon uygulandı. 21 hastada (%61,7) başarı sağlandı. 13 hastada (%38,3) başarı sağlanamadı. Başarılı olunan grupta ise 3 hastada ilk 3 günde nüks gelişti. Başarı sağlanamayan grupta nüks eden 3 hasta ve başarılı grupta operasyonu kabul eden 6 hasta elektif şartlarda opere edildi. Operasyonu kabul etmeyen 12 hastanın 3'ünde geç dönemde nüks gelişti. Sonuçlarımız gangren gözlenmeyen sigmoid kolon volvulusu vakalarında endoskopik detorsiyon denenmesi gerektiğini ve başarılı olgularda elektif şartlarda operasyon uygulanmasının mortalite ve morbiditeyi düşüreceğini desteklemiştir.

**SUMMARY:** This report discusses 34 patients with non-gangrenous sigmoid volvulus attempted sigmoidoscopic decompression in University of Fırat Faculty of Medicine Department of General Surgery between 1990 and 1994. Decompression procedures were successful in 21 patients (%61,7). In 3 of these patients early recurrences were occurred in 72 hours and was managed endoscopically. 12 patients did not undergo surgery and 3 of these patients had late recurrent volvulus and was managed endoscopically. Elective resection was performed in 9 patients. Endoscopic attempts at decompression were unsuccessful in 13 patients. Emergency resection was required in these patients. We conclude that elective operation that was performed after successful endoscopic decompression would decrease mortality and morbidity rates.

Sigmoid kolon volvulusu, Doğu Afrika, Hindistan, Rusya ve ülkemizde oldukça sık görülmektedir(1,2,3,4,5). Bu hastalık, erken tanı konarak gerekli tedavi uygulanmadığında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Günümüzde gangren gelişmemiş sigmoid kolon volvulusu olgularında uygulanacak işlem endoskopik dekompresyondur. Gangren saptanan olgularda ise rezeksiyon yapılması zorunludur. Bunun dışında, preoperatif kolon hazırlığı yapılmadan acil şartlarda yapılan rezeksiyonlar, yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptirler(3,6,7). Operatif veya non-operatif yöntemlerle dekompresye edilmiş hastalara, elektif şartlarda sigmoid kolon rezeksiyonu eklenmezse yüksek nüks oranı görülmektedir(1,6,8,9).

Bu çalışmada, sigmoid kolon volvulusu tanısıyla, kliniğimizde rektosigmoidoskopik dekompresyon uyguladığımız hastalarda sonuçlar incelenerek, literatür bilgileri ile karşılaştırılmıştır.

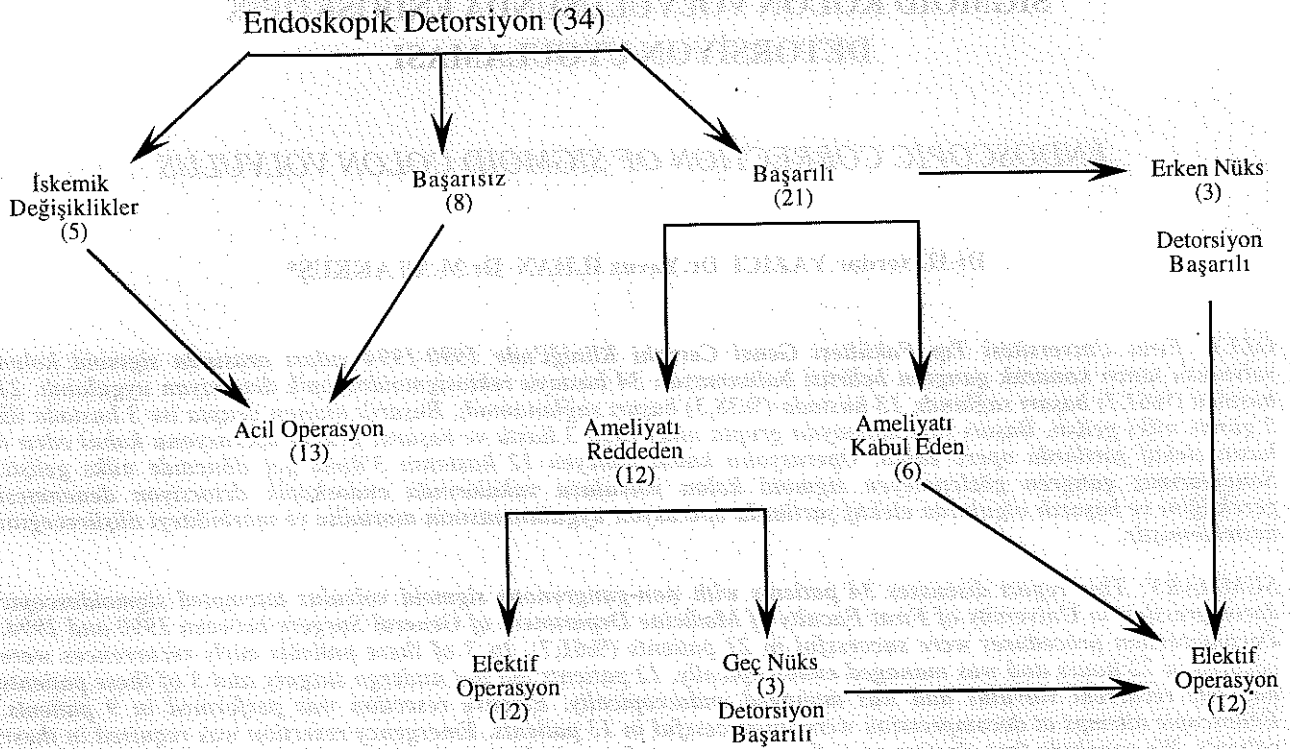
## MATERYEL - METOD

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1990-1994 yılları arasında sigmoid kolon volvulusu tanısı alan hastalarda, klinik olarak gangren belirtisi bulunmayan 34 hastaya rektosigmoidoskopik detorsiyon uygulandı. Vakaların 15'i (%44,2) kadın, 19'u (%55,8) erkek hasta olup, yaş ortalamaları 66,6 (32-80 arası) idi. Semptomların ortaya çıkışı ile kliniğe müracaat ve tedavi başlangıcı arasında geçen süre en az 6 saat, en fazla 5 gün olup ortalama 2,6 gün olarak bulundu.

Hastalarda başlıca semptomlar, karın ağrısı, distansiyon, gaz ve gaita çıkaramama olarak tesbit edildi. Tanı; anamnez, fizik muayene bulguları ve ayakta çekilen direkt batin grafisi ile konuldu.

Hastalara rijit sigmoidoskopi, diz-dirsek pozisyonunda sigmoidoskopi uygulandı. Torsiyon noktası, sigmoidoskopi ile zorlamadan geçilmeye çalışıldı. Geçilemeyen olgularda, vazelinli rektal tüple işlem denendi. Gaz ve feçes gelmesi, karında distansiyonun azalması, detorsiyon işleminin başarılı olduğunun kanıtı olarak kabul edildi. Barsak mukozasında iskemik değişiklikler ve kan mevcutsa rek-

Tablo-I: Hastalara uyguladığımız endoskopik detorsiyon işleminin sonuçları



tosigmoidoskopiden vazgeçildi. Başarılı olgularda erken nükten kaçınmak için rektal tüp yerinde bırakıldı.

### SONUÇLAR

Klinik olarak gangren belirtisi bulunmayan, sigmoid kolon volvulusu saptanan 34 hastaya rektosigmoidoskopik redüksiyon uygulandı ve 21 hastada (%61,7) dekompresyon sağlandı. Kalan 13 hastanın 8'inde (%23,5) dekompresyon başarısız oldu. 5'inde ise sigmoid kolon mukozasında iskemik bulgular ve renk değişiklikleri gözlenmesi nedeniyle acil operasyon uygulandı. 4 hastaya rezeksiyon + Hartman kolostomi, 1 hastaya rezeksiyon + Mikulicz tipi kolostomi uygulanırken, endoskopik detorsiyon işlemi başarılı olmayan 8 hastanın 2'sine laparotomik detorsiyon, 6'sına ise rezeksiyon + primer anastomoz işlemi gerçekleştirildi.

Başarılı olan 21 hastanın 3'ünde ilk 3 gün içerisinde erken nüks gelişti ve tekrar endoskopik detorsiyon denendi. Bu olgular ve önerilen ameliyatı kabul eden 6 hastaya elektif şartlarda kolon hazırlığını takiben rezeksiyon + primer anastomoz uygulandı.

Ameliyatı kabul etmeyen 12 hastanın 3'ünde geç dönemde nüks gelişti ve başarılı bir detorsiyon işlemi son-

rası elektif operasyon uygulandı. Kalan 9 hastaya ise düzenli takip yapılmaktadır. Hastalara uyguladığımız yöntemler Tablo-I'de özetlenmiştir.

Sigmoidoskopi işlemine bağlı morbiditemiz yoktur. Gangren gözlenerek acil operasyon uyguladığımız 2 vaka postoperatif 3. gün eksitus oldu.

### TARTIŞMA

Sigmoid kolon volvulusu, bol posalı selülozdan zengin diyet alışkanlığı olan bölgelerde, genellikle yaşlı, debil, kronik kabızlığı ve nöropsikiyatrik hastalığı bulunan huzurevlerinde yaşan kişilerde görülür (1,2,3,4,5,8,9,10). İleri yaşta olan hastalar da yandaş hastalıklar nedeniyle morbidite ve mortalite oranı yüksektir. Gangren varlığında ise mortalite daha da artmaktadır (1,8,9).

İlk defa 1896 yılında Von Rokitansky tarafından bir çok komplikasyonu olan öldürücü kalın barsak tıkanması şeklinde tanımlanan akut sigmoid kolon volvulusu konusundaki tedavi yaklaşımı halen tartışmalı bir konudur (11).

Bazı cerrahlar hastayı acil şartlarda ameliyata alarak sigmoid kolon rezeksiyonu ile birlikte kolostomi veya anas-

tomoz uygulanmasını önerirken, bazıları ise gangrensiz vakalarda laparotomik detorsiyona ilave olarak mezoplasti ve sigmüidopeksi yapılmasını önerirler (11). Acil şartlarda barsak hazırlığı yapılmadan rezeksiyon uygulanan hastalarda mortalite oranı %12-53 arasında bildirilmektedir (3,6,9). Bizim serimizde ise bu oran %15,4 olarak bulundu.

Gangren saptanmayan sigmoid volvulus olgularında ilk yapılacak işlem, nonoperatif dekompresyon sağlanmasıdır (6,8,9,10). Günümüzde dekompresyonu takiben, preoperatif bakım ve barsak hazırlığı sonrası sigmoid kolon rezeksiyonu önerilmektedir (6,8,10).

Çeşitli serilerde, rektosigmoidoskopi dekompresyonda başarı oranı %50-90, barsak perforasyonu %0-22, mortalite %0-15, başarı sağlanan olgularda nüks oranı %40-70 olarak bildirilmektedir (1,6,8,9,10,12,13,14). Bizim serimizde ise endoskopik detorsiyon işleminde başarı oranının %61,75 bulunması ve mortalitenin bulunmaması erken olgularda uygulanmasından ve vaka sayısının az olmasından ileri gelebilir. Nüks oranımız ise başarılı olduğumuz olgularda %28,5 olarak bulundu.

Sigmoidoskopik dekompresyon ve kolon hazırlığı sonrası uygulanan kolon rezeksiyonlarında mortalite ortalama %6,74 (0-20) olarak bildirilmektedir (6,10,11,12). Bizim serimizde ise bu oran %8,33 olarak tesbit edildi.

Endoskopik detorsiyon, sigmoid kolon volvulusu şüphesi bulunan hastaların teşhisinde güvenilir bir yöntemdir. Dekompresyonun sağlanması yanısıra barsak mukozasının gözlenerek değerlendirilmesi avantajlarıdır. Bu da tedavinin planlamasına yardım eder. Diğer yandan acil şartların düzeltilmesiyle, elektif operasyon için gerekli preoperatif hazırlıkların yapılmasına zaman kazandırır (8).

Sonuç olarak, gangren gözlenmeyen, sigmoid kolon volvulusu vakalarında çağdaş tedavi, sigmoidoskop ile detorsiyonu takiben genel durumun düzeltilmesi ve kolon hazırlığı sonrası cerrahi uygulanmasıdır. Tek başına sigmoid kolon detorsiyonu ile başarı sağlanamaz ve nüks oranı oldukça yüksektir.

## KAYNAKLAR

1. Ballatyne G.H, Brandner M.D, Beart R. W et al: Volvulus of the colon, incidence and mortality. *Ann. Surg.* 202 (1): 83-92, 1985.
2. Subrahmanyam M: Mesosigmoplasty of a definitive operation for sigmoid volvulus. *Br. J. Surg.* 79: 683-684, 1992.
3. Gürel M, Alic B, Keleş C et al: Intraoperative colonic irrigation in the treatment of acute sigmoid volvulus. *Br. J. Surg.* 76: 957-958, 1989.
4. Füzün M, Kaymak E, Harmancıoğlu Ö et al: Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey. *Br. J. Surg.* 78: 202-203, 1991.
5. Doğru O, Kama N, Karaayvaz M ve ark: Kolon obstrüksiyonlarında cerrahi tedavi: 162 vakalık inceleme. *Gastroenteroloji*, 2(3): 318-325, 1991.
6. Bak M, Boley S.J: Sigmoid volvulus in elderly patients. *Am. J. Surg.* 151: 71-75, 1986.
7. Gibney E.J: Volvulus of sigmoid colon. *Surg. Gynecol. Obst.* 173: 243-255, 1991.
8. Brothers T.E, Strodel W.E, Eckshauser F.E: Endoscopy in colonic volvulus. *Ann. surg.* 206 (1): 1-4, 1987.
9. Welch G.H, Anderson J.R: Acute volvulus of sigmoid colon. *World J. Surg.* 11: 258-261, 1987.
10. Theuber C, Cheadle W.G: Volvulus of the colon. *Ann. Surg.* 57: 145-150, 1991.
11. Akgün Yılmaz, Baç Birsek ve Aban Nedim: Akut sigmoid kolon volvulusu tedavisinde sigmoidoskopik detorsiyon. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 10-6: 364-367, 1994.
12. Knight J, Bokey E.L, Chapius P.H. et al: Sigmoidoscopic reduction of sigmoid volvulus. *Med. J. Aust.* 2(11): 627-628, 1980.
13. Bulut O, Sayek I, Onat D ve ark: Kolon volvuluslarında tedavi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 3: 44-49, 1986.
14. Strodel W.E, Brothers T: Colonoscopic decompression of pseudo-obstruction and volvulus. *SCNA* 69 (6): 1327-1335, 1989.