

Akut Kolon Obstrüksiyonlarında Ogilvie Sendromunun Yeri

Davut Baykan*, Gökmen Öztürk**, Mehmet Gezer**

Özet:

Amaç: Akut kolon obstrüksiyonları sık karşılaştığımız cerrahi acil durumlardandır. Çok değişik sebepleri olabilen akut kolon obstrüksiyonları içinde çoğu kez düşünülmeyen zaman tanı konulması imkansız olan Ogilvie sendromunun yerini retrospektif olarak araştırdık.

Yöntem: 1994-2000 yılları arası SSK Okmeydanı Hastanesi Acil Servisine gelen 145 akut kolon obstrüksiyonu olan hasta incelendi. Bunların arasında 8 hastaya Ogilvie sendromu tanısı konduğu tespit edildi.

Bulgular: Bu hastaların yaş ortalaması 52 idi. Toplam 8 hastanın sadece 2 tanesinde Ogilvie sendromu tanısı preoperatif konulabildi. Diğer 6 hastaya ise operasyon esnasında başkaca patoloji tespit edilememesi üzerine Ogilvie sendromu tanısı kondu. Bu hastalardan 7 tanesi operatif yöntemlerle ve 1 tanesi de nonoperatif olarak tedavi edilebildi.

Sonuç: Ogilvie sendromu, kendine özgü laboratuvar ve fizik muayene bulguları olmadığı için ancak düşünüldüğünde tanı konulabilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil serviste akut kolonik obstrüksiyonla karşılaşan cerrahlar yandaş hastalıkları ve geçirilmiş major operasyonları da dikkate alarak Ogilvie sendromunda daha sık olarak ön tanımlar arasında düşünmelidirler.

Anahtar kelimeler: Akut kolon obstrüksiyonu, ogilvie sendromu

Ogilvie sendromu yada diğer adıyla akut kolonik psödoobstrüksiyon organik obstrüksiyon olmaksızın kolonun aşırı derecede dilatasyonu ile obstrüksiyon bulguları oluşturan sendromdur ve ilk kez 1948 yılında Ogilvie tarafından tarif edilmiştir (1). Nonobstrüktif kolon dilatasyonu, idiopatik nontoksik megakolon gibi adlarda verilmiştir.

Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bununla beraber hastalığın patogenezinde sempatik innervasyon dengesizliğinin rol oynadığı genel olarak kabul edilmektedir. Bu sendromun karakteristik özelliği majör bir travma veya operasyon anamnezinin olmasıdır. Bugün hastalığın spesifik tedavisi konservatif yaklaşım ve uygulama olanağı varsa kolonoskopik dekompresyondur (2,3). Cerrahi girişim peritoneal irritasyon bulgularına sahip ve kolonik dekompresyondan fayda görmeyen hastalarda uygulanmalıdır (1,2,3).

Gereç ve Yöntem

1994-2000 yılları arasında SSK Okmeydanı Hastanesi acil cerrahi servisine müracaat eden hastalar retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cins, yakınma, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, yandaş hastalıkları, uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları değerlendirilmiştir. Ogilvie sendromu tanısında fizik muayene bulguları ve radyolojik yöntemlerden yararlanılmıştır.

Bulgular

1994-2000 yılları arasında SSK Okmeydanı Hastanesi acil cerrahi servisine müracaat eden 145 barsak obstrüksiyonlu ameliyat edilmiş veya takip edilmiş hastaların 8'inde ogilvie sendromu saptandı. Konservatif veya operatif tedavi uygulanan, preoperatif yada intraoperatif tanı konan bu hastalardaki semptomlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ogilvie sendromu tanısı konan hastaların 7'si erkek 1'i kadındı. Yaş ortalaması 52 (31-72) idi. Tanı konulan olguların 7'sinde yandaş hastalık saptanmıştır. Bunlar ; nonoperatif tedavi edilen tek kadın hasta yeni seksiyolu idi. Diğer üç hastada ateroskleroz, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyabet mevcuttu. Hastaların birisi daha önce peptik ulkus perforasyonu nedeni ile opere edilmiş, diğer bir hastaya travma nedeni ile splenektomi yapılmış,

*SSK Okmeydanı Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Op.Dr.

**SSK Okmeydanı Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Op.Dr.

Yazışma Adresi: Dr. Davut BAYKAN

Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

HATAY

bir diğeri ise tibia fraktürü nedeni ile opere edilmiştir.

Tablo I: Ogilvie sendromu tanısı konan hastaların semptomları

Semptomlar	Semptomun saptandığı hasta sayısı	Preoperatif tanı konulabilmiş hasta sayısı	Peroperatif tanı konulabilmiş hasta sayısı
Karın ağrısı	8	2	6
Bulanti	8	2	6
Kusma	7	1	6
Gaz-gaita çıkaramama	8	2	6
Hassasiyet	8	2	6
Distansiyon	8	2	6
Hipoaktif barsak sesleri	8	2	6
Peritoneal irritasyon	7	1	6

Olgulardan sadece 2 tanesine Ogilvie sendromu tanısı ameliyat edilmeden önce konmuş olup bunlardan birisine tanı amaçlı yapılan gastrografi ile kolon grafisi çekiminden sonra dekompresyon sağlanmış olup diğer hastanın kliniğinin konservatif olarak takip sırasında düzelmemesi üzerine ameliyat edilmiştir. Diğer 6 hastaya psödoobstrüksiyon tanısı peroperatif olarak konulmuştur.

Operate edilmeden tanı konulabilen 2 hastada karın ağrısı, kusma, gaz-gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servise başvurmuşlardı. Fizik muayenede hassasiyet, distansiyon, hipoaktif barsak sesleri saptandı, direkt grafide sıvı seviyesi olmaksızın kolonik gaz gölgelenmeleri mevcuttu. Hastalarda orta derece lökositoz dışında spesifik bir laboratuvar bulgusu saptanmadı. Direkt radyografik bulgu olarak seviye olmaksızın kolonik gaz gölgesi, iki olguda da incebarsak tipi seviye saptandı. Bir olguya kontrastlı kolon grafisi çekildi. Nonoperatif tedavi edilen hastada major operasyon ve travma mevcut değildi. Hastaya çekumun fazla dilate olmaması nedeni ile tanı amaçlı olarak kolon grafisi planlandı ve herhangi bir perforasyon riskine karşılık olarak gastrografi ile kolon grafisi çekildi. Bu işlem acil şartlarda cerrahi asistanları tarafından gastrografi ile lavman şeklinde uygulandı. Daha sonra hastada kendiliğinden gaz- gaita deşarjı oldu. 3 gün daha takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Preoperatif tanı konan diğer hasta ise 3 gün önce sezaryen ameliyatı geçirmişti. Hastanın direkt grafisinde çekumun aşırı dilatasyonunun görülmesi sonucu perforasyon riski nedeni ile konservatif tedavi

sonlandırılarak ameliyat edilmiştir. Ameliyatta manuel olarak dekompresyon sağlanmış olup herhangi bir komplikasyon gelişmeden postoperatif 8.günde şifa ile taburcu edilmiştir. Cerrahi tedavi uygulanan diğer 6 hastaya operasyon öncesi tanı konulamamış olup hastalarda peritoneal irritasyon bulgularının mevcudiyeti nedeni ile mekanik tip obstrüksiyon olabileceği düşünülerek operasyon endikasyonu konulmuştur. Eksplorasyonda kolonik ileri derecede distansiyon dışında patoloji saptanamamıştır ve hastalar intraoperatif olarak Ogilvie sendromu tanısı konmuştur. Hastaların tümüne manuel dekompresyon uygulanmıştır. Olguların biri dışında tümü şifa ile taburcu edilmiştir. Sadece bir hastada yara enfeksiyonu gelişti ve antibiyotikle tedavi sağlandı. Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 9.2 gün (7-11) olarak bulunmuştur.

Tartışma

Ogilvie Sendromu, 1948'de tanımlandığından daha karışık ve hala tam olarak izah edilememiş bir etyoloji ve patogeneze sahiptir (3,5). Hastaların %90'a yakınında, ekstra kolonik hastalıklar vardır. Metabolik veya organik disfonksiyonlar, postoperatif veya posttravmatik durumlar, üzerinde durulan konulardır. Ortopedik yada künt travma geçirenlerde, üremi, diyabet, kalp yetmezliği, lenfoma, nörokarsinom olanlarda, narkotik alışkanlığı olanlarda ve hipotroidi de görülebilir (1,2,5).

Bizim olgularımızdaki yandaş patolojiler Tablo-II'de özetlenmiştir. Bir olguda yandaş patoloji bulunamamış ve idiyopatik form olarak kabul edilmiştir.

Tablo II: Ogilvie sendromlu hastalarda tespit edilen yandaş hastalıklar

Ortopedik girişim	1
Diabet	2
Kalp hastalığı	3
Hipertansiyon	3
KOAH	2
Laparotomi	3

Ogilvie sendromlu hastalarda tanı mekanik bir obstrüksiyon için spesifik olmayan belirti ve semptomların Ogilvie sendromuna bağlı olabileceğinin düşünülmesi ile konur. Bu hastalarda yaygın abdominal distansiyon mevcuttur. Hastanın az veya çok bulantı ve kusması genelde vardır ancak şart değildir. Hastalar genellikle yandaş bir patolojiye sahiptir. Fizik muayene bulgusu olarak hastalığa spesifik

olarak distansiyondan başka bulgu yoktur. Peritoneal irritasyon bulgusu ileri dönemde görülür.

Laboratuar bulguları tanı koyduracak özellikte değildir. Hafif dereceli lökositoz hemen hepsinde vardır. Tanıda belkide en çok işe yarayan düz radyografilerdir. Sıvı görülmeksizin gazla dolu bir kolon, psödoobstrüksiyonu düşündürmelidir. Belirgin hava sıvı seviyesi ise mekanik obstrüksiyonu düşündürmelidir. Psödoobstrüksiyon düşünülen her hastada ayırıcı tanıda yeralan diğer mekanik obstrüksiyon nedenleri araştırılmalıdır.

Bu amaçla kontrastlı kolon grafileri ve mümkünse kolonoskopi yapılmalıdır. Kontrastlı kolon grafileri yapılacak hastalarda çekum çapına dikkat etmek gerekir, 12 cm'e ulaşmış hastalarda bu işlemde kaçınmak gerekir ve bir diğer önemli nokta ise perforasyon riski gözönünde bulundurularak gastrografin gibi nontoksik bir kontrastlı madde kullanılmalıdır. Kurkora ve Dent tarafından 1977'de endoskopik dekompresyonun tanı ve tedavide başarı ile kullanılabileceğinin gösterilmesinden sonra kolonoskopi hem tanıda hem de tedavide önemli bir yer almıştır ancak genişlemiş çekumu olan olgularda bunda da dikkat gerekir. Hazırlanmamış bir kolonda bu yöntemi uygulamak kolay değildir. Kolonoskopi ile düzelenlerde nükslerde sık olarak bildirilmiştir %22(9).

Olgulara konservatif yaklaşım; oral alımın kesilmesi, nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedası, rektal tüp uygulaması, kontrastlı kolon grafisi ve lavman şeklinde olup, cerrahi girişim, konservatif tedaviye yanıt alınamayan, peritoneal irritasyon bulgularının ortaya çıktığı olgularda uygulanmıştır.

Bizim klinik serimizde karşılaştığımız Ogilvie sendromlu olguların 7 tanesinin erkek olması ve yaş ortalamasının 52 olması Ogilvie sendromunun 50 yaş üzeri sağlık problemleri olan erkeklerde daha sık görüldüğü bilgisi ile uyushmaktadır (1,3,8,9). Genel olarak bu hastalıktaki tanı güçlüğü hastanemizde de yaşanmaktadır Ogilvie sendromlu hastalarda preoperatif tanı koymak her zaman mümkün değildir.

Bizim serimizde Ogilvie sendromlu olguların 6 tanesine (%75) intraoperatif tanı konulabilmiştir. Literatürdeki diğer serilerde de bu oran hep yüksek (%65-70) çıkmaktadır(1,3,5). Bizim serimizde oranların yüksek olması olası yandaş hastalıklar, geçirilmiş operasyonlar nedeni ile mekanik obstrüksiyondan ayırımının yapılamaması ve Ogilvie sendromu tanısının cerrahlar tarafından yeterince düşünülmemesinden kaynaklandığını

düşünüyoruz. Bizim olgularımızda hiçbir hastaya kolonoskopi yapılmaması dikkat çekicidir. Bunun sebebi kolonoskopinin sadece Gastroenteroloji-endoskopi laboratuvarı tarafından gerçekleştiriliyor oluşu ve kolonoskopinin obstrüksiyon olgularında acil servisin yoğunluğu ve acil serviste uygulanabilirliğinin rutin olmaması, nöbetçi cerrahi uzmanlarının obstrüksiyon olgularında kolon temizliğine yeterince güvenemiyor oluşları nedeniyle olduğunu düşünüyoruz.

Hastalığın tedavisi ise son yıllarda endoskopi ve video laparoskopisinde kullanılmaya başlanmasıyla birlikte oldukça ilerleme göstermiştir. Tedavi öncelikle konservatif ve nonkonservatif olarak ayrılabilir. Konservatif tedavide, oral gıda alımının kesilmesi, intravenöz sıvı tedavisi, nazogastrik aspirasyon, rektal tüp uygulaması, lavmanlar ve endoskopik müdahale olarak sıralanabilir (10).

Konservatif tedaviler ve kolonik dekompresyonun başarısız olduğu durumlarda laparotomi ve çekostomi, barsakta infarksiyon varsa rezeksiyon gerekir (1,3,5,7). Son yıllarda video-laparoskopinin yaygın kullanımı ile birlikte çekumun çapı 12 cm'den büyükse ve kolon iskemisi veya perforasyonu belirtileri varsa diagnostik laparoskopi önerilmiştir. Laparoskopide nekrotik barsak görülürse, laparotomi ve barsak rezeksiyonu endikedir, yoksa laparoskopik olarak çekostomi kateteri konulabileceği ileri sürülmüştür. Laparotomide de gangren ve perforasyonun olmadığı durumlarda çekum 12 cm'den küçük ise manuel dekompresyon, 12 cm'den büyük ise manuel dekompresyon+ tüp çekostomi uygulanabilir. Nekroz ve perforasyon varsa tüp çekostomi nekroz yaygınsa kolektomi+ ileostomi+müköz fistül uygulanmalıdır (3,4,6,8).

Sonuç olarak, Ogilvie sendromu, tanıda şüpheli kalın ve yandaş hastalığı olan intestinal obstrüksiyonlu hastalarda, mutlaka düşünülmelidir. Çünkü preoperatif tanı şüphelenerek konabilir. Tedavideki amaç çekum dekompresyonu olmalıdır. Bu mümkün olduğunca nonoperatif olarak yapılamaya çalışılmalıdır. Kolonik dekompresyon mutlaka yapılmaya çalışmalıdır.

Çekum çapı 12 cm'yi aşan olgularda, konservatif yaklaşımların başarılı olamadığı, peritoneal irritasyon bulguları olan hastalarda öncelikle video laparoskopi ve gereksede laparotomili tedaviler seçilmelidir.

The Place Of Ogilvie's Syndrome In The Acute Large Bowel Obstructions

Abstract:

Aim: Acute large bowel obstruction is a common emergent surgical condition. Among various etiologies, we retrospectively reviewed Ogilvie syndrome which is almost impossible to diagnose it, without specifically taking it into account.

Method: We reviewed 145 patients with large bowel obstruction presented to SSK Okmeydanı Hospital Emergency Department, between 1994-2000. Eight patients were diagnosed as Ogilvie syndrome, with mean age of 52.

Results: Only 2 patients were able to diagnose preoperatively. Diagnosis was established in 6 patients with exclusion of other possibilities by operation. Treatment was done by operation in 7 patients and non-operatively in 1 patient.

Conclusion: Having no specific clinic and laboratory criteria, Ogilvie syndrome apparently could be diagnosed if preoperatively presumed. Surgeon should be aware of this diagnosis when he faces with acute large bowel obstruction in emergency setting, besides co-morbid diseases and previous surgery.

Key words: Akut large bowel obstruction, Ogilvie syndrome

Kaynaklar

1. Dorudi S, Berry AR, Ketlewell MG: Acute colonic pseudo-obstruction. Br J Surg 79(2):99-103,1992.
2. Groff W: Colonoscopic decompression of cecum for Ogilvie's syndrome. Dis Colon Rectum 29:203-210,1986.
3. William OR, Lester F, Williams JR: Obstruction of the large and small intestine. Surg Clin North Am 632:355-376,1988.
4. Stephenson KR, Rodriguez-Bizas MA: Decompression of the large intestine in Ogilvie's syndrome by a colonoscopically placed long intestinal tube. Surg Endosc 8(2):116-117,1994.
5. Shackelford RT, Zuidema GD: Injury and trauma. In: Surgery of the alimentary tract. Third edition, Ed Shackelford RT, Zuidema GD(Ed). WB Saunders Comp Philadelphia, 1982, p.51-52.
6. Bachulis BL, Smith PE: Pseudoobstruction of colon. Am J Surg 136:66-71,1978.
7. Seven R, Ertekin C, Belgerden S, et al: Kolon psödoobstruksiyonu. Kolon Rektum Hast Derg 1:208-211,1991.
8. Geelhoed GW: Colonic pseudoobstruction in surgical patients. Am J Surg 149:258-265,1985.
9. Kukora JS, Dent TL: Colonoscopic decompression of masive nonobstructive cecal dilatation. Arch Surg 112:512-517,1977.
10. Vanek VW, Al Salti M: Acute pseudoobstruction of colon (Ogilvie's syndrome). Dis Colon Rectum 29:203-210,1986.
11. Lee JT, Taylor BM, Singleton BC: Epidural anesthesia for acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome). Dis Colon Rectum 31:686-691,1988.