



Nadir Bir Akut Batın Nedeni: İdiyopatik İzole Çekum Nekrozu

A Rare Cause of Acute Abdomen: Idiopathic Isolated Cecal Necrosis

Ender Özer, İbrahim Aydın, Ahmet Pergel, Ahmet Fikret Yücel, Dursun Ali Şahin, İbrahim Şehitoğlu*

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

Özet

İdiyopatik izole çekum nekrozu; genellikle azalmış kolonik kan akımına bağlı gelişen, oldukça ender görülen ve akut apandisit taklit eden, sağ alt karın ağrısı ile karakterize klinik bir problemdir. Sağ alt kadranda hassasiyete yol açan birçok hastalıkla klinikleri birbirine benzerdir ve tanı genellikle operasyon esnasında konur. Seksen altı yaşında erkek hasta karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede: sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları göz önünde bulundurularak hastaya cerrahi kararı alındı. Diagnostik laparoskopi sonrası çekal nekroz tespit edilen hastaya sağ hemikolektomi uygulandı. Bağırsağın diğer iskemik hastalıkları yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahipken, izole çekum nekrozu olan hastalara erken tanı konulur ve cerrahi tedavi zamanında uygulanırsa prognozları oldukça iyidir. (*Haseki Tıp Bülteni 2015; 53: 85-7*)

Anahtar Sözcükler: İskemi, çekal nekroz, akut karın

Abstract

Idiopathic isolated cecal necrosis is a clinical problem characterized by right-sided inferior abdominal pain. It is rarely seen, develops due to decreased blood flow to the colon and, imitates acute appendicitis. Its clinical signs are similar to many illnesses causing sensitivity in the right inferior quadrant and, the diagnosis is generally determined during surgery. An 86-year-old male patient presented with the complaints of abdominal pain, trichiniasis, nausea and vomiting. Surgical intervention was decided when physical examination and laboratory results were taken into consideration. After diagnostic laparoscopy, right hemicolectomy was performed because of cecal necrosis. While the mortality and morbidity rates for ischemic bowel disease are high, prognosis for early diagnosed patients with isolated cecal necrosis is better, provided that timely surgical treatment is decided. (*The Medical Bulletin of Haseki 2015; 53: 85-7*)

Key Words: Ischemia, cecal necrosis, acute abdomen

Giriş

İzole çekal nekroz kolonik iskemiler arasında sık görülmeyen ve atipik bulguları olan klinik bir tablodur (1). Tanısını koymak oldukça zordur. Sağ alt kadranda hassasiyete yol açan birçok hastalıkla karışabilmektedir.

İzole çekal nekroz; çekal arterlerin ateroskleroza ya da tromboembolisine bağlı meydana gelebileceği gibi posttravmatik olgularda, kronik hemodiyaliz hastalarında, açık kalp cerrahisi sonrası ve digoksin kullanımı öyküsü olan hastalarda da görülebilmektedir (2,3). Hemodiyaliz

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ender Özer
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize, Türkiye
E-posta: drenderozer@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 17 Haziran 2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 14 Temmuz 2014
2014 Rize Genel Cerrahi Günleri 2013, Ayder, Rize

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

hastalarında iskemik kolit gelişiminin nedeni olarak artmış arteriyel hastalık insidansı suçlanmaktadır (4). Ayrıca hemodiyaliz esnasında gelişen hipotansiyon durumu da riski arttırmaktadır.

Kolonik iskemik genelde kolonda azalmış kan akımı ve ateroskleroza bağlı gelişmektedir. Yaşlı hastalarda kolitin yaygın bir sebebi akut kolonik iskemisi olmakla birlikte, izole çekum iskemisi oldukça nadirdir. Sağ kolonun izole iskemisinin genellikle azalmış kan akımına bağlı gelişebildiği bildirilmektedir (5,6).

İzole çekal iskemik ve nekroz sağ alt kadranda ağrısına neden olur ve bu yüzden akut apandisit kliniğini taklit edebilir. Fakat çok nadir görüldüğü için sağ alt karın ağrısının ayırıcı tanısında sıklıkla akla getirilmez. İzole çekal nekrozlu hastalarda çekum perforasyonu ihtimali nedeniyle, erken tanı ve cerrahi tedavi oldukça önemlidir. Makalemizde, ileri yaş dışında bilinen herhangi bir komorbiditesi bulunmayan 86 yaşındaki hastamızı, literatür ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu

Seksen altı yaşında erkek hasta iki gün önce başlayan yaygın karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Başvuru anında karın ağrısının sağ alt kadranda olduğunu ifade ediyordu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bilinen kronik damar hastalığı, kalp hastalığı, hipertansif hastalığı, diabetes mellitus öyküsü veya kronik hemodiyaliz gerektirecek bir böbrek patolojisi bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde batin sağ alt kadranda defans ve rebound hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit 18600/mm³, glukoz 186 mg/dl, üre 100, kreatinin 2,08 idi. başka herhangi bir patolojik değer yoktu. Direk batin grafisinde kolonik gaz gölgeleri mevcuttu ve abdominal ultrasonografisinde rapor edilen herhangi bir patoloji yoktu. Hastanın sıvı kaybına bağlı olarak gelişen prerenal azotemiye bağlı olduğu düşünülen kreatinin yüksekliği nedeniyle hastaya kontrastlı batin BT çekilemedi ve fizik muayene bulguları akut batin düşündürülen hastaya acil operasyon kararı alındı. Öncelikle diagnostik laparoskopi uygulanan hastada çekumda nekrotik alan görülmesi üzerine orta hat kesisi ile laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda çekum lateral duvarında yerleşimli, bir haustranın tamamını tutan nekrotik alan tespit edildi (Resim 1, 2). Sağ hemikolektomi ve ileo-transverstomi prosedürleri uygulandı. Postoperatif dönemde cerrahi bir komplikasyon gözlemlenmedi ve yedinci günde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Kolonik iskemik etyolojisine göre oklüziv ya da non-oklüziv olarak sınıflandırılabilir (7). İskemik kolit gibi çekal iskemik de; kolonik kan akımının azalmasına bağlı olarak, non-oklüziv mezenterik iskemik neticesinde gelişebilir.



Resim 1. Çekum lateral duvarda yerleşimli izole nekrotik alan



Resim 2. Rezeksiyon materyalinin makroskopik görüntüsü

Bu durum bazı hastalarda sistemik hipotansiyon, azalmış kalp debisi ya da nedeni belli olmayan azalmış mezenterik akıma bağlı olarak gelişebilir (8,9). İzole çekal nekroz; çekal arterlerin ateroskleroza ya da tromboembolisine bağlı meydana gelebileceği gibi posttravmatik olgularda, kronik hemodiyaliz hastalarında, açık kalp cerrahisi sonrası ve digoksin kullanımı öyküsü olan hastalarda da görülebilmektedir (2,3). Hemodiyaliz hastalarında iskemik kolit gelişiminin nedeni olarak artmış arteriyel hastalık insidansı suçlanmaktadır (4). Ayrıca hemodiyaliz esnasında gelişen hipotansiyon durumu da riski arttırmaktadır. Bizim olgumuzda izole çekal nekroza neden olabilecek, altta yatan herhangi bir etiyolojik faktöre rastlamadık. Dolayısıyla çekal nekrozun nedenini tam olarak saptayamadık.

İzole çekal nekrozu olan hastalarda; ağırlıklı olarak ani başlangıçlı kolik tarzda sağ alt kadranda ağrısı mevcuttur. Eğer tanı konulup tedavi edilmezse 48 saat içerisinde, olası bağırsak perforasyonu nedeniyle generalize karın ağrısı ve müküller rijidite gelişebilir (4).

İzole çekal nekroz kolonik iskemi tabloları arasında sık görülmeyen ve atipik bulguları olan klinik bir tablodur (1). Tanısını koymak oldukça zordur. Sağ alt kadranda hasiyete yol açan birçok hastalıkla karışabilmektedir. Kolon iskemisi için spesifik bir serum belirteci yoktur. Tanıda, abdominal USG bazı olgularda yardımcı olabilir (10). Bilgisayarlı karın tomografisinde çekal iskemi için spesifik bir bulgu yoktur (11). Ancak kolon duvarında kalınlaşma ve duvar içerisinde hava imajlarının görülmesi nekroz gelişimini akla getirebilmektedir (12).

İskemik kolit düşünülen hastalarda, artmış duvar basıncına bağlı perforasyon riskini arttırması nedeniyle tanı için kolonoskopik inceleme yapılması konusu tartışmalıdır (13). Laparoskopi tanı ve tedavide yardımcı olabilir. Biz de olgumuzda tanı ve tedavi planlaması için tanısız laparoskopi uyguladık. Ve sonrasında orta hat insizyonu ile açık cerrahiyi tercih ettik. Ancak izole çekal nekrozun tedavisinde laparoskopik olarak çekum rezeksiyonu ve anastomoz da tercih edilebilir (14).

Anamnez ve fizik muayene sonrası çekal nekrozdan şüphe ediliyorsa gecikmeden cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Tedavide çekal rezeksiyon ya da sağ hemikolektomi tercih edilmektedir. Eğer hastada süregelen bir peritonit hali mevcut ise sağ hemikolektomi, çekal rezeksiyona göre daha iyi bir alternatif olabilir (15). Biz de hastamızda sayılan nedenlerden ötürü orta hat insizyonu ile sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi prosedürünü tercih ettik.

Literatürde, çekum nekrozunun cerrahi tedavisinden sonra geride kalan kolon segmentlerinde iskemi gelişme olasılığı hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Biz olgumuzda cerrahi sonrası dönemde herhangi bir problem gözlemedik. Piesin patolojik incelemesinde ise nonspesifik iskemiyeye bağlı nekroz tespit edilmiştir.

Sonuç

Bağırsağın iskemik hastalıkları yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahipken, izole çekal nekroz, erken tanı ve tedavi ile prognozu oldukça iyi seyreden bir patolojidir. Bu nedenle, sağ alt kadranda hassasiyeti bulunan

risk grubundaki yaşlı hastalarda, izole çekum nekrozu; akut apandisit ve çekum tümörü gibi daha yaygın tanılarla birlikte ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Wiesner W, Mortelé KJ, Glickman JN, et al. 'Cecal gangrene': a rare cause of right-sided inferior abdominal quadrant pain, fever, and leukocytosis. *Emerg Radiol* 2002;9:292-5.
2. Hargrove WC, Roseto EF, Hicks RE, et al: Cecal necrosis after open-heart operation. *Ann Thorac Surg* 1978;25:71-3.
3. Rist CB, Watts JC, Lucas RJ. Isolated cecum necrosis of the cecum in patients with chronic heart disease. *Dis Colon Rectum* 1984;27:548-51.
4. Jablonski M, Putzki H, Heymann H. Necrosis of the ascending colon in chronic hemodialysis patients: report of three cases. *Dis Col Rectum* 1987;26:623-5.
5. Flynn TC, Rowlands BJ, Gilliland M, et al. Hypotension induced post- traumatic necrosis of right colon. *Am J Surg* 1983;146:715-8.
6. Landrenau RJ, Fry WJ: The right colon as target organ of nonocclusive mesenteric ischemia. *Arch Surg* 1990;125:591-4.
7. Bower TC: Ischemic colitis. *Surg Clin North Am* 1993;73:1037-53.
8. Schuler JG, Hudlin MM. Cecal necrosis : infrequent variant of ischemic colitis. *Dis Colon Rectum* 2000;43:708-12.
9. Sakai L, Keltner R, Kaminski D. Spontaneous and shock associated ischemic colitis. *Am J Surg* 1980;140:755-60.
10. Ranschaert E, Verhille R, Marchal G, et al. Sonographic diagnosis of ischemic colitis. *J Belg Radiol* 1994;77:166-8.
11. Philpotts LE, Heiken JP, Westcott MA, et al. Colitis: Use of CT findings in differential diagnosis. *Radiology* 1994;190:445-9.
12. Simon AM, Birnbaum BA, Jacobs JE. Isolated infarction of the cecum: CT findings in two patients. *Radiology* 2000; 214:513-6.
13. Bradbury A, Brittenden J, McBride K, et al. Mesenteric ischemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg* 1995;82:1446-59.
14. Perko Z, Bilan K, Vilovic K, et al. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal necrosis. *Coll Antropol* 2006;30:937-9.
15. Schuler JG, Margaret M, Hudlin MM. Cecal necrosis: Infrequent variant of ischemic colitis. *Dis Colon Rectum* 2000;43:708-12.