

Kronik İdiyopatik İntestinal Psödo-obstrüksiyon (Olgu Sunumu)

Ali UZUNKÖY¹, Abdullah ÖZGÖNÜL¹, Füsün F. BÖLÜKBAŞ², A.Serhat BAYKARA³,
H.İlyas ÖZARDALI⁴, Mehmet HOROZ², Cengiz BÖLÜKBAŞ²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

²Harran Üniveritesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,

⁴Harran Üniveritesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

ÖZET

Kronik idiyopatik intestinal psödo-obstrüksiyon, mekanik nedenler gözlenmeksizin tekrarlayan ağrı atakları, karında şişlik, kabızlık semptomları ile seyreden nadir bir sendromdur. Genelde idiyopatiktir. Enterik sinir ve kas sistemindeki dejenerasyonlara bağlı olarak da görülür. Tanısı endoskopik, radyolojik çalışmalar, laparotomi ve manometrik çalışmalar ile mekanik obstrüksiyon yapan nedenler ekarte edildikten sonra konulur. Tanı konulduktan sonra tedavinin amacı, normal barsak motilitesini sağlamak ve hastanın yeterli beslenmesini temin etmektir. Bunun için prokinetik ilaçlar, lokalize hastalığın eksizeyonu ve parenteral beslenme sıklıkla yapılır. Kırk yaşında bayan olan bizim hastamıza ilk olarak nonoperatif yaklaşıp sıvı elektrolit dengesi, kalori desteği ve barsak motilite artırıcı ilaçlar verildi. Ancak hastanın şikayetleri devam etmesi üzerine hastaya subtotal kolektomi ve ileorektal anastomoz operasyonu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Kronik idiyopatik intestinal psödoobstrüksiyon, kabızlık

Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-Obstruction: A Case Report

SUMMARY

Chronic intestinal pseudo-obstruction is a rare syndrome characterized by recurrent constipation, abdominal distention and episodes of pain in the absence of evidence of a mechanical obstruction. The most of cases is idiopathic. It may be due to myogenic and neurogenic degeneration in the intestines. The diagnosis depends on the recognition of the clinical syndrome and exclusion of the mechanical obstruction by endoscopic or radiologic studies, or laparotomy and manometric studies of the stomach and small bowel. The goals of the treatment are the restoration of normal gut peristaltics and the correction of the nutritional deficiencies. Thus, administration of prokinetic agents, surgical excision of the localized lesion and parenteral nutrition are frequently required. We aimed to report a 40 years old female patient with chronic intestinal obstruction unresponsive to medical therapy successfully treated with sub-total colectomy, followed by iliorectal anastomosis.

Key words: Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction, constipation

GİRİŞ

Kronik intestinal psödoobstrüksiyon mekanik oklüzyon olmaksızın intestinal motor aktivite yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen intestinal motilite bozukluğudur (1). Hastalığın etyolojisini noninvazif araştırmalarla ya da cerrahi eksplorasyonla koymak çok zordur. Hastaların çoğunluğunda kusma, abdominal ağrı, abdominal distansiyon ve ishal ortak semptomlardır (1-4). Radyografik çalışmalar ve laparotomi ayırıcı tanıyı yapmada sıklıkla yetersiz kalır. Bu olgu sunumunda kronik intestinal obstrüksiyon atakları ile başvuran, yapılan tüm tanısal çalışmalara rağmen altta yatan ileus nedeni bulunamayan ve subtotal

kolektomi operasyonu ile kür sağlanan bir hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

40 yaşında, ileus ön tanısı ile 6 ay önce opere edilmiş olan kadın hasta ileus şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar değerlerine önemli bir özellik yoktu. Ayakta direk karın grafisinde rektosigmoid segmentte geniş gaz kitlesi dışında patoloji saptanmadı. Abdominal ultrasonografi (USG) ve çift kontrast kolon grafisi normaldi. İnce barsak pasaj grafisinde askarisle uyumlu görüntü ve intestinal geçiş zamanının uzaması dışında

patoloji saptanmadı. Perianal sfinkter kaslara ve çizgili kaslara yapılan EMG normal olarak değerlendirildi. Rektus kasından yapılan kas biyopsisi normal olarak değerlendirildi. Rektoskopi yapılarak alınan rektal mukoza biopsisinde rektit bulguları gözlemlendi. Yaklaşık 1 ay süre ile kliniğimizde takip edilen ve yapılan medikal tedaviye ve kullanılan prokinetik ajanlara rağmen ileus bulguları devam eden olguya laparotomi yapıldı. İnce ve kalın barsaklarda bol miktarda askaris görüldü ve kolunun normalden uzun olduğu gözlemlendi. Postoperatif dönemde hastanın kolik tarzında karın ağrıları, distansiyon ve kabızlığı devam etti. Verilen prokinetik ajanlar ile beraber, antiparaziter ilaçlara rağmen hastanın şikayetlerinde düzelme gözlenmemesi üzerine, ikinci ameliyatından yaklaşık 2 ay sonra subtotal kolektomi yapıldı. Postoperatif dönemde şikayetleri düzelen ve 7. gün oral başlanan hasta 10. gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 9 aylık takibinde önemli bir şikayeti olmadı.

TARTIŞMA

Kronik intestinal psödoobstrüksiyon, altta herhangi bir hastalık veya organik bir obstrüksiyon olmaksızın tekrarlayan semptomlarla karakterize bir sendromdur (1).

Hastalığın patofizyolojisinde değişmiş motiliteye bağlı normal peristaltizmin ve transportun bozulduğu bildirilmiştir (2,3). Migrating motor kompleks kaybolmuştur (3). İntestinal dönemde Spontanöz veya koordinesiz kontraktıl aktivite gözlenir (3, 4). Myopatik durum, düşük ampitütlü basınç aktivitesi ile birlikte hipomotiliteye neden olur (3, 4). Nöropatik psödoobstrüksiyon daha az gözlenir ve aşırı ankoordine aktivite ile karakterizedir (5).

Hastalığın etyolojisinde elektrolit imbalansı, ilaçlar, endokrin hastalıklar (miksödem, diabetes mellitus, vd), kronik infeksiyonlar (özellikle immünsuprese olgularda sitomegalovirüs, Chagas

hastalığı, vd.), infiltratif hastalıklar (amiloidozis, vd), vaskülitler (dermatomyozis, progressif sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus), nörolojik hastalıklar (multipl skleroz, muskuler distrofi), değişik travmalar ve paraneoplastik sendromlar suçlanmaktadır. Familial formunun bulunduğu da bildirilmiştir. Çoğu olguda sebep bulunamaz (idiopatik form).

Hastalığın kliniğinde; hastamızda da gözlemlendiği gibi tekrarlayan ataklar, bulantı, kusma, kramp tarzında abdominal ağrı ve abdominal distansiyon görülür (3). Atakların sıklığı, şiddeti ve süresi değişkendir. Konstipasyon ve diare gözlenebilir (3). Abdominal distansiyon, bakteriyel overgrowth, malabsorbsiyon, ishal ve kilo kaybı ile birlikte kronikleşir (3).

Reoperasyon ve radyografik çalışmalarda obstrüksiyon noktası bulunamaz (2, 3, 4). Gerçek sebebin bulunamaması multipl reoperasyonlara neden olur (5). Sıklıkla multipl enterotomilere, barsak rezeksiyonlarına, kaçaklara, fistüllere, total parenteral nütrisyona'a (TPN) bağlı ince barsak hasarlarına, ilaç alışkanlıklarına ve kronik psikiyatrik anormalliklere neden olur (7).

Nonspesifik laboratuvar çalışmaları tanıya yardımcı olmaz (2, 3). Tiroid fonksiyon testleri, antinükleer antikolar, serolojik markerlar, lupus için ve vaskülit için çalışmalar yapılmalıdır. Bizim olgumuzda bahsi geçen spesifik ve nonspesifik laboratuvar çalışmalarında klinik tabloyu izah edecek patolojik bulguya rastlanmadı. İntestinal biopsi intestinal plexusun kaybını gösterebilir veya göstermeyebilir (5). Tam kat rektal biopsi, eğer Hirsprung hastalığından şüphelenilmiş ise faydalı olabilir (6). Hastamızdan aldığımız tam kat rektal biopside enterik sinir sistemine ait herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Radyolojik muayenede, kolon ve midenin baryumlu incelemesinde geçiş zamanı uzadığı bildirilmiştir ve sıklıkla 5 saatten uzundur (4). Bizim olgumuzda da

intestinal geçiş zamanı çalışması normalden uzun olarak saptandı.

Tedavide; eritromisin ve prokinetik ajanlar verilerek medikal tedavi başlanabilir. Bu ajanlar arasında benzamid ve non benzamide 5 hidroksi triptamin dört receptor agonistleri, motilin receptor agonistleri ve nitrik oksit sentez inhibitörleri sayılabilir. Kronik psdoobstrksiyonlu hastalar için TPN genellikle gereklidir (4,6,8). Genellikle medikal tedavi başarısız kalır. Bu olgulara çeşitli operasyonlar önerilmiştir. Bunlar (6, 7); parsiyel duodenektomi, geniş dilate segmentlerin uygun hale getirilmesi, subtotal kolektomi, geniş dilate ince barsağın antimezenterik kenar boyunca eksizyonu, sol hemikolektomi ve kolostomi, total abdominal kolektomidir. Radikal rezeksiyon ve transplantasyon yapılabilir, ancak, henüz yeterli sayıda çalışma yoktur. Psdoobstrksiyonun primer olarak kolonik olduğu tesbit edilirse, idiopatik psödoobstrüksiyon için başarılı tedavi subtotal kolektomi ve peritoneal refleksiyonda ileorektal anastomozdur. Hastamıza subtotal kolektomi ve ileorektal anastomoz operasyonu yapıldı. Postoperatif 24 aylık takiplerinde herhangi bir şikayet görülmedi.

Sonuç olarak tekrarlayan ileus veya subileus bulguları ile başvuran ve yapılan tanı çalışmaları sonucu organik patoloji saptanmayan olgularda, tanıda kronik intestinal psdoobstrksiyonda dşnlmelidir. Bu olgularda öncelikle prokinetik ajanlar başta olmak üzere, medikal tedavi uygulanmalı, ancak bu tedaviye cevap alınamadığı durumlarda cerrahi tedavi dşnlmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hanks JB, Meyers WC, Anderson DK, et al. Chronic primary intestinal pseudoobstruction Surgery 1981; 94: 175-182.
2. Colemont LJ, Caillieri M. Chronic intestinal pseudoobstruction: diagnosis and treatment. Mayo Clinics Proc 1989; 64: 60-70.

3. Samouth AJ, De Wilde K, Kooyman CD, et al. Chronic idiopathic intestinal pseudoobstruction coexistence of smooth muscle and neuronal abnormalities. Digestive Disease and Sciences 1985; 30: 282-287.
4. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudoobstruction in adults. Gut 1997; 41: 675-681.
5. Heneyke S, Smith VV, Spitz L, et al. Chronic intestinal pseudoobstruction: treatment and long-term follow up of 447 patients. Arch Dis Child 1999; 81: 21-27.
6. Murr MM, Sarr MG, Camilleri M. The surgeon's role in the treatment of chronic intestinal pseudoobstruction. Am J Gastroenterol 1995; 90: 2147-2151.
7. Mughal MM, Irving MH. Treatment of end stage chronic intestinal pseudoobstruction by subtotal enterectomy and home parenteral nutrition. Gut 1988; 29: 1613—1617.
8. Shibata C, Naito H, Funayama Y et al. Surgical treatment of chronic intestinal pseudoobstruction; report of three cases. Surg Today 2003; 33: 58-61.
9. Nihida K, Kawazoye S, et al. Surgical treatment of seconder colonic pseudoobstruction. Nippon Ronen Igakkai Zashi 1996; 33: 862-866.
10. Tonini M. Recent advencs in the pharmacology of gastrointestinal prokinetics. Pharm Research 1996; 33: 217-226.
11. Georgescu S, Dubei L, Zaharia M, et al. Ogilvie's syndrome acute colonic pseudoobstruction. Case report and review of literature. Rom J Gastroenterol 2003; 12: 51-55.
12. Minami T, Nishibayashi H, et al. Effects of erythromycin in chronic idiopathic intestinal pseudoobstruction. J Gastroenterol 1996; 31: 855-859.
13. Bosman C, Devito R, Fusilli S, et al. A new hypothesis on the pathogenesis of intestinal pseudoobstruction by intestinal neuronal dysplasia. Pathol Res Pract 2001; 197: 789-796.
14. Peter L, Fielding MB, Shultz S, et al. Treatment of acute colonic pseudoobstruction. Journal of the American College of Surgeons 2001; 192: 422-423.

Yazıřma Adresi

Harran Üniversitesi Tıp Fak.
Genel Cerrahi AD, şanlıurfa