

Bölüm 10

BULANTI-KUSMAYLA GELEN HASTAYA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM (PSODOOBSTRUKSİYON BULANTI-KUSMA İLİŞKİSİ)

Deniz ÖÇAL¹²

GİRİŞ

Psodoobstrüksiyon, mekanik bir engel olmadan ince veya kalın bağırsağın pasajının mekanik olarak engellenmesi sonucu görülen semptomlarının izlenmesidir. Akut kolonik psödoobstrüksiyon ya da diğer adıyla ogilvie sendromu mekanik bir obstrüksiyon olmadan kolon segmentlerinin ileri derece distansiyonu ve klinik olarak obstrüksiyon bulgularının ortaya çıkmasıdır. Bu sendrom 1948 yılında ilk olarak Ogilvie tarafından tarif edilmiştir (1). Ayrıca Nonobstrüktif kolon dilatasyonu, İdiopatik nontoksik megakolon, Spastik ileus gibi adlarla da bilinmektedir.

Psödoobstrüksiyon akut veya kronik şekilde bulgu verebilir. Akut şekilde en sık kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, serebral veya kardiyovasküler bozukluğu olan hastaları etkiler. Akut form genellikle kolonu tutarken, kronik şekli ise gastrointestinal kanalın diğer kısımlarını etkileyebilir, subakut ve kısmi barsak tıkanıklığı oluşturabilir ayrıca periyodik olarak tekrarlanma eğilimindedir (2).

PATOGENEZ

Psodoobstrüksiyon'un kesin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Parasempatik sinir sistemi bağırsak hareketliliğini artırırken sempatik sistem tersi bir işlev görür. Travma, spinal anestezi ve farmakolojik ajanlarla ilişkili psodoobstrüksiyon etyolojide otonom sinir sisteminin bozulmasına işaret eder. Parasempatik liflerin S2'den S4'e kesilmesi, sonucu atonik bir distal kolon ve fonksiyonel bir

¹² Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji drdenizocal@hotmail.com

afferent lifler ve splanknik liflerle kemoreseptör trigger zon uyarılır (27,28). Afferent uyarılar kusma merkezinde değerlendirildikten sonra kusma merkezinden, solunum merkezine, farenks, gastrointestinal ve abdominal kaslara giden efferent uyarılar vagus frenik ve spinal sinirler aracılığı ile kusmayı oluşturur (29,30).

SONUÇ

Pseudoobstrüksiyon, bağırsak içeriğinin akışını engelleyen mekanik bir engel olmadan intestinal sistemde distansiyon ile karakterize bir hastalıktır. Çoğunlukla çekum ve sağ hemikolonu ilgilendirmekle birlikte distansiyon rektuma kadar da uzanabilir. Temel klinik özellik abdominal distansiyondur. Ayrıca hastaların %60'ında bulantı-kusma, %50'inde kabızlık ve paradoksal olarak %40'inde ishal olabilir. Prognozu hastanın yandaş hastalıkları, tanının erken konulması ve komplikasyonların varlığı belirler. Tedavi; konservatif takip, medikal, transanal dekompresyon, perkutan dekompresyon, kolonoskopik dekompresyon ve cerrahi yöntemleri içermektedir.

KAYNAKLAR

1. Dorudi S, Berry AR, Kettlewell MG. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 1992; 79(2):99-103.
2. Mahmoud N, Rombeau J, Ross HM, et al. [Colon and rectum]. *Biological Basis of Modern Surgical Practice*. Ulusoy AN, Topgül K, translation editors. Chapter 48. Istanbul: Nobel Medical Bookstores; 2010
3. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:203.
4. Kaya B, Bulut NE, Bat O, et al. [Does Ogilvie's syndrome cause significant morbidity and mortality in older patients?]. *The New Journal of Medicine* 2011;28(4):228-30
5. Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21:671.
6. Johnson CD, Rice RP, Kelvin FM, et al. The radiologic evaluation of gross cecal distension: emphasis on cecal ileus. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 145:1211.
7. Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, et al. Ogilvie's syndrome. Successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci* 1988; 33:1391.
8. Tavusbay C, Atahan K, Genç H, et al. [Chronic intestinal pseudoobstruction]. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011; 21(1):36-40.
9. Colemont LJ, Camilleri M. Chronic intestinal pseudo-obstruction: diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 1989;64(1):60-70.
10. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7: 499- 508
11. Delgado-Aros S, Camilleri M. Pseudo-obstruction in the critically ill. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2003;17:427-444
12. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:917.

13. Kram B, Greenland M, Grant M, et al. Efficacy and Safety of Subcutaneous Neostigmine for Ileus, Acute Colonic Pseudo-obstruction, or Refractory Constipation. *Ann Pharmacother*. 2018 Jun;52(6):505-512.
14. Rausch ME, Troiano NH, Rosen T. Use of neostigmine to relieve a suspected colonic pseudo-obstruction in pregnancy. *J Perinatol* 2007; 27:244.
15. Saunders MD, Kimmey MB. Systematicreview: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Nov 15;22(10):917-25.
16. Kukora J S, Dent T L. Colonic decompression of massive nonobstructive cecal dilation. *Arch Surg*. 1977;112:512-517.
17. Gosche J R, Sharpe J N, Larson G M. Colonoscopic decompression for pseudo-obstruction of the colon. *Am Surg*. 1989;55:111-115
18. Gosche J R, Sharpe J N, Larson G M. Colonoscopic decompression for pseudo-obstruction of the colon. *Am Surg*. 1989;55:111-115.
19. Bode W E, Beart R W, Spencer R J, et al. Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) *Am J Surg*. 1984;147:243-245.
20. Nano D, Prindiville T, Pauly M, et al. Colonoscopic therapy of acute pseudoobstruction of the colon. *Am J Gastroenterol*. 1987;82:145-148
21. Geller A, Petersen B T, Gostout C J. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc*. 1996;44:144-150.
22. Ogilvie WH. William Heneage Ogilvie 1887-1971. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Dis Colon Rectum* 1987; 30:984.
23. Malagelade JR, Malagelade C. Nausea and vomiting. *Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 2006;143-58
24. İltter T, Saruç M. Bulantı, kusma ile başvuran hastaya yaklaşım. *Gastroenteroloji TGV Yayını Gastroenteroloji* 2003;69-76.2
25. Quigley LM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-86.
26. Mc Cracken G, Houston P, Lefebvre G. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *JOGC JUILLET* 2008; 209: 600-7.
27. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al. *PharmacotherapyA pathophysiologic approach*. Dipiro CV. Nausea and vomiting. New York:The McGraw-Hill Companies Inc;2008; 607-16.
28. Naylor RJ, Inall FC. The physiology and pharmacology of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*. 1994;49:Suppl:2-5.
29. Cubeddu LX, Hoffmann IS, Fuenmayor NT, et al. Changes in serotonin metabolism in cancer patients: its relationship to nausea and vomiting induced by chemotherapeutic drugs.*British Journal of Cancer*. 1992;66(1):198-203.
30. Minami M, Endo T, Hamaue N, et al. Serotonin and anticancer drug-induced emesis. *Yakugaku Zasshi*. 2004;124(8):491-507.