

15.

BÖLÜM

BAĞIRSAK TIKANMALARI(İLEUS) VE VOLVULUS

Çağdaş DERDİYOK¹

İleus; gastrointestinal sistemde bağırsak içeriğinin fonksiyonel veya mekanik bir nedene bağlı olarak distale ilerleyişinde yavaşlama veya duraklama göstermesi olarak tanımlanır. Tipik olarak bu hastalarda, anamnez ve muayene bulguları sonrasında bağırsak tıkanıklığı tablosundan şüphelenilir.

Akut batın terimi, travma dışı nedenlerle son bir hafta içinde olan karın ağrısı yakınmasının ön planda olduğu, acil tedavi gerektirebilecek hastalık tablolarının genel adıdır (1). Acil servislerde en sık görülen akut batın sebepleri sırasıyla: akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit, bağırsak tıkamaları, pankreatit ve peptik ülser perforasyonudur (2). Acil servise karın ağrısıyla başvuruların %15 bağırsak tıkanmaları nedenlidir (1). Yapılan çalışmalarda bağırsak tıkanmalarının anatomik bölgeye göre %80 ince bağırsak, %20 kolon kökenli olduğu gösterilmiştir.

Mekanik bağırsak tıkanıklığı ise ince bağırsakta en sık karşılaşılan cerrahi bozukluktur. İleus; mekanik etkenlere bağlı ve mekanik etkenlere bağlı olmayan diye ikiye ayrılabilir. Mekanik olmayan etkenler; “Adinamik ileus” ve “Dinamik ileus” olmak üzere iki çeşittir. Mekanik etkenler ise, bağırsak dışındaki patolojilerden (brid ileus, herni vs), bağırsak duvarındaki patolojilerden, (malignite vs.) veya bağırsak içeriğindeki patolojilerden kaynaklanabilir (3). Bu durum için çok çeşitli etiyolojiler mevcut olmasına rağmen, tıkayıcı lezyon, bağırsak duvarıyla anatomik ilişkisine göre aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (4):

1. İntralüminal (örneğin, yabancı cisimler, safra taşları veya meconium vb.)
2. İntramural (örneğin, tümörler, Crohn hastalığı ile ilişkili enflamatuvar darlıklar vb.)
3. Ekstrinsik (örneğin, adezyonlar, fıtıklar veya karsinomatozis vb.)

İnce bağırsak tıkanıklığının nedeni 1900’lerden bu yana çarpıcı bir şekilde değişmiştir. Yirminci yüzyılın başında, fıtıklar, mekanik bağırsak tıkanıklıkla-

¹ Dr., Mardin Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Bazı çalışmalar, akut bağırsak tıkanıklığının laparoskopik tedavisini etkili görmektedir ve seçilmiş hasta grubunda yapılan çalışmalarda; hastanede kalış süresinin kısalması ve genel komplikasyonların azalmasını sağladığı gösterilmiştir (21).

SONUÇ

Acil servise akut karın nedeniyle gelen hastaların %15'i bağırsak obstrüksiyonu nedenlidir. En sık sebebi; adhezyonlara bağlı (brid ileus) bağırsak obstrüksiyonu olarak görüyoruz. Bu nedenle hastaların operasyon sorgulaması anamnezlerinde çok önemli yer tutar. Hastaların acil servisteki tanı alma ve takip süreçlerinde sıvı replasmanının tedavisinde yeterliliğinin değerlendirilerek erken süreçte başlanması gerekmektedir. Bağırsak obstrüksiyonda iki tür tedavi mevcuttur; medikal ve cerrahi. Medikal tedaviyle birlikte birçok hasta grubu süreci operasyonsuz atlatabilmektedir. Acil servis tanısından sonra erken cerrahiye gitmesi gereken strangüle olmuş, kapalı loop obstrüksiyonlu hastaların nekroz veya iskemiyeye gitmeden erken cerrahisinin de mortaliteyi azalttığı görülmüştür. Bu hasta grubunda medikal tedavi başlanıp fazla süre bekletilmeden cerrahiye alınması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Judith E.Tintinalli, Gabor D. Kelen. Emergency Medicine.2017,s. 481–538
2. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Acute abdominal pain. In: Feldman M. Gastrointestinal and liver disease. 8 th ed, Saunders, Philadelphia, 2007; 90-98.
3. Silva AC, Pimenta M, Guimarães LS. Small bowel obstruction: what to look for. Radio Graphics 2009;29:423–439.
4. Billiar T, Andersen D, Hunter J, Brunicaudi F, Dunn D, Pollock RE. Schwartz's principles of surgery. McGraw-Hill Professional. 2010.
5. Ohene-Yeboah M, Adippah E, Gyasi-Sarpong K. Acute intestinal obstruction in adults in Kumasi, Ghana. Ghana Med J 2006;40:50-4
6. Adisa AC, Mbanaso AU. Pattern of mechanical intestinal obstruction in Aba. J Med Invest Pract 2001;3:44-8.
7. Golstein PE, Askenasi R, Crremer M. Abdominal pain. In: Gastroenterology and hepatology. 8 th ed, McGraw-Hill, 1999;35-47.
8. Dyer J, Wood IS, Palejwala A, Ellis A, Shirazi-Beechy SP. Expression of monosaccharide transporters in intestine of diabetic humans. Am J Physiol 2002;282:241.
9. Nagler-Anderson C. Man the barrier! Strategic defenses in the intestinal mucosa. Nat Rev Immunol 2001;1:59.
10. Shackelford's. Surgery of the Alimentary Tract ed: Zuidema G D., Nyhus L M. Intestinal obstruction. W. B. Saunders, (s:375-390), 1996
11. Barsak Tıkanıklıkları, Prof. Dr. Ali Pusane, Opr. Dr. Ertuğrul Gazioğlu, Cerrahpaşa Tıp Fak., 1995
12. Silen W, Hein MF, Goldman L. Strangulation obstruction of the small intestine. Arch Surg 1962;85:121-9.

13. Maglinte DD, Balthazar EJ, Kelvin FM . The role of radiology in the diagnosis of smallbowel obstruction. *Am J Roentgenol* 1997;168(5):1171-80.
14. Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001;21(2):341-55.
15. Balthazar EJ, George W. Holmes lecture. CT of small-bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 1994;162(2):255-61.
16. Barnett RE, Younga J, Harris B. Accuracy of computed tomography in small bowel obstruction. *Am Surg* 2013;79(6):641-3.
17. Zalcman M, Sy M, Donckier V, et al. Helical CT signs in the diagnosis of intestinal ischemia in small-bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175(6):1601-7.
18. Ogata M, Mateer JR, Condon RE. Prospective evaluation of abdominal sonography for the diagnosis of bowel obstruction. *Ann Surg* 1996;223:237-41.
19. Diaz JJ Jr, Bokhari F, Mowery NT. Guidelines for management of small bowel obstruction. *J Trauma* 2008;64(6):1651-64.
20. Laforenza U. Water channel proteins in the gastrointestinal tract. *Mol Aspects Med* 2012;33:642.
21. Powell DR, DaCosta CM, Gay J, Ding ZM, Smith M, Greer J et al. Improved glycemic control in mice lacking Sglt1 and Sglt2. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2013;304(2):117-30