

## 18.4. Akut İntestinal Obstrüksiyon

Ekmel TEZEL<sup>1</sup>

Acil servise karında distansiyon ile başvuran hastaların önemli bir kısmı akut intestinal obstrüksiyon olgularıdır. Bulantı, kusma, iştahsızlık ve gaz-gaita çıkaramama eşlik eden semptomlardır.

Bağırsak beslenmesinin bozulduğu, bağırsaklarda iskemi gelişmiş obstrüksiyonlara **strangüle** obstrüksiyon denir.

Bağırsak pasajının tıkanmasına bağlı oluşan obstrüksiyonlara **mekanik obstrüksiyon** denir. Motilite bozukluğuna bağlı gelişmişse **fonksiyonel obstrüksiyon (ileus)** denir.

İntestinal obstrüksiyonların %80'i ince bağırsaklarda olur. Her 3 hastadan 1'inde iskemi gelişir.

En sık mekanik obstrüksiyon yapan nedenler **ekstrinsik** (bağırsak dışı) nedenlerdir. İntrinsik ve intraluminal nedenler de daha az sıklıkta intestinal obstrüksiyona neden olurlar. (Tablo 1 ve 2).

Özofagustan başlayarak anüse kadar tüm gastrointestinal organlar, tüm ekzokrin salgı bezleri (tükürük bezleri, pankreas gibi) ve organlar (karaciğerin safra yolları) luminal organlardır.

Luminal organların duvarları vardır ve bu duvarlar genellikle içeriğin ileri itilmesini sağlayan kas tabakası içerirler. Çevresinde ise bir başka doku veya organın parankimi bulunur.

Şu halde 3 alan söz konusudur:

1. Lumen
2. Duvar
3. Komşu dokular.

Obstrüksiyon bu 3 alandan birinde, bazen ikisinde veya üçünde birden ortaya çıkan patolojiler sonucu oluşur.

1. Luminal nedenler: İçeriğin lumen çapından büyük olması durumunda obstrüksiyon oluşur. Tipik olarak her türlü yabancı cisim obstrüksiyona yol açabilir. Örneğin safra kesesinden koledoka düşen bir taş koledok alt ucunda lumenin iyice daraldığı yer olan ampulla vateride obstrüksiyon yaparak obstrüktif sarılığa neden olur. Benzer şekilde kolesistoduodenal veya kolesistojenunal fistül sonrası bağırsak lümenine düşen safra taşı çapın daraldığı distal ileumda sıkışarak obstrüksiyona neden olur. Meyve çekirdeği veya fekalit apendiks lümenini tıkayabilir. Nadir de olsa büyümüş bir polip de bağırsak lümenini tıkayabilir.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., ekmeltezel@yahoo.com

Sigmoid volvulus tedavisinde öncelikle rijit veya fleksibl sigmoidoskop eşliğinde rektal tüp yerleştirilerek detorsiyon denenir. Aniden gaz ve gaita drenajı işlemin başarılı olduğunun göstergesidir. Destek tedavi uygulanır. Detorsiyonu takiben hasta elektif sigmoidektomi yapılmak üzere taburcu edilir. Nekroz varsa veya detorsiyon başarısız ise acil cerrahi planlanır. Sigmoid rezeksiyon+uç kolostomi+rektal güdüğün kapatılması (Hartman prosedürü) uygulanır. İli-oçekal volvulusta cerrahi (sağ hemikolektomi) gerekir.

Ayırıcı tanı ve komplikasyonlar Tablo 4 ve 5'te verilmiştir.

**Tablo 4. Ayırıcı tanı.**

Karın fıtıkları
Apandisit
Kronik megakolon
Kolon polipleri
Divertikülit
Psödomembranöz kolit
Toksik megaolon

**Tablo 5. Komplikasyonlar.**

İntraabdominal apse
Sepsis
Yara enfeksiyonu ve açılması
Pnömoni ve solunum yetmezliği
Anastomoz kaçağı
Bağırsak perforasyonu
Böbrek yetmezliği
Kısa bağırsak sendromu

## KAYNAKLAR

1. David E. Beck, MD, and Scott R. Steele, MD. Acute Intestinal Obstruction. *Surgical Clinics of North America*, Volume 97, Issue 6, Pages 1221-1233, 2017.
2. Laura R. Leon, MD, and Michael J. Stamos, MD. Management of Acute Small Bowel Obstruction. *Advances in Surgery*, Volume 52, Issue 1, Pages 235- 250. 2018.
3. Trevor P. Baglin, MRCS, and Timothy M. McGee, MD. Acute Intestinal Obstruction. *BMJ Best Practice* (2021).
4. Aniket Sakharpe, MD, and Ryan Swan, MD. Acute Intestinal Obstruction: An Update of Current Diagnostic and Treatment Strategies. *Surgical Clinics of North America*, Volume 98, Issue 6, Pages 1227-1245, 2018.
5. Anthony H. Li, MD, and Samuel E. Wilson, MD. Acute Intestinal Obstruction. *The New England Journal of Medicine*, Volume 376, Issue 7, Pages 656- 665, 2017.
6. Amalia L. Cochran, MD, MBA, and Ronald F. Sing, MD. Current Concepts in Intestinal Obstruction. *The American Journal of Surgery*, Volume 192, Issue 6, Pages 756-760, 2006.