

18.8. Akut Mezenter İskemisi

Hakan SÖZEN¹

Akut mezenterik iskemi (AMİ), ince bağırsak ve kolonu besleyen mezenterik damarların kan akışındaki ani bozulması bağlı gelişen bir acil durumdur. Tanının zorluğu ve hızlı ilerlemesi nedeniyle uygun ve zamanında tedavi yapılmazsa mezenterik damarların beslediği ince bağırsak ve/veya kolonda nekroz gelişir. Mortalitesi %60-80 arasında değişmektedir.

SINIFLANDIRMA

AMİ genel olarak, arteriyel veya venöz olarak sınıflandırılabilir. Buna göre;

- Arteriyel
 - Tıkaçıcı mezenterik arteriyel iskemi
 - Akut mezenterik arteriyel emboli (%40-50)
 - Akut mezenterik arteriyel tromboz (%20-30)
 - Tıkaçıcı olmayan mezenterik iskemi (*Non-obstructive mesenteric ischemia*, NOMİ) (<%20)

- Venöz
 - Mezenter ven trombozu (MVT) (<%10).

ANATOMİ

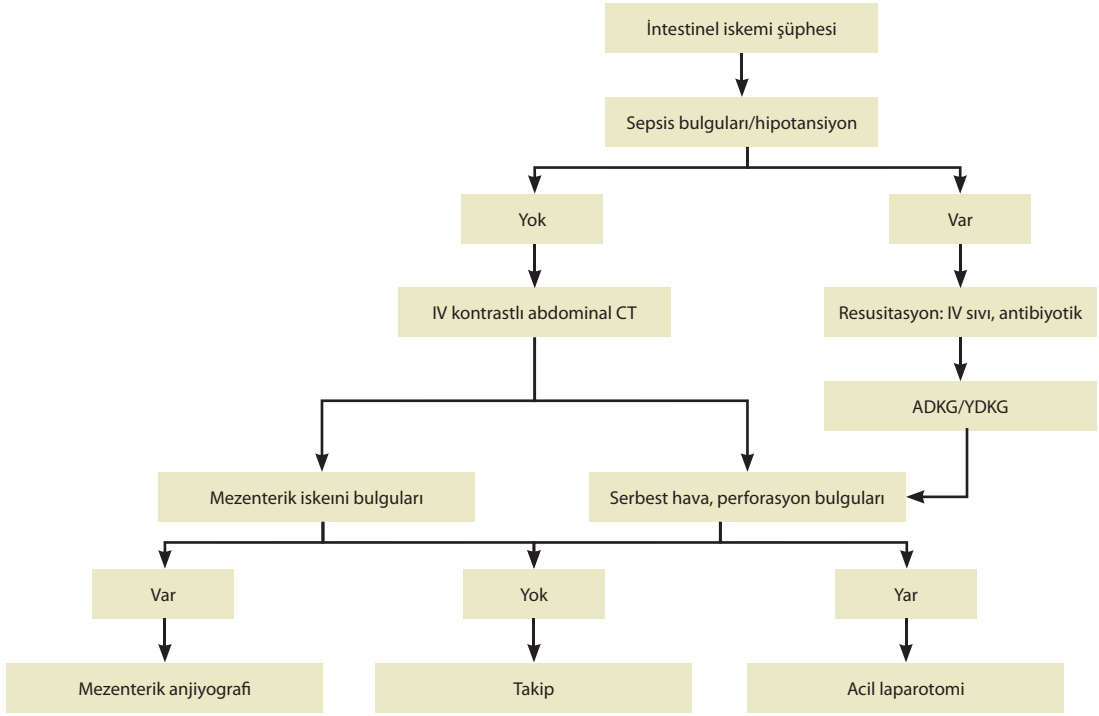
Abdominal organları başlıca 3 arter besler. Bunlar abdominal aortanın dallarıdır (Şekil 1):

1. Çölyak arter (*celiac truncus*) (CA) (distal özofagus, mide, duodenum, proksimal jejunum, karaciğer, safra yolları, pankreas ve dalağı besler)
2. Süperior mezenterik arter (SMA) (pankreas, proksimal jejunum, ileum, sağ kolon, transvers kolonun sağ yarısını besler)
3. İnferior mezenterik arter (İMA) (transvers kolonun sol yarısı, inen kolon, sigmoid ve rektumu besler).

¹ Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., mhakansozen@gmail.com

hisi sırasında ilk revaskülarizasyon girişiminden sonra %31 oranında bağırsak rezeksiyonu gerekmektedir. Bu bakımdan sıklıkla umbilikal bir trokar ilk operasyonda yerleştirilmektedir. Bu trokar hastanın klinik seyrine göre genellikle 12-48 sonra laparoskopik eksplorasyon yapılmasına olanak sağlar. Revaskülarizasyondan sonra, sürekli Doppler USG, bağırsakların peristaltizmi ve rengi ile nabızların kontrol edilmesi suretiyle bağırsak canlılığı değerlendirilmelidir.

NOMİ, oklüzyondan ziyade vazospazma ikincil olduğundan, medikal tedaviye odaklıdır ve iskemiye neden olan mezenterik kan akımını azaltan ana sebeplerin ortadan kaldırılması üzerinde durulur. Bu hastalarda cerrahi girişim peritoneal bulguları olan hastalarla sınırlandırılmalıdır. Ne NOMI, ne de MVT tipik olarak vasküler onarım gerektirmez. Cerrahi işlem (peritonit varlığı, perforasyon gibi durumlar dışında) önce tüm hastalarda tam doz antikoagülasyon başlatılmalıdır.



Şekil 4. Mezenter iskemide izlenen algoritim. (YDKG: Yatarak direkt karın grafisi).

KAYNAKLAR

1. Agustín Gorraiz López, MD, and Jordi Vicens Castellano, MD. "Acute Mesenteric Ischemia. Surgical Clinics of North America, Volume 97, Issue 6, Pages 1247-1258 (2017).
2. Yogen Singh, MD, and Donald P. Lewis, MD. Acute Mesenteric Ischemia: An Update on Diagnosis and Treatment. Vascular Medicine, Volume 18, Issue 6, Pages 327-334 (2013).
3. Simon G. Anderson, MBBS, and Peter J. Roberts, MBBS, MD. Acute Mesenteric Ischemia: A Clinical Review. The Medical Journal of Australia, Volume 202, Issue 9, Pages 478-483 (2015).
4. Maximilian Weniger, MD, and Alexis Ulrich, MD. Acute Mesenteric Ischemia: Review and Update. Annals of Vascular Diseases, Volume 11, Issue 3, Pages 325-334 (2018).
5. Mohit Bhandari, MD, and C. Keith Ozaki, MD. Surgical Management of Acute Mesenteric Ischemia. The Surgical Clinics of North America, Volume 97, Issue 6, Pages 1259-1269 (2017).