

16

İntestinal Obstrüksiyon

Orhan COŞKUN

Ferdane Pirinççi SAPMAZ

GİRİŞ

İntestinal obstrüksiyon bağırsak lümeninin şiddetli daralması veya tıkanması nedeniyle gıda ve intestinal içeriklerinin bağırsakta ilerlemesinin engellenmesi durumudur. Bu düzenli geçişin duraklaması gastrointestinal sistemin uzunluğu boyunca herhangi bir noktada meydana gelebilir ve klinik semptomlar genellikle tıkanma seviyesine bağlı olarak değişir (1). Bağırsak tıkanıklığı ile ilişkili morbidite ve mortalite, daha karmaşık tanısal testlerin ortaya çıkması nedeniyle günümüzde azalmıştır ancak kısa sürede kesin müdahaleye ihtiyaç duyar ve hala zorlu bir cerrahi tanı olmaya devam etmektedir (1). Bu nedenle intestinal obstrüksiyon dünya genelinde; hastanelerde morbidite ve mali harcamaların ve acil cerrahi bölümlerine kabullerinin önemli bir nedenini oluşturmaktadır (2).

Bağırsak tıkanıklığının nedenleri genel olarak intraluminal, intramural veya bağırsağın ekstrinsik nedenleri olarak sınıflandırılabilir. Tablo 1’de intestinal obstrüksiyonun etiyolojik nedenleri sınıflandırılmıştır (3). Ayrıca intestinal obstrüksiyonun sınıflandırılmasında akut/kronik, komplet/parsiyel, basit/komplike, benign/malign gibi birçok sınıflandırma şeması vardır. Ancak bu sınıflandırma şemalarından hiçbirisi, “iskemili/iskemisiz” ve “ameliyat gerektirir/ameliyatsız düzelecek” arasındaki önemli ayrımlar kadar hastanın yönetimiyle ilgili değildir (3).

Tablo 1. Bağırsak Tıkanıklığının Nedenleri

İntraluminal	İntramural	Ekstrinsik Lezyonlar
Bezoarlar Feçes Yabancı cisimler Safra taşları Polipoid neoplazmalar	Anastomoz darlığı Karsinom Doğuştan atrezi veya stenoz Divertikülit IBD (Crohn veya UC) İntususepsiyon İskemik hasar Radyasyon hasarı	Apse Yapışmalar Karsinomatoz Doğuştan bantlar Endometriozis Fıtıklar Volvulus

müteakip aşamalı bir prosedür önerilme olasılığı dahil olmak üzere birçok faktör dikkate alınmalıdır (3). Anastomoz kaçağı riski, ostomi oluşturma-
nın morbidite ve psikolojik etkisine karşı tartılmalıdır. Peritonit belirtileri
olan hastalara acil operasyon yapılmalıdır. Kolonik obstrüksiyon için acil
cerrahinin morbidite ve mortalitesi, elektif rezeksiyon uygulanan hastala-
ra göre önemli ölçüde daha yüksektir. Ayrıca, KBO ile başvuran hastaların
çoğu daha yaşlıdır ve birden fazla komorbiditeye sahiptir. Bu hastalarda tı-
kanıklığı gidermek için stenoza alanına endoskopik kolon stenti yerleştiril-
mesi bir tedavi seçeneğidir. Ayrıca kolonik stentleme; ileri evre metastatik
kanseri hastalarda palyasyon görevi görebilir, ameliyat ihtiyacını tamamen
ortadan kaldırabilir ve sistemik tedavinin yeniden başlamasını sağlayabilir.
Alternatif olarak, rezeksiyon planlanan hastalarda cerrahiye bir köprü ola-
rak kullanılabilir (3,19).

KAYNAKLAR

1. Jackson PG, Rajji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician*. 2011;83(2):159-165.
2. Shivakumar CR, Shoeb MFR, Reddy AP, et al. A clinical study of etiology and management of acute intestinal obstruction. *Int Surg J*. 2018;5(9):3072-3077
3. Mustain WC, Turnage RH, Intestinal obstruction, M. Feldman, LS Friedman, LJ Brand, *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease, 11th Edition*, Philadelphia:Elsevier Inc;2020,p:2021-2038
4. JE Tintinalli.(2013).*Tintinalli Acil Tıp Kapsamlı Çalışma Bir Klavuzu* (Yıldırım Çete, çev. Ed.). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi
5. ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ*. 2013;347:f5588.
6. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2013;8(1):42.
7. Hayden GE, Sprouse KL. Bowel obstruction and hernia. *Emerg Med Clin North Am* 2011;29(2):319-345.
8. Cheadle WG, Garr EE, Richardson JD. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. *Am Surg* 1988;54(9):565-569
9. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989;76(11):1121-1125.
10. Cauley CE, Panizales MT, Reznar G, et al. Outcomes after emergency abdominal surgery in patients with advanced cancer: opportunities to reduce complications and improve palliative care. *J Trauma Acute Care Surg* 2015;79(3):399-406
11. Cosse C, Regimbeau JM, Fuks D, et al. Serum procalcitonin for predicting the failure of conservative management and the need for bowel resection in patients with small bowel obstruction. *J Am Coll Surg* 2013;216(5):997-1004
12. Maglinte DD, Heitkamp DE, Howard TJ, et al. Current concepts in imaging of small bowel obstruction. *Radiol Clin North Am*. 2003;41(2):263-283.
13. Stoker J, van Randen A, Laméris W, et al. Imaging patients with acute abdominal pain. *Radiology*. 2009;253(1):31-46.

14. Sagar PM, MacFie J, Sedman P, May J, Mancey-Jones B, Johnstone D. Intestinal obstruction promotes gut translocation of bacteria. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(6):640-644
15. Mosley JG, Shoaib A. Operative versus conservative management of adhesional intestinal obstruction. *Br J Surg*. 2000;87(3):362-373
16. Fevang BT, Jensen D, Svanes K, et al. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? *Eur J Surg*. 2002;168(8-9):475-481
17. Chen SC, Yen ZS, Lee CC, et al. Nonsurgical management of partial adhesive small-bowel obstruction with oral therapy: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2005;173(10):1165-1169.
18. Bharadwaj S, Fleshner P, Shen B. Therapeutic armamentarium for stricturing Crohn's disease: medical versus endoscopic versus surgical approaches. *Inflamm Bowel Dis* 2015;21(9):2194-213.
19. Kim EJ, Kim YJ. Stents for colorectal obstruction: past, present, and future. *World J Gastroenterol* 2016;22(2):842-52.