

19

İskemik Bağırsak Hastalıkları

Tuğçe ÇALIŞKAN
İbrahim HATEMİ

GİRİŞ

Mezenterik iskemi; kan akımının visseral organların metabolik ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması durumudur. Lokalize, geçici bir bağırsak iskemisi görülebildiği gibi, gastrointestinal traktın katastrofik nekrozuyla da sonuçlanabilir. Klinik tablo hafif şiddette bir karın ağrısından akut batına kadar değişen şekillerde olabilir. Mortalite ve morbiditenin ana belirleyicileri iskeminin ne sürede geliştiği, etkilenen alanın genişliği ve kollateral akımın var olup olmamasıdır.

Mezenter iskemi yaygın olmamakla birlikte, acil cerrahi başvurularının %0,09 ile %0,2'sini oluşturmakta olup, %30 ile %90 arasında değişen ölüm oranları ile oldukça morbid bir durum olmaya devam etmektedir (1). Farklı formları vardır: genellikle iskeminin gelişme hızına göre akut ve kronik olarak sınıflandırılır. Bazen de kronik iskemik süreç üzerinde akut iskemi gelişebilir.

İskemi, vasküler (oklusiv) nedenlerden kaynaklanabildiği gibi, vasküler olmayan (non okluziv) nedenlere bağlı da ortaya çıkabilir. Tutulum segmental veya diffüz olabilir. İskemiden öncelikle, mukoza ve submukoza etkilenir. Süreç uzarsa bağırsak duvarının tüm katlarına yayılarak nekroza ilerler. Tutulumun sınırlı olduğu dönemde tanı konması çoğunlukla hayat kurtarıcıdır.

Tanı; hastalığın nadir oluşu, spesifik olmayan klinik semptomlar ve görüntüleme bulguları nedeniyle oldukça zordur. Öncelikle klinisyenin şüphelenmesi gereklidir.

MEZENTERİK VASKÜLER ANATOMİ

Özofagus proksimali ve rektum distali dışındaki sindirim kanalının arteriyel kan dolaşımı, temel olarak abdominal aortanın üç ana dalından kaynaklanır: Çölyak arter (ÇA), superior mezenterik arter (SMA) ve inferior mezenterik arter (İMA). ÇA'nın kan akımı sağladığı yerler; mide, duodenum birinci ve ikinci kıtası, pankreas, karaciğer ve dalaktır. Kısa ve geniş

yönetimini değiştirecek perforasyon gibi diğer tanıları ve komplikasyonları ekarte etmek için de idealdir.

Kolonoskopinin tanıdaki yeri kısıtlıdır; hazırlık solüsyonlarının dehidratasyona katkıda bulunuşu, işlem sırasında verilen havanın perforasyon riski oluşturması ve acil şartlardaki kullanım kısıtlılığı kullanımını sınırlar. Kolonoskopide sık görülen bulgular: peteşiyal kanamalar, ödemli ve frajil mukoza, dağınık erozyonlar, uzun aksa paralel ülserler ve sınırlarının ayrımı net olarak tanımlanmış bir tutulum segmentidir.

Kolonik iskemi çoğunlukla geçici olduğundan, hafif vakalarda mezenterik anjiyografi endike değildir. Kliniği ağır, sağ kolon iskemisi düşünülen veya akut mezenterik iskeminin dışlanmasına ihtiyaç duyulan olgularda düşünülmelidir.

TEDAVİ

Öncelikli amaç; ilaçlar veya enfeksiyonlar gibi geri döndürülebilir nedenleri ortadan kaldırmak olmalıdır. İntravenöz sıvılar ve vazokonstriktif ajanların kesilmesi ile sağlanan hemodinamik stabilizasyon, bağırsak istirahati ve geniş spektrumlu ampirik antibiyotikler ile konservatif tedavi çoğu olguda etkindir. İleus varlığında nazogastrik dekompresyon yapılmalıdır. İskemi çoğunlukla non okluziv olduğundan antikoagülan tedavi rutinde önerilmez. Yaygın peritonit, perforasyon, hemodinamik insitabiliteye veya tekrarlayan transfüzyon gerekliliğine neden olan kanama varsa cerrahi düşünülmelidir. Sağ kolonun iskemisi, erkek cinsiyet, rektal kanamanın olmayışı, renal fonksiyon bozukluğu, kolonik striktürler ve başlangıçta peritonit bulgularının olması kötü prognoz göstergesi olup konservatif tedavinin başarısız olabileceğini düşündürmelidir (24).

Teşekkür: Dr. Öğr. Üyesi İsa ÇAM'a endovasküler olgu örneklerini bizimle paylaştığı için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Klar E, Rahmanian PB, Bücker A, Hauenstein K, Jauch KW, Luther B. Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(14):249-256.
2. Törüner A. Mezenterik vasküler hastalıklar. Sayek İ (Ed). Temel cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi 2004:1499-1502.
3. Valji K. Vascular Interventional Radiology mesenteric arteries (1th ed.) W.B. Saunders Company, California 1999:182-203.
4. van Petersen AS, Kolkman JJ, Meerwaldt R, et al. Mesenteric stenosis, collaterals, and compensatory blood flow. *J Vasc Surg.* 2014;60(1):111-119.e1192.
5. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology. *Surg Today.* 2005;35(3):185-195.
6. Stamatakos M, Stefanaki C, Mastrokalos D, et al. Mesenteric ischemia: still a deadly puzzle for the medical community. *Tohoku J Exp Med.* 2008;216(3):197-204.

7. Tilsed JV, Casamassima A, Kurihara H, et al. ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2016;42(2):253-270.
8. Gnanapandithan K, Feuerstadt P. Review Article: Mesenteric Ischemia. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020;22(4):17.
9. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. *Arch Intern Med*. 2004;164(10):1054-1062.
10. Kärkkäinen JM, Acosta S. Acute mesenteric ischemia (part I) - Incidence, etiologies, and how to improve early diagnosis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2017;31(1):15-25.
11. Cohn DM, Roshani S, Middeldorp S. Thrombophilia and venous thromboembolism: implications for testing. *Semin Thromb Hemost*. 2007;33(6):573-581.
12. Björck M, Koelemay M, Acosta S, et al. Editor's Choice - Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins: Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2017;53(4):460-510.
13. Wain RA, Hines G. Surgical management of mesenteric occlusive disease: a contemporary review of invasive and minimally invasive techniques. *Cardiol Rev*. 2008;16(2):69-75.
14. Hmoud B, Singal AK, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. *J Clin Exp Hepatol*. 2014;4(3):257-263.
15. Stahl K, Busch M, Maschke SK, et al. A Retrospective analysis of nonocclusive mesenteric ischemia in medical and surgical ICU patients: clinical data on demography, clinical signs, and survival. *J Intensive Care Med*. 2020;35(11):1162-1172.
16. Moschetta M, Telegrafo M, Rella L, Stabile Ianora AA, Angelelli G. Multi-detector CT features of acute intestinal ischemia and their prognostic correlations. *World J Radiol*. 2014;6(5):130-138.
17. Salsano G, Salsano A, Sportelli E, et al. What is the best revascularization strategy for acute occlusive arterial mesenteric ischemia: Systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2018;41(1):27-36.
18. Netz U, Galandiuk S. The management of ischemic colitis. In: Current surgical therapy. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 171-6.
19. Yngvadottir Y, Karlsdottir BR, Hreinsson JP, et al. The incidence and outcome of ischemic colitis in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(6-7):704-710.
20. Rania H, Mériam S, Rym E, et al. Ischemic colitis in five points: an update 2013. *Tunis Med*. 2014;92(5):299-303.
21. Brandt LJ, Feuerstadt P, Blaszcak MC. Anatomic patterns, patient characteristics, and clinical outcomes in ischemic colitis: a study of 313 cases supported by histology. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(10):2245-2253.
22. Sotiriadis J, Brandt LJ, Behin DS, Southern WN. Ischemic colitis has a worse prognosis when isolated to the right side of the colon. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(10):2247-2252.
23. Park CJ, Jang MK, Shin WG, et al. Can we predict the development of ischemic colitis among patients with lower abdominal pain?. *Dis Colon Rectum*. 2007;50(2):232-238.
24. Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, Boley SJ; American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *Am J Gastroenterol*. 2015;110(1):18-45.