

Meckel Divertikülü Torsiyonuna Bağlı İntestinal Obstrüksiyon: Olgu Sunumu

Intestinal Obstruction due to Torsion of Meckel Diverticulum Report of a Case

TUBA ATAK¹, SÜLEYMAN BOZKURT², TAMER AKAY¹, BERRİN GÜÇLÜER³, HALİL COŞKUN³

¹Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye ²Vakıf Gureba Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul-Türkiye

³Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

ÖZET

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemde en sık görülen konjenital anomalidir. Bu yazıda, kendi eksenini etrafında dönerek ileusa sebep olan ektoptik pankreas ve mide dokusu içeren bir Meckel divertikülü olgusu sunulmaktadır. Kırk altı yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede özellikle sağ alt kadranda olmak üzere palpasyonda rebund ve defans mevcuttu. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsak düzeyinde multipl hava sıvı seviyeleri vardı. Ameliyat esnasında uzun bir meckel divertikülünün torsiyone olarak ileusa neden olduğu görüldü. Divertikül detorsiyonu sonrasında distal barsak anısı daralmış olduğu için kısmi ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz uygulandı. Bu olguda olduğu gibi meckel divertikülünün aksiyal torsiyonu son derece nadir

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract. In this article, a case with Meckel's diverticulum including ectopic pancreas and gastric tissue causing intestinal obstruction due to rotation of its own axis is presented. Forty-six years old male patient, with ongoing abdominal pain, nausea, vomiting, inability to pass gas and stool for 3 days was admitted to our emergency department. On physical examination the patient had rigidity, tenderness and rebound especially in the right lower quadrant of the abdomen. Abdominal x-ray revealed multiple air-fluid levels on small intestine. In surgical exploration, intestinal obstruction due to axial torsion of meckel's diverticulum was seen. After detorsion, partial small bowel resection with diverticulectomy and end to end anastomosis was performed because the distal segment

Başvuru Tarihi: 18.12.2010, Kabul Tarihi: 29.01.2011

✉ Dr. Tuba Atak

Kordonboyu Mah. Şehit Serkan Aktepe Cad. Işıl Sok.

Ustakale Apt. Kat: 5 No: 45 İstanbul - Türkiye

Tel: 0505.6005413

e-mail: drtuba81@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:41-45

görülen bir komplikasyondur. Meckel divertikülü semptomatik olduğunda çoğunlukla acil cerrahi gerektirdiğinden (ileus, perforasyon gibi) preoperatif tanısı oldukça güçtür. Tedavide, geniş tabanlı divertikülü bulunan olgularda segmenter rezeksiyon tercih edilmekte iken dar tabanlı olanlarda divertikülektomi uygulanabilmektedir. Sonuç olarak, mekanik intestinal obstrüksiyon bulguları ile seyreden ve/veya akut karın nedeni ile ameliyat planlanan hastalarda meckel divertikülü ve ona bağlı komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meckel divertikülü, Mekanik intestinal obstrüksiyon

Giriş

Meckel divertikülü barsak duvarının tüm katlarını içeren ve gastrointestinal sistemde en sık görülen konjenital anomalidir.¹ Meckel divertikülü omfalomezenterik kanalın intrauterin dönemde kapanmaması sonucu oluşmaktadır ve sıklıkla ileoçekal valvin yaklaşık olarak 100 cm proksimalinde ve antimezenterik yüzde bulunmaktadır.^{1,2} Preoperatif olarak komplikasyon gelişmemiş Meckel divertikülü olgularında tanı oldukça zordur. Meckel divertikülü semptomsuz olup tesadüfen saptanabileceği gibi yaşamı tehdit eden çok ağır klinik tablolara neden olabilen komplikasyonlar ile de karşımıza çıkabilmektedir. Meckel divertikülü bulunan hastaların yaşamları boyunca ancak %3.7 - 6.42'ü semptomatik olmaktadır.² Hastalarda genellikle apandisit, kolesistit, peptik ülser hastalığı veya renal koliklerde bulunan bulantı, kusma, karın ağrısı gibi nonspesifik yakınmalar vardır.³

Bu yazıda, kliniğimizde Meckel divertikülü torsiyonuna bağlı olarak gelişmiş bir ileus olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

46 yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde daha önce de benzer ataklar yaşadığı tespit edildi. Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve rebaund vardı. Rektal dijital muayenede forme gaita mevcuttu, oskültasyonda barsak sesi alınamadı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit değeri 14.500/mm³ idi.

of the small intestine was narrowed with a fibrotic constriction. Axial torsion is a rare complication of Meckel's diverticulum. Preoperative diagnosis of Meckel's diverticulum and its complications are extremely difficult which often requiring emergent surgical invention (ileus, perforation). The preferred surgical treatment of broad-based diverticula is usually segmental resection of the involved segments and for narrow-based diverticula the surgical option is usually diverticulectomy. Eventually, Meckel's diverticulum and its complications should be taken into consideration, in patients with mechanical intestinal obstruction and / or acute abdomen.

Key words: Meckel's diverticulum, Mechanic intestinal obstruction

Ayakta direkt batın grafisinde ince barsak düzeyinde multipl hava sıvı seviyeleri vardı. Abdominal ultrasonografik incelemede genişlemiş ince barsak segmentleri ve periçekal alanda sıvı koleksiyonu tespit edildi.

Daha önce geçirilmiş operasyon anamnezi olmayan hasta akut karın ön tanısı ile ameliyata alındı. Proflakside tek doz 1. kuşak sefalosporin yapıldı. Ameliyat esnasında uzun bir Meckel divertikülünün olduğu ve bu divertikülün kendi eksenini etrafında dönerek ileum mezosuna yapıştığı ve divertikülün distal kısmındaki barsak ansının lümeninde daralma olduğu tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Divertikülün kendi eksenini etrafında dönerek ileum mezosuna yapışması.

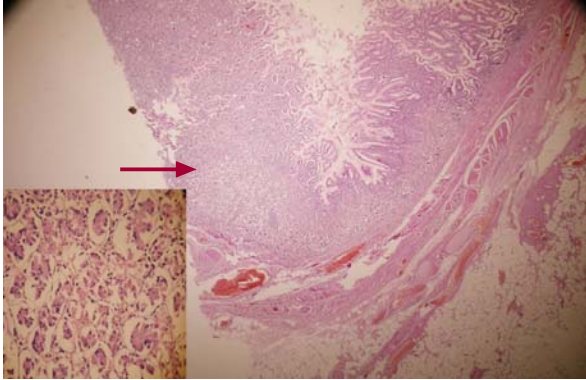
Yapışıklıklar diseke edilip, divertikül detorsiyone edildikten sonra barsakta pasaj probleminin ortadan kalktığı görüldü. Divertikül ucunun barsak segmentine yapıştığı alanda iskemik alanlar görülmesine rağmen divertikül tabanı ve ince barsak segmentinde iskemi

tespit edilmedi. Distal barsak ansı daralmış olduğu için kısmi ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı (Resim 2).

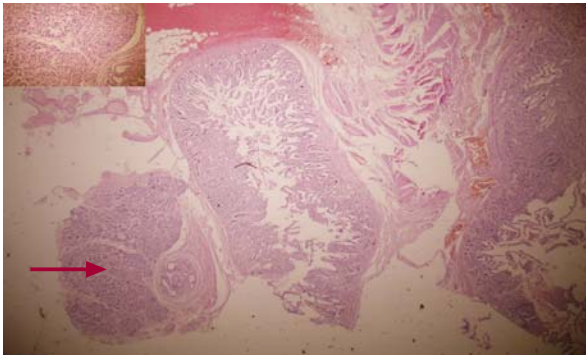


Resim 2. Divertikül ve daralmış distal ince barsak segmenti.

Postoperatif ikinci gün oskültasyonda barsak sesleri normoaktif olarak değerlendirildi, üçüncü gün gaz-gaita deşarjı oldu ve oral gıda başlandı. Problemi olmayan hasta altıncı günde şifa ile taburcu edildi. Yapılan histopatolojik incelemede divertikülün ektopik gastrik mukoza ile birlikte ektopik pankreas dokusu içerdiği tespit edildi (Resim 3, 4).



Resim 3. Meckel divertikülü ve mide dokusu.



Resim 4. Meckel divertikülü ve pankreas dokusu.

Tartışma

Meckel divertikülü (MD) konjenital gastrointestinal anomalilerden birisidir (%1-3).¹ Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir. Genellikle 2 yaşından önce semptomatik hale gelmektedir. Komplikasyonlar ise daha çok 20 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Klinik yaşla birlikte değişmektedir ve yaşla birlikte komplikasyon oranı da artmaktadır.² Yirmi yaşın altındaki hastalarda en önemli komplikasyon kanama iken 40 yaş üzerinde ise obstrüksiyondur.¹ Bizim olgumuz da literatürle uyumlu olarak 40 yaş üzerinde idi. Obstrüksiyon; divertikülden karın duvarına uzanan bantın barsağı sarması, bantın içinde ince barsağın veya çekumun sıkışması, invajinasyon, internal fıtıklaşma, divertikülün kasık fıtığı içinde inkarsere olması, tümörler (lipomlar, karsinoid tümörler gibi), mezodivertiküler band ve kronik divertikülit ataklarına sekonder daralma gibi çeşitli mekanizmalarla oluşabilmektedir ve %26.2-53.4 oranında görülmektedir.^{3,4,5}

Meckel divertikülünün ikinci en sık komplikasyonu ise divertikülitdir ve %12.7 - 30.9 oranında görülmektedir.^{4,5} Divertikülit sıklıkla akut apandisit tablosu şeklinde değerlendirilmekte ve tanı ancak cerrahi inceleme sırasında konulabilmektedir. Bizim olgumuzda divertikülit hali mevcut olmayıp divertikül kendi ekseninde dönerek barsakta obstrüksiyona neden olmuştu. Obstrüksiyonun divertikülit atakları sonucu gelişen bridlere sekonder bir Meckel divertikül torsiyonu nedeniyle oluştuğu düşünüldü. Yine distal ileumdaki daralmanın da geçirilmiş divertikülit ataklarına bağlı olduğu düşünüldü.

Meckel divertiküllerinin yaklaşık olarak %60'ında heterotopik mukoza bulunmaktadır, bunun da %60'tan fazlasını mide mukozası oluşturmaktadır. İkinci en sık pankreas asinusları görülmekle birlikte brunner bezleri, pankreas adacıkları, kolon mukozası, endometriozis ve hepatobilier dokular da görülebilmektedir.⁴

Artigas ve ark.⁶ yaptığı bir çalışmada ektopik doku tespit edilen 13 hastanın 8 tanesinde sadece gastrik mukoza, 2 tanesinde sadece pankreatik doku ve 3 tanesinde ise gastrik mukoza ve pankreatik doku birlikte tespit edilmiştir. Bizim olgumuzun histopatolojik değerlendirmesinde de Meckel divertikülü ektopik gastrik mukoza ile birlikte ektopik pankreas dokusu içermekteydi. Divertikül içinde tespit edilen ektopik dokulara sekonder komplikasyonlar (kanama, peptik ülserasyon ve perforasyon gibi) görülebilse de bizim olgumuzda mevcut ektopik dokulara

bağlı komplikasyon tespit edilmedi.

Meckel divertikülünün birçok hastalık ile semptomlarının karışması nedeniyle preoperatif dönemde tanısını koymak oldukça zor olup olguların sadece %6-12'sinde preoperatif tanı konulmaktadır.³ Olgular genellikle akut karın ön tanısı ile operasyona alınmaktadırlar ve genellikle operasyon esnasında tanıları konmaktadır. Sıklıkla apandisit, gastrointestinal kanama ve ileus ile karıştırılmaktadır.³ Bizim olgumuz da akut karın tanısı ile operasyona alındı ve operasyon esnasında Meckel divertikülü torsiyonuna bağlı ileus olduğu tespit edildi. Meckel divertikülü yetişkin dönemde en sık obstrüksiyon ve kanama kliniği ile ortaya çıkarken sıklıkla sessiz seyretmekte ve insidental olarak tespit edilmektedir.⁷⁻⁹ Park, Mayo klinik'teki 1476 olguluk geniş serisinde semptomatik Meckel divertikülü oranını %16 olarak bildirmiştir.⁷ Semptomatik olduğunda çoğunlukla acil cerrahi gerektirdiğinden (mekanik barsak obstrüksiyonu, perforasyon gibi), Meckel divertikülü'nün preoperatif tanısını koymak oldukça güçtür. Bani-Hani ve Shatnavi, 68 olguluk serisinde preoperatif tanı koyma oranını %5.9 olarak bildirmiştir.⁸ Preoperatif tanı yöntemi olarak Teknesyum 99 m perteknetat sintigrafisi, ince barsak kontrastlı grafisi, anjiyografi, bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Ancak bunların tanı koyabilme oranları oldukça düşüktür.¹⁰ Aggarwal ve ark.¹¹ multidetektör bilgisayarlı tomografinin tanıda yararlı bilgiler sağladığını

bildirmiştir. Meckel divertikülü olgularında ultrasonografi ile çekumdan uzak yerleşimli sıvı yüklü genişlemiş tubuler yapı görülmesi, pelvik abse tesbiti, divertikül duvarında kalınlaşma görülmesi, invajinasyon bulunması mümkündür, ancak bu bulgular yeterince spesifik değildir.¹² Olgumuzda abdominal ultrasonografik incelemede bölgeye uyan nonspesifik genişlemiş ince barsak segmentleri ve perçekal alanda sıvı koleksiyonu tespit edilmiştir.

Meckel divertikülünün tedavisi hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı otörler divertikülektomi uygulanacak olguların seçilmesi gerektiğini savunmaktadır. Geniş tabanlı divertikülü bulunan olgularda segmenter rezeksiyon tercih edilmekte iken dar tabanlı olanlarda divertikülektomi uygulanabilmektedir. Olgumuzda divertikül tabanının hemen distalindeki ince barsak segmentinde konsantrik fibrotik daralma olduğu görüldüğü için divertikül tabanı geniş olmamasına rağmen segmenter rezeksiyon tercih edilmiştir. Bununla birlikte kanama nedeniyle opere edilen hastalarda divertikül içindeki ektopik dokunun komşu barsak ansı içerisinde de devam edebileceği şüphesi olduğu için bu tür olgularda segmenter rezeksiyon tercih edilmelidir.¹

Sonuç olarak mekanik intestinal obstrüksiyon bulguları ile seyreden ve/veya akut karın nedeni ile ameliyat planlanan hastalarda Meckel divertikülü ve ona bağlı bir komplikasyon olabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Tekin A, Küçükkartallar T. Meckel divertikülünün nadir bir komplikasyonu: İleus. Fırat Tıp Dergisi 2008;13:62-4.
2. Pinero A, Martinez-Barba E, et al. Surgical management and complications of Meckel's diverticulum in 90 patients. Eur J Surg 2002;168:8-12.
3. Malhotra S, Roth DA, Gouge TH, et al. Gangrene of Meckel's diverticulum secondary to axial torsion: a rare complication. Am J Gastroenterol 1998;93:1373-5.
4. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhut AL. Meckel's Diverticulum. J Am Coll Surg 2001;192:658-62.
5. Raj Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. World J Emerg Surg 2008;3:27.
6. Artigas V, Calabuig R, Badia F, et al. Meckel's diverticulum: Value of ectopic tissue. Am J Surg 1986;151:631-4.

7. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, *et al.* Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients. *Ann Surg* 2005;241:529-33.
8. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's diverticulum: comparison of incidental and symptomatic cases. *World J Surg* 2004;28:917-20.
9. Stone PA, Hofeldt MJ, Campbell JE, *et al.* Meckel diverticulum: Ten-year experience in adults. *South Med J* 2004;97:1038-41.
10. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: Retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg* 2001;167:518-24.
11. Aggarwal BK, Rajan S, Aggarwal A, *et al.* CT diagnosis of Meckel diverticulum in a paracolic internal hernia. *Abdom Imaging* 2005;30:56-9.
12. Miele V, De Cicco ML, Andreoli C, *et al.* US and CT findings in complicated Meckel diverticulum. *Radiol Med* 2001;101:230-4.