

AKUT KOLONİK PSÖDO-OBSTRUKSIYON

Acute colonic pseudo-obstruction

Yücel Arıtaş

Özet: Kolonik psödo-obstruksiyon uygun tedavi ile genellikle 3-6 günde düzelir. Buna mukabil hastalar sıklıkla bitkin oldukları için, yeterli kolonik dekompresyon sağlansa dahi belirgin bir mortalite oranına sahiptir. Hastanedeki ölümlerin çoğu temelde bulunan hastalıkla ilgilidir. Mortalite oranı cerrahi tedavi uygulanan vakalarda % 30 iken, konservatif tedavi uygulananlarda % 14 dür. Hastanın yaşı, iskemik veya perforo çekum mevcudiyeti ve kolonik dekompresyondaki gecikme, gidişi belirgin olarak etkiler. Bildirilen çekal perforasyon insidensi % 14-40 arasında değişmektedir ve bunun mevcudiyeti halinde mortalite oranı % 40-50'ye çıkmaktadır.

Summary: The colonic pseudo-obstruction usually resolves in 3-6 days with appropriate management. However, this situation has a significant mortality rate even if adequate colonic decompression is achieved since patients are often debilitated. A great deal number of hospital deaths due to pseudo-obstruction is related with underlying illness. The mortality rate is 14 % in patients treated conservatively, while it is 30 % in those undergoing surgery. The age of the patient, the presence of an ischemic or perforated caecum and delay in colonic decompression affect the outcome. The reported incidence of caecal perforation varies between 14-40 % and the mortality rate increases to 40 or 50 % in its presence.

Anahtar kelimeler: Kolonik psödo-obstruksiyon

Key words: Colonic pseudo-obstruction

A kut kolonik psödo-obstruksiyon (AK-PO) semptomları itibariyle klinik bir durumdur, akut mekanik kolon obstruksiyonunu andıran radyolojik görünüm ve bulgular olmasına rağmen, belirgin bir sebep yoktur. 1948 yılında Ogilvie, çeliak pleksuslarında malign tümör infiltrasyonu bulunan iki hastada bu fonksiyonel obstruksiyonu tarif etti (20). Her iki hastada da inandırıcı akut distal kolon obstruksiyonu bulguları vardı, normal baryumlu kolon grafisine rağmen laparotomi yapıldı.

İntestinal psödo-obstruksiyon terimi ilk defa Dudley ve ark. tarafından kullanılmıştır (10). Burada intestinal obstruksiyon klinik tanısı, laparotomide doğrulanmamıştır. Günümüzde Ogilvie sendromu, AKPD terimi ile eşanlamda kullanılmakta ve bu konuda çok sayıda rapor bulunmaktadır (4, 5, 7, 8, 12, 17, 24). Bu derlemede AKPO'nun etyolojisi, klinik bulguları ve tedavi yöntemleri tartışılmaktadır.

Patogenez

Bu sendromun patogenezi tam olarak bilinmemektedir ancak AKPO vakalarının % 80'den fazlasında diğer klinik patolojilerin komplikasyonu ile ilgilidir (Tablo I).

Akut Kolonik Psödo-Obstruksiyon: ARITAŞ Yücel

Tablo I. AKPO ile sıklıkla birlikte bulunan klinik durumlar

- | |
|---|
| 1) İdiopatik |
| 2) Kardiyovasküler |
| - Myokard infarktüsü |
| - Konjestif kalp yetmezliği |
| - Serebrovasküler hastalık |
| 3) Travma sonrası |
| - İntra-abdominal |
| - Pelvik kırıklar |
| - Spinal kırıklar, retroperitoneal hematoma |
| - Femoral kırıklar |
| 4) Post-operatif |
| - Abdominal cerrahi |
| - Pelvik-Jinekolojik cerrahi |
| - Sezeryan |
| - Kalça cerrahisi |
| 5) Malign tümörler |
| - Retroperitoneal |
| - Pelvik radyoterapi |
| 6) İnflamatuvar hastalıklar |
| - Pelvik abse |
| - Akut kolesistit |
| - Akut pankreatit |
| - Akut apendisit |
| - Sistemik sepsis |
| 7) Respiratuvar |
| - Pnömoni |
| - Mekanik ventilasyon |
| 8) Metabolik |
| - Elektrolit bozukluğu |
| - Renal yetmezlik |
| - Kronik alkolizm |
| - Diabet |
| - Parkinson hastalığı |
| 9) İlaçlar |
| - Antidepressan ilaç |
| - Fenotiazin |
| - Narkotik alışkanlığı |
| 10) Nörolojik |
| - Sinir kökü kompresyonu |
| - Multipl skleroz |

Bunlar arasında en büyük grubu, normal gebelik, sezeryan, pelvik cerrahi ve travma oluşturur (1, 3, 17, 21, 24). Spontan doğum

veya sezeryandan sonra uterus pelvisteki normal yerine giderken, distal sigmoid kolonda mekanik obstruksiyona sebep olur, diğer pelvik cerrahilerde, retroperitoneal tümör veya kanamada, sakral parasempatik sinirlerde disfonksiyon olur. Bu sinirler kolon ve rektumu innerve eder, barsak atonisi veya spazmına, dolayısıyla fonksiyonel obstruksiyona sebep olur (3, 21). Kollabe ve dilate barsaklar arasındaki geçiş zonu, splenik fleksuraya yakındır, burada parasempatik innervasyon vagustan, sakral sinirlere doğru değişir (21).

Otonom sinir sisteminin kolon aktivitesi üzerine etkisi tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak sempatik sinirlerin inhibitör ve parasempatik sinirlerin uyarıcı rolleri olduğu kabul edilir. Bu sinirlerin birbirlerini karşılıklı etkilemeleri sonucu kolonda mekanik aktivite olur. Burada kolonun otonom innervasyonunda imbalans vardır. Ogilvie'ye göre, malign subdiafragmatik infiltrasyon sonucu, kolonun sempatik innervasyonun engellenmesi nedeniyle parasempatik etki artar, bunun sonucu olarak da kolonda regional kontraksiyon ve fonksiyonel obstruksiyon olur (20).

Son zamanlarda ise refleks sempatik stimülasyona bağlı intestinal inhibisyon görüşü daha fazla taraftar bulmuştur.

Akut psödoobstruksiyonlu vakalarda genellikle yandaş hastalık vardır, intrinsek sempatik aktivite artmıştır (4). Kolonda sempatik aktivitenin artması, dilatasyona yol açar. Neely ve Catpole'e göre parolitik ileusta barsağın myojenik kontraktilesi yetersizdir, nitelikli refleks sempatik etkiye bağlı inhibisyon sonucu barsakta distansiyon gelişir (18).

Kolon motilitesindeki bu bozukluk, nöromusküler geçiş bozukluklarına yol açabilen metabolik olaylarla da ilgili olabilir. Buna mukabil psödo-obstruksiyonlu hastaların kolon histolojisi normaldir (2, 23).

AKPO'da prostoglandin E ve F'nin yükseldiği bildirilmiştir. Bilindiği üzere, E serisi prostoglandinler insan barsak düz kaslarının gevşemesine yol açar, bunların psödoobstruksiyon genesisindeki kesin rolleri bilinmemekte-

Akut Kolonik Psödo-Obstruksiyon: ARITAŞ Yücel

dir (7).

Geri kalan grupta ise temelde spesifik bir bozukluk tesbit edilemez. Dolayısıyla psödo-obstruksiyonun kesin sebebi bilinmez, birden fazla mekanizma etkili olabilir.

KLİNİK

Bu sendromun kliniği akut mekanik kolon obstruksiyonunu taklit eder (9, 16). Birlikte sistemik bir hastalık olabilir, hasta cerrahi veya doğum sonu safhada bulunabilir. Kolik tarzındaki abdominal ağrı, en sık şikayettir, abdomende progressif distansiyon olur (9). Konstipasyon sıktır (24), ancak az da olsa gaz veya sıvıdan zengin gaita çıkabilir (2,9). Bulantı, kusma sıktır (24), ateş yükselebilir ancak bu durum sıklıkla iskemik veya perforans barsaklı hastalarda görülür.

En dramatik fizik muayene bulgusu massif abdominal distansiyondur (5,24). Abdominal hassasiyet beklenenden azdır (1, 5, 24). Ancak mevcutsa ve sağ alt iliak fossada ise başlangıç halindeki çekum perforasyonuna işaret edebilir (15). Barsak sesleri normal veya azalmış olabilir. Hatta obstruktif natürde de görülebilir. Barsak sesleri nadiren kaybolur (8, 17). Rektal tuşede rektum boştur.

TANI

Labaratuvar çalışmaları diagnostik değildir, fakat üremi veya elektrolit bozuklukları psödoobstruksiyonun bir sebebi olabilir. Perfore veya iskemik barsak mevcudiyetinde lökositoz görülebilir (1, 2, 6, 8). Direkt karın grafisi çok yardımcıdır, distal kolonik obstruksiyonu gösterebilir (1, 5). Burada proksimal kolon kısımları dilatadır. AKPO çekum ve sigmoid kolon volvuluslarından ayırdedilmelidir (25). Distantü ince barsak "loop"ları nadiren görülür (3, 25). Dilate kolon gazla doludur, çok az sıvı vardır, radyolojik olarak gaz-sıvı seviyeleri nadirdir (1, 2, 25). Mekanik kolon obstruksiyonundan farklı olarak, kolonik haustasyon ve mukozal özellikler devam etmektedir (6, 25). Böylelikle inflamatuvar barsak hastalığına bağlı toksik megakolondan ayrılır.

Distantü kolonun gaz dağılımında, sıklıkla splenik fleksura seviyesinde belirgin bir kesilme (cut off) vardır. Bazen bu kesilme rektosigmoid bileşkede veya hepatik fleksurada olabilir (24). Eğer perforasyon varsa pnömo-peritoneum'a ait işaretler görülebilir. Perforasyon, progressif kolonik distansiyon sonucu, en sık çekumda olur; lokal iskemi, serozada longitudinal ayrılma ve mukozada herniasyon bunun sebebidir (24, 25). Daha ileri distansiyon mukozada ayrılmaya yol açar. Genellikle perforasyonlu veya iskemik barsaklı hastalarda, çekumun çapı daha geniştir (24). Çekal çap 12 cm'den az ise perforasyon nadirdir. 14 cm'den sonra risk artmaktadır (6, 11, 15, 22). Abdominal radyografilerde, çekal çapın ölçülmesi, bu hastaların takibinde önemlidir.

TAKİP VE TEDAVİ

Mekanik kolonik obstruksiyonlu hastaların tedavisi AKPO'dan farklıdır. Bu nedenle kesin tanı gereklidir (9). Özellikle idiopatik AKPO'da klinik tablo malign kolonik obstruksiyonu telkin edebilir, dolayısıyla psödo-obstruksiyondan ayırımı güçtür (12).

Kolonun mekanik obstruksiyonunda acil girişim sadece peritoneal irritasyona ait lokal işaretler olduğu zaman yapılır. Bunun haricinde diagnostik amaçla laparotomiye ihtiyaç yoktur, aksi takdirde tesbit edilebilecek AKPO temelde bulunan hastalık nedeniyle laparotomiden menfi yönden etkilenir (9). Tanı baryumlu kolon grafisi (25) veya kolonoskopi ile konulabilir (23).

Kolon obstruksiyonundan baryum lavmanlı grafinin yararı tartışmasızdır (25). Fonksiyonel obstruksiyon tanısının doğrulanması veya mekanik obstruksiyonun yerinin tesbiti yönünden önemlidir. Ancak yüksek seviyeli rektal kanserler rijid sigmoidoskopi önceden araştırılmalıdır. Peritoneal irritasyonu olanlarda baryumlu kolon grafisi çekilmez. Baryumlu grafiyle karar verilemiyorsa, kolonoskopi yapılmalıdır. AKPO'da acil kolonoskopinin hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılabileceği bildirilmiştir (23).

*Akut Kolonik Psödo-Obstruksiyon: ARITAŞ Yücel**Konservatif tedavi:*

Tanı konulduğunda, tedavi esas olarak konservatiftir, nazogastrik dekompresyon, sıvı-elektrolit denge bozukluğunun düzeltilmesi ve eşlik eden patolojilerle, infeksiyonun tedavisi bunlar arasındadır. Afyon alkaloidlerinin veya antikolinergik ilaçların kesilmesi önemlidir (24). Distansiyon eğer distalde ise, bir tüple kolon dekompresyona edilebilir. Ancak lavman veya rijid sigmoidoskop nadiren etkilidir (2,6).

Kombine farmakolojik sempatik blokaj ve parasempatik stimülasyon ile, postoperatif ileusu tedavi etmenin kolonu dekompresyona etme yönünden yararı olabilir (5, 19). Ancak çekum gros olarak distandü ise, stimülasyon kontrendikedir. Bazı AKPO'lu vakalarda "cisapride" motiliteyi teşvik etmek suretiyle yararlı olmaktadır. Etkisi barsak duvarındaki myenterik pleksus içindeki asetil kolin salınımını artırmak suretiyledir. Epidural anestezi, sempatik blokaj sağlayarak etkili olabilir (14). Sağ iliak fossada hassasiyet olmadıkça ve çekum gros olarak distandü hale gelmedikçe konservatif tedavi 48-72 saat devam etmelidir. Eğer çekum, çapında progressif bir artış oluyorsa veya konservatif tedaviye cevap alınmıyorsa, çekal iskemi veya perforasyondan kaçınmak için kolon dekompresyona edilmelidir (1, 3, 25).

Kolonoskopi:

AKPO'nun başarılı kolonoskopik dekompresyonu ilik defa Kukora ve Dent tarafından 1977'de bildirilmiştir (13). Ancak barsak temizliği yapılmamış kolonda fazla miktarda kalın koyu gaita bu işlemi güçleştirir ve ayrıca potansiyel olarak tehlikelidir. Kolonoskopiden önce tuzlu su ile barsağın irrigasyonu başarı şansını artırır. Hava insuflasyonu minimum seviyede olmalıdır. Bu tip tedavide mortalite oranı % 2-5 dir (13). Hepatik fleksuraya ulaşıldığında yeterli dekompresyon sağlandığından, kolonoskopu çekuma geçirmek gereksizdir. Eğer kolonoskopide kolonik iskemiye ait delil varsa bu işlemden vazgeçilerek derhal laparotomi uygulanır. İlk kolo-

noskopiden sonra, takriben % 80 hastada başarılı dekompresyon beklenebilir. % 15 vaka da nüks olabilir ve prosedürün tekrarını gerektirir (13, 23). Eğer distansiyon inatçı olarak kalıyorsa, çekostomi gecikme olmaksızın uygulanmalıdır. Son zamanlarda kolonoskop yardımıyla çekuma tüp yerleştirilebildiğinden çekum distansiyonuna engel olmak mümkündür.

Cerrahi

AKPO'da cerrahi tedavi endikasyonları, konservatif tedavi ile kolonoskopide başarısızlık veya çekal perforasyona ait belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Barsakta iskemi veya perforasyon yoksa, tüp çekostomi seçilecek yöntemdir. Lokal anestezi altında dahi sağ iliak fossaya yapılacak insizyonla oluşturulabilir (1, 3). Büyük bir Foley kateteri kullanılır, tüp 2-3 hafta sonra çekilir. Stoma spontan olarak kapanacaktır. Dekompresif transvers kolostomiler ve ileostomiler başarısız sonuçlar vermiştir (24). Tüp çekostomide mortalite % 15 iken burada % 40 dır. Eğer çekal iskemi veya perforasyona ait delil varsa, vertikal bir insizyonla laparotomi yapılır (12). Çekumdaki nekroz genişse rezeksiyon yapılır. Fekal kontaminasyon nedeniyle ileostomi ve kolostomi uygulanır (26). Eğer çekal perforasyonda defekt küçük ve barsak canlı ise, minimal fekal yayılım varsa, perforasyon eksteriorize edilebilir, intube edilebilir, aksi takdirde, çekum sağ hemikolektomi tekniği gereğince eksize edilmelidir (1, 3, 26).

KAYNAKLAR

1. Adams JT: *Adynamic ileus of the colon. An indication for caecostomy. Arch Surg* 109: 503-507, 1974.
2. Anuras S, Shirazi SS: *Colonic pseudo-obstruction. Am J Gastroenterol* 79: 525-532, 1984.
3. Bachulis BL, Smith PE: *Pseudo-obstruction of the colon. Am J Surg* 136: 66-72, 1978.

Akut Kolonik Psödo-Obstruksiyon: ARITAŞ Yücel

4. Bardsley D: Pseudo-obstruction of the large bowel. *Br J Surg* 61: 963-969, 1974.
5. Bullock PR, Thomas WEG: Acute pseudo-obstruction of the colon. *Ann R Coll Surg Eng* 66: 327-330, 1984.
6. Choo YC: Case reports: Ileus of the colon with caecal dilatation and perforation. *Obstet Gynecol* 54: 241-245, 1979.
7. Choustermann M, Petite JP, Housset E, Hornych A: Prostaglandins and acute intestinal pseudo-obstruction. *Lancet* 2: 138-139, 1977.
8. Clayman RV, Reedy P, Nivatvongs S: Acute pseudo-obstruction of the colon: A serious complication of urological surgery. *J Urol* 126: 415-417, 1981.
9. Dudley HAF, Paterson-Brown S: Pseudo-obstruction. *Br Med J* 292: 1157-1158, 1986.
10. Dudley HAF, Sinclair ISR, Mc Laren IF, et al: Intestinal pseudo-obstruction. *J R Coll Surg Edinb* 3: 206-217, 1958.
11. Gierson ED, Storm FF, Shaw W, Coyne SK: Caecal rupture due to colonic ileus. *Br J Surg* 62: 383-386, 1975.
12. Jones PF: Acute colonic pseudo-obstruction. In: *Emergency abdominal surgery in infancy, childhood and adult life*. Oxford Blackwell Scientific 1987 pp: 235-239.
13. Kukora JS, Dent TL: Colonoscopic decompression of massive nonobstructive cecal dilatation. *Arch Surg* 112: 512-517, 1977.
14. Lee JT, Taylor BM, Singleton BC: Epidural anesthesia for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). *Dis Colon Rectum* 31: 686-691, 1988.
15. Mc Manus Q, Krippaehne WW: Diastatic perforation of the caecum without distal obstruction. *Arch Surg* 112: 1227-1230, 1977.
16. Mc Vary KT, Dalton DP, Blum MD: Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) complicating radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 141: 1210-1212, 1989.
17. Nanni C, Garbini A, Luchetti P, et al: Ogilvie's syndrome (Acute colonic obstruction). *Dis Colon Rectum* 25: 157-166, 1982.
18. Neely J, Catchpole BN: An analysis of the autonomic control of gastrointestinal motility in the cat. *Gut* 8: 230-241, 1967.
19. Neely J, Catchpole BN: Ileus: The restoration of alimentary-tract motility by pharmacological means. *Br J Surg* 58: 21-27, 1971.
20. Ogilvie H: Large intestine colic due to sympathetic deprivation. *Br Med J* 2: 671-673, 1948.
21. Spira IA, Rodrigues R, Wolff WI: Pseudo-obstruction of the colon. *Am J Gastroenterol* 65: 397-408, 1976.
22. Spira IA, Wolff WI: Gangrene and spontaneous perforation of the caecum as a complication of pseudo-obstruction of the colon. *Dis Colon Rectum* 19: 557-562, 1976.
23. Strodel WE, Nostrant TT, Eckhauser FE, Dent TL: Therapeutic and diagnostic colonoscopy in nonobstructive colonic dilatation. *Ann Surg* 197: 416-421, 1983.
24. Vanek VW, Al-Salti M: Acute pseudo-obstruction of the colon. *Dis Colon Rectum* 29: 203-210, 1986.
25. Villar HV, Norton LW: Massive cecal dilatation: Pseudo-obstruction versus cecal volvulus. *Am J Surg* 137: 170-174, 1979.
26. Wotjalik RS, Lindenauer SM, Kahn SS: Perforation of the colon associated with adynamic ileus. *Am J Surg* 125: 601-606, 1973.