

**KOLON DİVERTİKÜLÜ İLE BİRLİKTE BULUNAN,  
İNCE BARSAK DİVERTİKÜLLERİ**

Dr. Yücel ARITAŞ\*  
Dr. Zeki YILMAZ\*\*

**Ö Z E T :**

İnce barsak divertikülleri nadirdir ve sıklık jejunumdan ileuma doğru azalır. Bu divertiküller tipik olarak yalancı (akkız) divertiküller olup, submukoza ve peritonla örtülü mukozanın herniasyonundan ibarettir. Genellikle mezenter yaprakları arasındaki, mezenterik sınırdadır oluşur.

Bu makalede, ince barsak ve kolonu tutan multipl asemptomatik divertiküllü bir hasta takdim edildi ve literatür gözden geçirildi.

**S U M M A R Y :**

**DIVERTICULA OF THE SMALL INTESTINE ASSOCIATED  
WITH COLON DIVERTICULUM.**

Diverticula of the small bowel are rare and the frequency decreases as one progresses from jejunum to ileum. These diverticula are typically false (acquired) diverticula, consisting of herniations of mucosa covered with submucosa and peritoneum. They usually occur on the mesenteric border between the leaves of mesentery.

In this paper, a patient with multipl asymptomatic diverticula, affecting to the small bowel and colon was presented and the literature was reviewed.

**G İ R İ Ő :**

İnce barsak divertikülleri oldukça nadir görülürler (3). İnce barsakta baryumla yapılan radyolojik çalışmalarda % 0.1 - 0.5 ara-

(\*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

(\*\*) Aynı Fakültesi ve aynı Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

sında bulunduğu bildirilmiştir (8). Soliter veya multipl olan bu divertiküller bazen jejunumda bulunmakla birlikte, hem jejunum hem de ileumun aynı anda birlikte tutulmaları nadirdir (2). Burada peptik ülserle bağlı pilor stenozu ön tanısıyla ameliyat edilen bir hastada, insidental olarak duodenum, jejunum ve ileumda multipl divertiküller, kolonda ise daha seyrek asemptomatik divertiküllerle karşılaşılmış olup, konunun literatürdeki yeri saptanmaya çalışılmıştır.

### V A K A :

A. A. isimli 57 yaşındaki bu erkek hasta, 17.6.1983 tarihinde 262362 protokol No.'su ile hastanemize, son 15 günden beri devamlı olan kusma ve beslenememe nedeniyle başvurdu. Başvuru sırasında genel durum orta, hasta dehidrate görünümde idi. Hastanın 15 yıldan beri peptik ülserle ilgili yakınmaları vardı. Dolaşım ve solunum sisteminin fizik muayenesinde patolojik özellik yoktu. Karnında asit mevcut değildi, epigastrik bölgede kleopotaj alındı. Laboratuvar çalışmalarında, Hb : % 13.8 gr., Bk : 6200, kanda BUN : % 23 mgr., Na : 122 mEq/lt. K : 4.2 mEq/lt., CL : 92 mEq/lt., Alkalen fosfataz : 33 Ü., Total protein : % 6.5 gr., Albumin : % 3.3 gr. bulundu.

Preoperatif olarak yapılan gastroskopik çalışmada, duodenal ülserle bağlı pilor stenozu ön tanısı konuldu. Hasta 22.6.1983 tarihinde göbük üstü orta hat kesisi ile abdominal eksplorasyona tabi tutuldu. Operasyonda duodenal ülserle ek olarak, multipl taşlı kolesistit de saptandı. Koledokta bir özellik yoktu. Hiatus hernisi saptanamadı. Kolesistektomi + Trunkal vagotomi + Antekolik izoperistaltik gastrojejunostomi + Braun anastomozu yapıldı. Yine operasyonda insidental olarak, duodenumda ve jejunumda, Treitz ligamenti seviyesinden ileumun son 40 cm.'e kadar tüm barsağı tutmuş, 5 - 15 cm. aralıklarla dizilmiş multipl divertiküllerle karşılaşıldı (Resim : 1). Ayrıca kolonda, sigmoid bölgede daha sıkça olmak üzere aynı özellikte divertiküller vardı (Resim : 2). Bunlar barsağın mezenter tarafında olup, yalancı divertikül özelliğinde idi. Divertikülit durumu yoktu. Divertiküller mezenterik seviyeden itibaren 2 - 7 cm. kadar bir uzunluk gösteriyordu. Çapları ise 1 - 2 cm. kadardı. Hastanın divertiküllerle ilgili semptomatolojisi olma-

dığından cerrahi bir işlem yapılmadı. Postoperatif dönem basit yara infeksiyonu dışında olaysızdı.



Resim 1 : Kolon divertikülü ile birlikte bulunan, ince barsak divertikülleri.

### TARTIŞMA :

İnce barsak divertikülleri nadir görülmekte olup, sıklık jejunumdan ileuma doğru gittikçe azalır. Oran 5/1 dir (8). Ancak Parulekar tarafından spot filmlerle yapılan titiz bir çalışmada 1200 vakanın % 1.9 unda ileum divertikülü bulunmuştur (9). Burada ileal divertikül, jejunumdan 2.9 defa daha fazladır (9). Divertiküller sıklıkla multipl'dir ve % 44 hastada birlikte duodenum divertikülü (8), %24 - 35 hastada ise kolon divertikülü vardır (3, 8). Olgumuzda hem duodenum, hem jejunum - ileum, hem de sigmoid kolon divertikülü mevcuttu.



Resim 2 : Kolon divertikülü ile birlikte bulunan, ince barsak divertikülleri

İnce barsak divertikülleri, tipik olarak yalancı (akkiz) divertiküller olup, mukozanın üzerini örten, submukoza ve seroza ile birlikte herniasyonundan ibarettir (1, 4, 5). Genellikle mezenterik kenarda, mezenter yaprakları arasında olur. Etyolojisinde, barsağın kan damarlarının giriş noktalarındaki herediter zayıflığın rol aldığı düşünülmektedir (2, 3). Üst jejunum kısımlarındaki vasa recta'ların daha büyük çapta olmaları, bu görüşe göre, divertiküllerin bu bölgede daha sık görülmesini izah eder (8). Vakamızda jejunumda daha çok divertikül vardı ve divertiküller daha uzundu.

Meckel divertikülü, antimezenterik bölgede bulunması ve ileoçekal bölgeden itibaren takriben 50 - 60'ıncı cm'de görülmesi ile ko-

layca tanımlanır (4). Birçok ince barsak divertikülü vakamızda olduğu gibi asemptomatiktir. Komplikasyonları arasında başta divertikülitis (1, 3, 4, 10) ve perforasyon (1, 4) gelmektedir. Divertiküldeki inflamasyon, genellikle yabancı cisimlerin yoğun olarak bulunması veya enterolithiasis ile ilgilidir (8). Perforasyon görüldüğünde, jeneralize peritonit, lokalize abse veya komşu barsak loop'ları arasında internal fistül gibi komplikasyonlar oluşur (9). Crowley'e göre, terminal ileumdaki divertiküller, proksimale nazaran perforasyon olmağa daha elverişlidir (4). İkinci komplikasyon kanama olup, massif ve tekrarlayıcı bir özellik gösterebilir (5), duodenal veya gastrik ülser kanamasını andırabilir.

İnflamasyon sonucu gelişen adezyonlar veya divertiküle bağlı volvulus, üçüncü komplikasyon olan intestinal obstruksiyonun nedenidirler (6). Metabolik komplikasyonlar iyi tariflenmiş olup, jejunal divertiküloziste megaloblastik anemi ve steatore sık olarak rapor edilmektedir (2). Burada B<sub>12</sub> vitamininin eksikliğinin nedeni bakteriyel kontaminasyondur. Normal kişilerin jejunum muhtevası steril bulunurken, Jejunal divertiküloziste, karışık tip koliform bakteriler elde edilmiştir (2, 4). Vakamızda bu komplikasyonlardan hiçbiri mevcut değildi.

Hastaların % 60'ında jejunal divertikül semptomsuzdur (2). Müphem dispepsi, yemekten sonra rahatsızlık ve gaz şikayetleri mevcut olabilir. Kolik tarzındaki abdominal ağrıların rekürren olarak görülmesi, adezyonlara bağlı, subakut obstruksiyona işaret edebilir (6). Baryumla yapılan radyolojik çalışmalarda vakaların büyük kısmına tanı konulabilir (9). Vakamız divertikülozis yönünden semptomsuz olup, insidental olarak operasyon sırasında tanımlanmıştır. Retrospektif olarak yapılan baryumlu çalışmalarda, ince barsak ve kolon divertikülozisi tanrsını koymak mümkün olmuştur.

Duodenal divertiküller de nadir lezyonlar olup, üst G. İntestinal sistemin radyolojik çalışmalarında % 1 oranında bulunur (7). Yalancı divertiküller olup, genellikle semptomsuzdur. Kolon divertiküllerinin çoğu ise sol kolonda sık olarak bulunan yalancı divertiküllerdir. A.B.D.'de baryumlu kolon grafileri ve nekropsi çalışmalarında % 5 insidenste bulunmuştur. % 80'i sigmoid ve densen-

den kolonda bulunmaktadır (9, 10). Duodenum ve kolondaki divertikülozisin etyopatogenezi ince barsaktakilerin aynıdır (7). Kolon divertikülleri ve komplikasyonları, az posa bırakan dietle beslenen ileri endüstri toplumlarında daha sıktır.

Asemptomatik divertiküloziste ve antibiyotik tedavisine cevap veren steatoreli ve megaloblastik anemili hastalarda cerrahi girişime ihtiyaç yoktur. Semptomlu soliter divertiküllerde basit divertikülektomi yeterlidir (8). Divertikülün içeriye inversiyonu, invajinasyona yol açabileceği düşüncesiyle tavsiye edilmez (3, 4). Eğer divertikül ince barsakta sınırlı bir bölgede ise rezeksiyon ve uç - uca anastomoz yapılır (3). Divertikülozis tüm ince barsak boyunca yayılım gösteriyorsa, rezeksiyon sadece en büyük divertikülün bulunduğu bölgede sınırlı kalmalıdır (8). Acil girişimlerde (kanama veya perforasyon) rezeksiyon, tutulmuş divertikül bölgesini içine almalıdır (5).

#### KAYNAKLAR

- (1) Ackerman, N.B. : Perforated diverticulitis of the terminal ileum. *Am. J. Surg.*, 128 : 426, 1974.
- (2) Altemeir, W.A., Bryant, L.R., Wulsin, J.H. : The surgical significance of jejunal diverticulosis. *Arch. Surg.*, 86 : 732, 1982.
- (3) Bokhari, S., Resnik, A.M., Nemir, P. : Diverticulitis of the terminal ileum. *Dis. Colon, Rectum*, 25 : 660 - 1982.
- (4) Crowley, J.G. : Perforation in acquired diverticular disease of the terminal ileum. *Am. Surg.*, 39 : 514, 1973.
- (5) Delaney, W.E., Hedges, R.C. : Acquired ileal diverticulosis and hemorrhagic diverticulitis. *Gastroenterology*, 42 : 56, 1962.
- (6) Fisher, J.K., Fortin, D. : Partial small bowel obstruction secondary to ileal diverticulitis. *Radiology*, 122 - 321, 1977.
- (7) Juler, G., List, J.W., Stemmer, E.A., Connolly, J.E. : Perforating duodenal diverticulitis. *Arch. Surg.*, 99 : 752, 1969.
- (8) Kraus, M., Sampson, D., Wilson, S.D. : Perforation of diverticulum of terminal ileum presenting as acute appendicitis. *Surgery*, 79 : 724, 1976.
- (9) Parulekar, S.G. : Diverticulosis of the terminal ileum and its complications. *Radiology*, 103 : 283, 1972.
- (10) Pierce, W., Rosato, E.F. : Acute diverticulitis of the ileocecal region. *Diagnosis and management. Am. Surg.*, 37 : 404, 1971.