



Dev Soliter Jejunal Divertikül Perforasyonu

Abuzer Dirican*, Bülent Ünal*, Fatih Sümer*, Nuray Başsüllü**,
Dinçer Özgür*, Vedat Kırmırlıoğlu*

*İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

**İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya

Jejunum divertiküllerinin çoğu mezenterik yerleşimli psödodivertiküllerdir. Jejunal divertikül perforasyonu nadir görülen bir akut karın nedenidir ve tedavide segmenter barsak rezeksiyonu önerilir. Elli bir yaşındaki erkek hasta akut karın sebebiyle ameliyat edildi. Ameliyatta Treitz ligamanının 15 cm distalinde Jejunumun antimezenterik tarafında 6.6x9x3cm boyutlarında perfora gerçek divertikül mevcuttu. Divertikülektomi ve primer onarım yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Jejunum, Divertikül, Perforasyon

Perforation of Giant Solitary Jejunal Diverticulum

Jejunum diverticulum's are generally pseudo diverticulum's and located at mesenteric side. Jejunum diverticulum's perforation is an unusual cause of acute abdomen. Segmental intestinal resection is recommended in surgical treatment. A 51 years old male patient was operated on due to acute abdomen. In the operation a perforation that was associated with solitary jejune diverticulum at location 15 cm far from the Treitz ligament was identified. Diverticulectomy and primary closure was performed.

Key Words: Jejunum, Diverticulum, Perforation

Divertiküler hastalık ve komplikasyonları esas olarak kolona ait bir patoloji olmakla beraber daha nadiren ince barsakta da görülür. İnce barsak divertiküllerinin çoğu genellikle konjenital Meckel divertikülleri gibi gerçek divertiküllerden veya akkiz olan multipl psödodivertiküllerden oluşur. Bu divertiküllerin komplikasyonlarından biri perforasyondur ve tedavide önerilen perfora divertikülü içine alan segmenter ince barsak rezeksiyonu ve reanastomozdur.¹ Bu psödo divertiküllerin aksine; proximal jejunumda antimezenterik yerleşim gösteren gerçek divertiküllerin görülme sıklığı oldukça azdır. Biz proksimal jejunumda antimezenterik yerleşimli, divertikülektomi ve primer onarım ile tedavi ettiğimiz gerçek divertikül perforasyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

VAKA

50 yaşında erkek hasta aniden başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Sorgulamasında daha önce dispeptik yakınmalar dışında bir şikâyetinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet, defans ve ribaunt mevcuttu. Radyolojik olarak posteroanterior akciğer grafisinde (PAAC grafisi), ve ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) diyafram altında serbest hava vardı. Yapılan abdominal ultrasonografide (USG) barsak ansları arasında serbest sıvı mevcuttu. Laboratuvar bulguları olarak, lökosit: 7500, kan şekeri

327 mg/dl, kreatinin 1.97 mg/dl idi. Diğer laboratuvar parametreleri normal idi. Hasta solunum güçlüğü ve asidoz (pH: 7.011) sebebiyle acilde entübe edilerek peptik ulkus perforasyonu öntanısı ile ameliyata alındı. Batında 2000 ml barsak içeriği vardı ve aspire edildi. Ameliyatta yapılan eksplorasyonda treitzden 15 cm distalde 6.6x9x3 cm boyutlarında antimezenterik yerleşimli tüm barsak duvarı katmanlarını içeren gerçek divertikül üzerinde 0,5 cm perforasyon alanı vardı (Resim 1). Makroskopik olarak maligniteye ait bulgu yoktu. Kolon ve diğer ince barsakların geri kalanında başka divertiküle rastlanmadı. Longitudinal planda divertikülektomi yapılarak transvers planda iki kat üzerinden primer onarım yapıldı. Karın içi bol izotonik serum fizyolojik (%0.9 NaCl) ile yıkandıktan sonra ameliyat sonlandırıldı. Histopatolojik inceleme sonucu nonspesifik divertikülit perforasyonu olarak rapor edildi. Divertiküle tüm barsak katmanları mevcuttu (Resim 2). Hastaya ikili antibiyotik verildi. Postoperatif bir gün yoğun bakım ünitesinde entübe takip edilen hasta postoperatif yedinci günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Non-Meckelian ince barsak divertikülleri, 1807 de ilk defa Sir Astley Cooper tarafından otopsi bulgusu olarak tanımlanmıştır.² İnce barsak divertiküllerinin otopsilerde görülme sıklığı %0.06 ile %1.3 arasında değişir.³ Görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Meckel

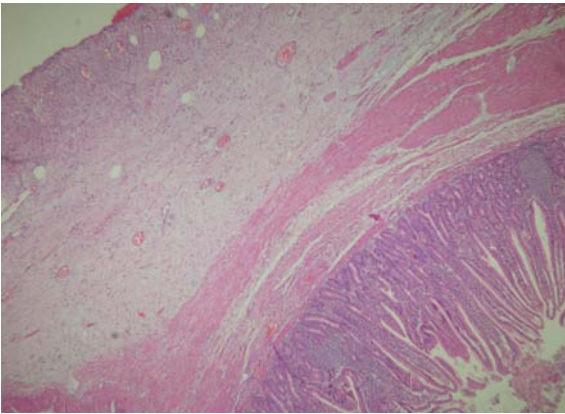
Dirican ve ark.

divertikülü hariç ince barsak divertiküllerinin çoğu (%80) jejunumda yerleşir.⁴ Jejunumdaki divertiküller ileumdakilere göre daha büyüktür. Bu divertiküllerin çoğu psödodivertiküldür. Mezenter tarafına yerleşirler ve mezenter yağ dokusu içinde ameliyat esnasında gözden kaçabilirler.

İncebağırsak psödodivertiküllerinin myenterik plexus veya kas tabakasının motor disfonksiyonu sonrası oluşan kontraksion bozukluğu ile barsağın intraluminal basıncının artması ve sonuç olarak damarların bağırsağa girdiği mezenter tarafındaki zayıf noktadan submukoza ve mukozanın herniasyonu sonucu geliştiği düşünülür. Bizim hastamızda jejunumda yerleşen divertikül antimezenterik yerleşimli gerçek bir divertiküldü. Gerçek divertiküller konjenital veya traksiyona bağlı akkiz olabilirler. Hastamızda daha önce geçirilmiş bir karın ameliyatı,



Resim 1. Treitz ligamanının 15 cm distalinde 6.6x9x3 cm boyutlarında antimezenterik yerleşimli tüm barsak duvarı katmanlarını içeren gerçek divertikül ve üzerinde 0.5 cm perforasyon alanı.



Resim 2. Histopatolojik inceleme sonucu nonspesifik divertikülit olarak rapor edildi ve divertikülde tüm barsak katmanları mevcuttu.

tüberküloz, Crohn veya ciddi bir peritonit yoktu. Dolayısıyla biz konjenital olduğunu düşünüyoruz. Jejunoleal divertiküller genellikle asemptomatiklerdir.

Bizim hastamızda da perforasyona kadar ciddi bir belirti oluşturmamıştı. Bu asemptomatik divertiküllere laparotomi esnasında veya çeşitli radyolojik görüntüleme çalışmaları esnasında tesadüfen rastlanır. Ancak karın ağrısı, malabsorpsiyon, kısmi barsak tıkanıklığına bağlı karında subileus tablosu, hafif gastrointestinal sistem kanaması gibi kronik belirtiler olabilir. Kapalı loop sendromu sonucu vitamin B₁₂ eksikliği veya perforasyon oluşabilir.⁵ İleus, kanama ve daha nadiren perforasyon gibi akut komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Gerçek divertiküller barsağın tüm katmanlarını içerdiklerinden daha sağlamdırlar. Gerçek divertiküller eğer Meckel divertikülleri gibi ektopik doku içermiyorsa kanama ve perforasyon ihtimalleri daha azdır.

Jejunal divertikül tanısında enterocyclosis en iyi tanı yöntemidir. Jejunal divertikül perforasyonunun radyolojik tanısı oldukça zordur. Divertikülit ve peridivertiküler apse varlığında abdominal bilgisayarlı tomografi faydalı bilgiler verir. Karın USG'si ile batındaki serbest sıvı tespit edilebilir. Divertikül perforasyonlu hastaların %90'ına preoperatif doğru tanı konmadığından laparotomi esnasında tanı konur.⁶ Asemptomatik jejunum divertikülleri için herhangi bir tedavi önerilmez. Obstrüksiyon, kanama, perforasyon gibi komplikasyonlar için önerilen tedavi; divertikülü içeren barsak segmentinin rezeksiyonu ve uç-uca anastamozdur.⁷ Eğer divertikül perforasyonu varsa rezeksiyon ve reanastamoz önerilir; çünkü primer sütürlü onarım, eksizyon ve invajinasyon gibi prosedürlerde morbidite ve mortalite yüksektir. Bazı vakalarda batın çok kirli ise ve reanastamoz riskli ise ostomi de önerilir. Ancak bu önerilerin çoğu mezenterik psödodivertiküller için yapılmıştır.

Antimezenterik gerçek jejunum divertiküllerinin takip ve tedavisi için önerilen bir yol haritası yoktur. Biz hastamıza divertikül trietze yakın olduğundan anastamozun riskli olacağını düşünerek divertikülü içine alan segmenter rezeksiyon yapmadık. Divertikül içinde malignite olabilecek herhangi bir kitle de palpe edilmediğinden sadece divertikül rezeksiyonu ve primer onarım tercih edildi.

KAYNAKLAR

1. Evers BM. Small Intestine. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. p1278-332
2. Kiger KE, Shatney CH, Dirbas FM, McClenathan JH. Perforated jejunal diverticula. Am Surg 1996; 62: 26-9.
3. Miller RE, Mc Cabe RE, Salomon PF, Knox WG. Surgical complications of small bowel diverticula exclusive of Meckel's. Ann Surg 1970;171: 202-10
4. Longo WE, Vernava AM. Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. Dis Colon Rectum 1992; 35: 381-8.
5. Altmeier WA, Bryant LR, Wulsin JH. The surgical significance of jejuno-diverticulosis. Arch Surg 1963; 86: 732-41.

Dev Soliter Jejunal Divertikül Perforasyonu

6. Peters R, Grust A, Gezharz CD, Dumon C, Furst G
Perforated jejunal diverticulitis as a rare cause of acute
abdomen Eur Radiol 1999;9:1426-8.
7. Wilcox RD, Shatney CH. Surgical implications of jejunal
diverticula. South Med J. 1988;81(11):1386-91.

Yazışma Adresi: Dr. Abuzer DİRİCAN
İnön Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
44280 MALATYA, TÜRKİYE
Tel: +90 422 3410660/3708
Fax: +90 422 3410728
E-mail: adirican@inonu.edu.tr