

Erişkinde Görülen Ender Bir İleus Nedeni: Meckel Divertikülüne Bağlı İnternal Herniasyon

Birol Ağca, Yüksel Beyaz, Hakan Tezer, Nevzat Elmalı, Sedat Kamalı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastrointestinal Cerrahi Kliniği

ÖZET

Meckel Divertikülü toplumda en sık görülen konjenital gastrointestinal sistem anomalisidir. Erişkin dönemde tesadüfen tanı konulan bu durum bazen yaşamı tehdit eden komplikasyonlarla da karşımıza çıkmaktadır. Bu makalede 27 yaşında erişkin bir erkekte Meckel divertikülüne bağlı gelişen internal incebağırsak herniasyonu ve onu takip eden ileus olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Meckel divertikülü, ileus, internal herniasyon

SUMMARY

A rare Cause of Ileus in Adults: Internal Herniation Due to Meckel's Diverticulum

Meckel's diverticulum is the most frequently observed congenital anomaly of the gastrointestinal tract. Meckel's diverticulum which is incidentally diagnosed in adulthood, sometimes can present with life-threatening complications. In this article, Meckel's diverticulum in a 27 years old adult male, occurring due to internal herniation of the small bowel and subsequent ileus is presented.

Key words: Meckel's diverticulum, ileus, internal herniation

GİRİŞ

Meckel divertikülü ileumda yerleşen ve bağırsak duvarının tüm katlarını tutan gerçek bir divertiküldür^(1,2). Toplumda görülme sıklığı % 2-3 olup, en sık görülen konjenital gastrointestinal anomalidir⁽³⁾. Bebeklik dönemlerindeki en sık komplikasyonları kanama ve bağırsak tıkanıklığı olmasına rağmen, erişkinlerde daha çok rastlantısal ve laparotomilerde karşımıza çıkmaktadır⁽¹⁾. Bazen de yaşamı tehdit eden komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Bu makalede akut batın nedeniyle ameliyata alınan Meckel divertikülüne bağlı internal herniasyon ve divertikülit sonucu gelişen ileus olgusu sunulmuştur.

OLGU

Yirmi yedi yaşında erkek hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile acil cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde batın distandü, batın alt kadrantlarda hassasiyet saptandı. Rektal tuşede rektumun boş ve ağrısız olduğu belirlendi. Bağırsak sesleri azalmıştı.

Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hb:16.67 g/dL, Hct:%48, Lökosit:22220/mm³, Üre: 52 mg/dL, Fibrinojen:907 mg/dL, CRP:134 mg/L bulundu. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) ince barsak tipi hava-sıvı seviyelenmeleri görüldü (Resim 1). Batın ultrasonografisinde (US) batında serbest sıvı ve incebağırsak anslarında genişleme tespit edildi. Daha sonra yapılan oral intravenöz kontrastlı batın tomografisinde (BT) göbek hattına uzanım gösteren incebağırsak ansına ait imaj saptandı (Resim 2). Hasta akut batın (ileus) tanısı ile ameliyata alındı. Göbek üstü ve göbek altı insizyonla yapılan laparotomide; göbekten distale devam eden ve uç kısmının püyle dolu olduğu görülen incebağırsak ansı ve bunun arasından herniye olup, obstrüksiyona uğramış başka incebağırsak ansları saptandı (Resim 3). Terminal ileumdan itibaren 80. cm'den başlayan ve göbek altına uzanım gösteren yaklaşık 10 cm uzunluğundaki divertikül ve bunun göbekte birleşim yerinde oluşan divertikülit absesi tespit edildi. İnternal herniasyona uğramış bağırsak ansları redükte edilerek divertikül tam olarak ortaya konuldu (Resim 4). Divertikülün kaynaklandığı ileumun antimezenterik yüzündeki alan CEA 45 lineer

Alındığı Tarih: 13.02.2013

Kabul Tarihi: 04.11.2013

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Birol Ağca, Barbaros Mah. Uphill Court Sitesi A8 Bl D.14, Ataşehir-İstanbul

e-posta: birolagca@yahoo.com

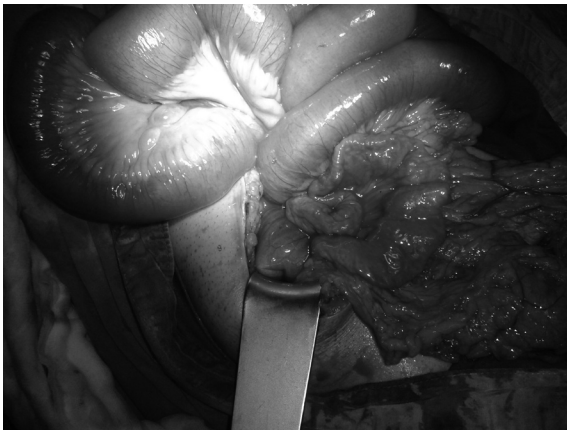
stapler yardımıyla ayrıldı. Göbekte olan bağlantısı keskin diseksiyonla serbestleştirildi. Yaklaşık 10 cm uzunluğundaki divertikül eksize edilerek çıkartıldı. İncebağırsak ansları retrograt sağıldıktan sonra batin yıkanarak douglosa bir adet dren yerleştirildi. Batin katlar anatomik planda kapatıldı.



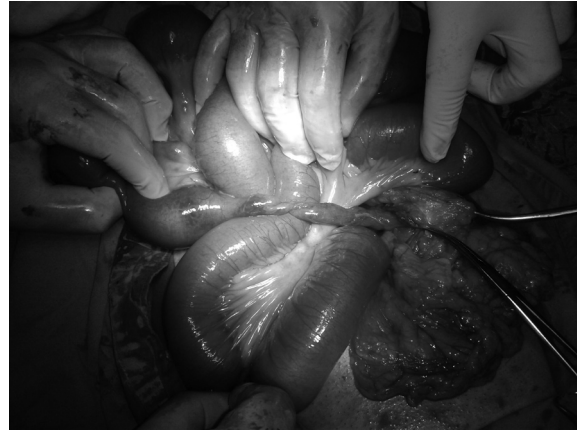
Resim 1. ABDG de ince barsak tipi hava-sıvı seviyelenmeleri.



Resim 2. Oral intravenöz kontrastli batin BT'de göbek hattına uzanım gösteren ince barsak ansı.



Resim 3. Obstrüksiyona uğramış ince barsak ansları.



Resim 4. Meckel Divertikülü ve internal herniasyon.

Yapılan patolojik incelemede; 10 cm uzunluğunda ve 1,5 cm çapında lümenli doku parçasında ektopik gastrik mukoza, ülser aktif divertikülit, serozada fibrino pürülan iltihabi reaksiyon olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Meckel divertikülünün erişkinlerde görülme oranı düşük olup, daha çok rastlantısal olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen, olgumuzda görüldüğü gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlar da görülebilmektedir (4-6). Konjenital gastrointestinal bir anomali olan Meckel divertikülünün görülme sıklığı %3 civarındadır (7). Meckel divertikülü ilk olarak 1598 yılında Fabricius Hildanus tarafından tarif edilmiştir. Kapanmayan omfalomezenterik kanalın devamı şeklinde görülen bir anomalidir (8,9). Hastalık daha çok iki yaş altındaki bebeklerde semptomatik olurken, erişkinlerde daha çok bağırsak tıkanmaları ve kanama ile kendini gösterebilmektedir (10). Erişkinlerde meckel divertikülünün en sık görülen komplikasyonu tıkanmadır (7). İkinci sırada görülen komplikasyon ise divertikülitir (11). Olgumuzda bağırsak tıkanması ve divertikülit aynı anda ortaya çıkan bir durumdur. Olgumuzda tıkanıklığın nedeni, göbek bölgesine uzanım gösteren ve burada iltihabi olay başlatan divertikülün etrafından geçen incebağırsakların internal herniasyonudur. Bunun sonucu olarak gelişen mekanik tıkanıklık, semptomların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Göbek etrafındaki kızarıklık ve şişliğin nedeni ise divertikülün uç kısmında gelişen iltihabi reaksiyondur. Literatürde divertikülit gelişmesinin nedenleri arasında en sık dar boyunlu divertikülün besin artığı ya da fekaloid tarafından tıkanması sonucu oluştuğu bildirilmiştir. Ender olarak da ektopik mide mukozasının ülserasyonu

sonucu divertikülit gelişebilmektedir ⁽¹²⁾. Olgumuzda gelişen divertikülitin nedeni, divertikülün göbek altına yapışarak bağırsak pasajını durdurması ve gelişen nekroza bağlıdır. Göbek etrafındaki kızarıklık divertikülitin başlattığı iltihabi olay sonucu oluşmuş ve bu nedenle olgumuz ilk planda omfalit ya da strangüle göbek fıtığı gibi değerlendirilmiştir. Bu durum tanıda biraz gecikmeye neden olmuştur.

Meckel divertikülünde divertikül büyüklüğü ile komplikasyon gelişmesi arasında sıkı bir ilişki mevcuttur olup, 2 cm'den uzun divertiküllerde komplikasyon oranı daha fazladır ^(13,14). Olgumuzda divertikül uzunluğunun 10 cm olması komplikasyon gelişmesini kolaylaştırmıştır. Yine divertikül çevresindeki ekto-pik mukozal yapılar da komplikasyonu artırmaktadır ^(15,16). Olgumuzda ekto-pik gastrik mukoza görülmesi bu bilgiyi teyit etmektedir.

Meckel divertikülünün preoperatif tanısı çokça mümkün olmamakla birlikte, tanı daha çok başka bir nedenden ameliyata alınan olgularda yapılan laparotomi ve laparoskopilerde konabilmektedir ⁽¹⁷⁾. US ve BT daha çok başka patolojileri ekarte etmek amacıyla yapılmaktadır. Olgumuzda BT'de görülen göbek altında uzanım gösteren incebağırsak anısı ameliyat öncesi Meckel divertikülünü aklımıza getirmiştir. Yine göbek etrafındaki kızarıklık ve şişlik divertikülün komplike olabileceğini de düşündürmüştür. Divertikülektominin elektif koşullarda yapılmasını söyleyen yayınlar bulunmaktadır ^(18,19). Bu yayınlarda daha sonra gelişebilecek komplikasyon oranlarının azaldığı bildirilmiştir ^(18,19). Aksi görüşte olan yazarlar da bulunmakta olup, divertikülektominin ancak komplikasyon gelişen olgularda yapılması gerektiğini söylemektedirler ⁽²⁰⁾.

Olguların daha çok akut batın nedeniyle ameliyata alınan kişilerde ortaya çıkması olgumuzda olduğu gibi o sırada divertikülektominin yapılmasına neden olmuştur. Divertikülektomi tekniği yapan cerrahlara göre değişmekte olup, geniş tabanlı divertikül rezeksiyonlarında segmenter barsak rezeksiyonu ile birlikte yapılmasını önerenler bulunmaktadır ⁽¹⁾. Olgumuzda taban çapı yaklaşık 2 cm olması nedeniyle rezeksiyon CEA stapler yardımıyla yapılmıştır. Özellikle kanama nedeniyle ameliyat edilen olgularda kanamanın ekto-pik mide dokusundan kaynaklanması nedeniyle ve bu dokunun komşu bağırsak duvarında da devam

edebileceği düşünülüp divertikülün segmenter ince bağırsak rezeksiyonu ile birlikte yapılması önerilmektedir ⁽¹⁾.

Sonuç olarak, acil cerrahide akut batın ön tanısı ile ameliyata alınan olgularda Meckel divertikülü ve komplikasyonları her zaman akılda tutulmalı ve ameliyat tekniği olgunun durumuna göre planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tekin A, Küçükkartallar T. Meckel Divertikülü'nün nadir bir komplikasyonu: İleus. *Fırat Tıp Dergisi* 2008; 13: 62-64.
2. Akçakaya A, Alimoğlu O ve ark. Komplike Meckel Divertikülleri. *Ulusal Travma Derg* 2003; 9: 246-249.
3. Schmidt C, Brown LM. Perforated Meckel's Diverticulum. *Surgery* 2001; 129: 643-644. <http://dx.doi.org/10.1067/msy.2001.106782> PMID:11331458
4. Leijonmarck CE, Bonman-Sandelin K, Frisell J, et al. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg* 1986; 73: 146-149. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800730225> PMID:3484984
5. Cullen JJ, Kelly KA. Current management of Meckel's diverticulum. *Adv Surg* 1996; 29: 207-214. PMID:8720004
6. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg* 1976; 132: 168-173. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(76\)90043-X](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(76)90043-X)
7. Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). *Am J Surg* 1980; 139: 286-289. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(80\)90275-5](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(80)90275-5)
8. Craig O, Murfitt J. Radiological demonstration of Meckel's diverticulum. *Br J Surg* 1980; 67: 881. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800671214>
9. Williams RS. Management of Meckel's diverticulum. *Br J Surg* 1981; 68: 477. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800680712> PMID:7018640
10. 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. <http://dx.doi.org/10.1080/110241502317307508> PMID:12022375
11. Wong JH, Suhaili DN, Kok KY. Fish bone perforation of Meckel's diverticulum: a rare event? *Asian J Surg* 2005; 28: 295-296. [http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584\(09\)60364-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1015-9584(09)60364-X)
12. Schlicke CP, Johnston EW. Experiences with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 126: 91-93. PMID:5634613
13. Kamal E, Bani-Hani, Nawaf J, Shatnawi. Meckel's Diverticulum: Comparison of Incidental and Symptomatic Cases. *World J Surg* 2004; 28: 917-920. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-004-7512-3>
14. Mackey WC, Dineen P. Afifty year experience with

- Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 56-64.
PMid:6600203
15. Swaniker F, Soldes O, Hirschl RB. The utility of technetium 99 m pertechnetate scintigraphy in the evaluation of patients with Meckel's diverticulum. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 760-765.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468\(99\)90370-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468(99)90370-6)
 16. Heider R, Warshauer DM, Behrns KE. Inverted Meckel's diverticulum as a source of chronic gastrointestinal blood loss. *Surgery* 2000; 128: 107-108.
<http://dx.doi.org/10.1067/msy.2000.103025>
PMid:10876194
 17. Miele V, De Cicco ML, Andreoli C, et al. US and CT findings in complicated Meckel diverticulum. *Radiol Med (Torino)* 2001; 101: 230-234.
 18. Root BT, Baker CP. Complications associated with Meckel's diverticulum. *Am J Surg* 1967; 114: 285-288.
[http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(67\)90385-6](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(67)90385-6)
 19. Schlicke CP, Johnston EW. Experiences with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 126: 91-93.
PMid:5634613
 20. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg* 1976; 132: 168-175.
[http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(76\)90043-X](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(76)90043-X)