

Distal ileum patolojilerinde ileoçekal valve yakın anastomoz ne kadar güvenli?

Tamer SEKMENLİ, Metin GÜNDÜZ, İlhan ÇİFTÇİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

Öz

Amaç: Geçirilmiş operasyon öyküsü olan bir olguda, 7 ay sonrasında bağırsaklar arası brid nedeniyle parsiyel ileal nekroz, ileal rezeksiyon ve terminal ileuma 5 cm mesafede yapılan anastomozun kliniği ve sonuçlarının paylaşımı amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Bir buçuk yaşında erkek olgu gece başlayan karın ağrısı, kusma yakınmalarının giderek artması nedeniyle ailesi tarafından, sabah hastanemiz Çocuk Acil Polikliniğine getirildi. Çekilen ayakta direkt batin grafisinde karın orta hatta yumuşak dokudan oluşan gazsız kitle inajı dikkati çekmekteydi. Batin muayenede hassas, ele gelen ağırlı kitle hissi mevcuttu. Hasta mevcut bulgularla eksplorasyon için operasyona alındı. Operasyonda terminal ileumdan yaklaşık 60 cm'lik bağırsak ansını içine alan ve mezo damarlarını kelepçe gibi sıkınan brid bant görüldü, eksize edildi, ılık su kompresiyiyle 5-10 dk. kadar beklenmesine rağmen, bağırsakların rengi düzelmediğinden, gangrenöz ileal segmentler çıkarıldı. Mevcut toksik tablo da göz önüne alınarak, terminal ileuma yakınlığı 5 cm'lik distal ansla proksimal viabl ileal segment geçici olarak double-barrel ileostomi yapıldı. Preoperatif ağırlığı 14 kg gelen olgu, stomadan aşırı sıvı kaybı nedeniyle pediatrik gastroenteroloji medikal desteğine rağmen, 14 gün sonra 11,5 kg'a düşmesi üzerine, 16. günde olgunun stomasını kapatılmasına karar verildi. Terminal ileuma 5 cm mesafede risk alınarak ileoçekal valvi koruyabilmek amacı ile uç uca anastomoz yapıldı. Postop 12. gün hasta sorunsuz taburcu edildi. Taburcu sonrası 1 ay sonraki kontrolünde kliniği normal olan olgunun, ağırlığı 14,5 kg'a geldiği gözlemlendi.

Sonuç: Operasyon öncesi iyi hazırlanmış ve uygun cerrahi teknik ve malzeme kullanılmış olgularda, terminal ileuma yakın anastomozun klinik olarak sorun çıkarmayacağını, özellikle daha uzun yaşam beklentisi olan çocuklarda, ileoçekal valvin korunarak anastomoz yapılmasının yaşam kalitesini arttıracağını düşünmekteyiz. Konunun daha geniş serilerle desteklenmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: İleoçekal valv, ileoileostomi, çocuk

Alındığı tarih: 18.04.2016

Kabul tarihi: 05.05.2016

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Tamer Sekmenli, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Alaeddin Keykubat Yerleşkesi, Selçuklu 42131 Konya
e-mail: dr_sekmenli@hotmail.com

Abstract

How safe is anastomosis near the ileocecal valve in distal ileal pathologies?

Aim: We aimed to evaluate the operative findings, and follow-up of a patient who had partial ileal necrosis due to brid ileus, who had ileo-ileal anastomoses 5 cm proximal to caecum.

Case report: A 1.5 year old boy was admitted to the pediatric emergency department of our hospital with abdominal pain and vomiting. The image of flat soft tissue mass at abdominal midline on standing direct radiograms was observed. During the abdominal examination, a palpable painful mass sense was present. In exploration, an adhesion band involving approximately 60 cm of the terminal ileum and squeezing the mesentery vessels was seen, and excised. As the lukewarm water compress for 5-10 minutes did not reverse the ischemia, we decided to resect, and remove gangrenous ileal segments. Considering the current toxic condition, a temporary double-barrel ileostomy was made using the distal loop at a 5 cm proximal to terminal ileum and proximal viable ileal segment. The preoperative body weight of the case decreased for 14 kg due to the intensive loss of fluid from the stoma, despite medical support from the pediatric gastroenterology department, after 14 days to 11.5 kg. Then closure of the stoma was decided on the 16th postoperative day. In order to preserve ileocecal valve end-to-end anastomosis was performed, 5 cm proximal to terminal ileum. Stool frequency decreased, and its content became denser, and at the 12th postoperative day patient was discharged without any problems. During the control visit in the 1st month following hospital discharge the clinical findings of the case were normal and the patient weighed 14.5 kg.

Conclusions: In cases well prepared before the operation and intervened with the most appropriate surgical technique and appropriate surgical materials, we consider that anastomosis close to the terminal ileum will not lead to any problems clinically. We believe that anastomosis preserving ileocecal valve will increase the quality of life especially in children with longer life expectancy. However larger series are necessary to verify the findings of the present study.

Keywords: Ileocecal valve, ileoileostomy, child

Giriş

Bağırsak hareketleri ve içeriğinin geçişinde ileoçekal valvin rolü büyüktür. İleoçekal valvin alınması gereken cerrahi durumlarda kısmi ince bağırsak rezeksiyonu sonrası terminal ileum yakınlarında anastomoz yapmanın hastanın mortalite ve morbiditesini arttıracağı kanısı hakimdir. İleoçekal segment ve proksimal arteriyel beslenmesi üst mezenterik arterden direkt veya terminal dallarla ve ileokolik arter ile gerçekleşmektedir⁽¹⁾.

Göreceli olarak zayıf olan bu arteriyel beslenme bölgesi güvenli bir anastomoz açısından cerrahda kaygı oluşturur. Bu nedenle ileoçekal valve yakın mesafede ince bağırsak anastomozu yapmak yerine daha invaziv işlem olan sağ hemikolektomi gibi çok agresif bir tedavi seçeneği yapılmıştır^(1,2). İleoçekal bölgeye yakın patolojilerde cerrah, operasyon sırasında tek başına nasıl bir yol seçeceğine karar vermede zorlanabilir.

Rezeksiyon gerektiren terminal ileum patolojilerinin cerrahi tedavisi sırasında, ileoçekal valve yakın anastomozun yapılabilirliği konusunda yeterince bilgi yoktur. Prevalvüler anastomoz yapma durumunda vasküler nedenler ve lümen içi yüksek basınç nedeni ile anastomoz güvenliği konusunda klasik kitaplarda yer alan bazı sakıncalar belirtilmiştir⁽³⁾. Ancak, bazı olgularda ileoçekal valvin korunması yaşamsal önem gösterebilir. İnce barsak volvulusu nadir rastlanıp, sıklıkla predispozan bir nedene bağlıdır. Konuyla ilgili bilgiler literatürdeki olgu sunumları ve sınırlı sayıda hasta içeren çalışmalardan oluşmaktadır^(4,5).

Çalışmada kısmi terminal ileum rezeksiyonu sonrası ileoçekal valve 5 cm mesafede ileo-ileal anastomoz yaptığımız olguyu sunmayı amaçladık. Literatürde göreceli olarak az ilgilenildiğini düşündüğümüz bu konuyu tartışmayı amaçladık.

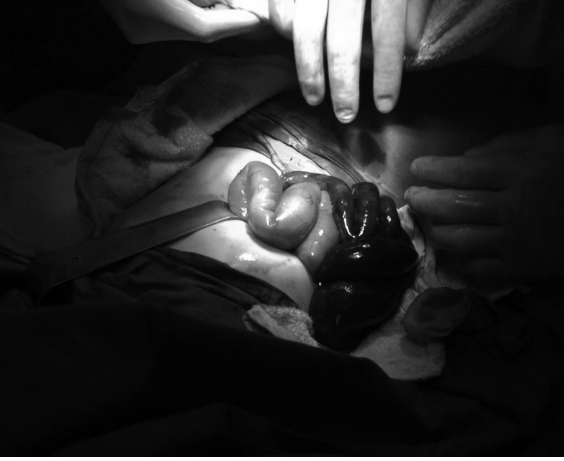
Olgu Sunumu

1,5 yaşında erkek olgu gece başlayan karın ağrısı, kusma yakınmalarının giderek artması nedeniyle ailesi tarafından, sabah hastanemiz Çocuk Acil Polikliniğine getirildi. Şuuru kapalı, solunum yüzeysel ve yetersiz olması nedeniyle entübe edilen olguda, periferik kollaps yüzünden damar yolu açılmadı. Tüberositas

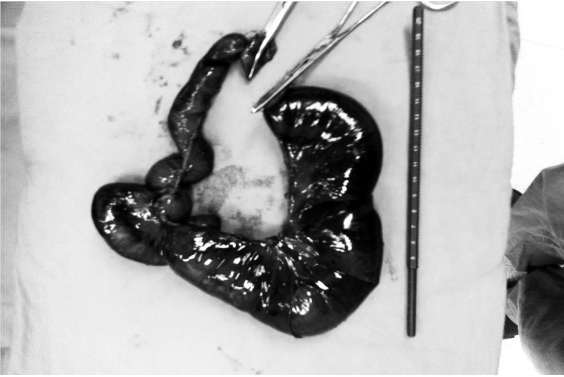


Resim 1. Gazsız kitle imajı.

tibia üzerinden interosseöz damar yolu açıldı. Yeterli hidrasyon sağlandı. Çekilen ayakta direkt batin grafisinde karın orta hatta yumuşak dokudan oluşan gazsız kitle imajı dikkati çekmekteydi (Resim 1). Batin muayenede hassas, ele gelen ağırlı kitle hissi mevcuttu. Ateşi 38.1°C, kan basıncı 90/50 mmHg, nabızı 80'di. Kan PH: 7.09 (Acile ilk girdiğindeki kan gazı) WBC: 7200, CRP:209, Prokalsitonin: 2 0.61 Hasta mevcut bulgularla eksplorasyon için operasyona alındı. Operasyonda terminal ileumdan yaklaşık 60 cm'lik barsak ansını içine alan ve mezo damarlarını kelepçe gibi sıkı bant görüldü, eksize edildi, ılık su kompresiyiyle 5-10 dk. kadar beklenmesine rağmen, bağırsakların rengi düzelmediğinden, gangrenöz ileal segmentler çıkarıldı (Resim 2,3). Mevcut toksik tablo da göz önüne alınarak, terminal ileuma yakınlığı 5 cm'lik distal ansı proksimal canlı ileal segment geçici olarak Çifte namlusu şeklinde ileostomi yapıldı. Preoperatif ağırlığı 14 kg gelen olgu, stomadan aşırı sıvı kaybı nedeniyle pediatrik gastroenteroloji medikal desteğine rağmen 14 gün sonra 11,5 kg'a düşmesi üzerine, 16. günde olgunun stomasının kapatılmasına karar verildi. Terminal ileuma 5 cm mesafede risk alınarak ileoçekal valvi koruyabilmek amacı ile uç uca anastomoz yapıldı.



Resim 2. Canlı ve gangrenöz ileal segmentler.



Resim 3. Rezeke gangrenöz ileal segment.

İleostomi kapatılması sonrası 4. gün pasaj başladı. İlk günler günde 7-8 bolca sıvı kıvamında gaita çıkışı olan hastaya, oral aldığı dışında sıvı replasmanı ve domperidon 2 mg/kg/3/gün oral desteğine başlandı. Pasaj başladıktan 7-8 gün sonra dışkı sıklığı azaldı içeriği koyulaştı, postop 12. gün hasta sorunsuz taburcu edildi. Erken dönem taburcu sonrası 15. gün ve 1 ay sonraki kontrollerde kliniği normal olan hastanın, tartı kilosu 14,5 kilogram olduğu gözlemlendi.

Tartışma

Çocuk hastalarda ileoçekal valv, invajinasyon, mezenterik kist, intestinal atrezi, nekrotizan enterokolit, intestinal duplikasyon, volvulus, İleal-çekal perforasyonlar gibi patolojilerden etkilenmektedir. Operasyonu yöneten cerrah, çoğu zaman daha uzun yaşam beklentisi olan çocuk olgularda ileoçekal valvi korumak ya da gözden çıkarma kararını vermede ikilemede kalmaktadır.

İkinci operasyonda biz toksik tablo nedeniyle anastomozun tutmayacağını düşündük, ileostomi açır hastanın genel toksik tablosu toparladıktan sonra ileoçekal valvi koruyarak çekuma 5 cm mesafede ileal anastomozu yaptık.

İleoçekal valvin tek yönlü çalışması nedeniyle, bağırsak çapı ile lümen içi basınç arasındaki doğru orantı nedeniyle (Laplace Kanunu), çekum duvarında oluşan yüksek gerilim, ileum içi basıncını direkt olarak etkilemez ⁽⁶⁾. İleoçekal valv ters yönde 50-60 cm'lik su basıncına kadar dayanabilmektedir ⁽⁷⁾. İleoçekal valv, ince bağırsak içeriğinin kolona geçişini yavaşlatarak özellikle safra tuzlarının ve B12 vitaminin terminal ileumdan emilimini artırır. Yine kolonik içeriğin çekumdan terminal ileuma geri kaçışını önler. Fakat ileoçekal valvin rezeksiyonu sonrası kolonik içerikten ince barsağa doğru kaçış kolaylaşır. İnce barsak içeriğinin daha hızlı şekilde kolona geçişi de gerçekleşebilir. Bu durum nedeniyle kalın bağırsak mukozasında inflamasyon, hipalbuminemi, diyare ve malnütrisyon gelişebilir ⁽⁸⁾. İleoçekal valvin korunması tek başına geride kalan bağırsak segmentinin emilim kapasitesini 2 kat arttırmaktadır ⁽⁹⁾.

İleoçekal valv korunarak ileoileostomi yapılmış 48 çocuk hasta ile ileoçekal valvin çıkarıldığı ileotransversostomi yapılmış 34 çocuk hastanın Jiang WW ve ark. ⁽¹⁰⁾ klinik sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, gruplar arasında mortalite ve anastomoz kaçağı görülmezken, serum total bilirubin ve vitamin B12 konsantrasyonları operasyondan 1 hafta sonra ileoçekal valvin korunmadığı grupta daha düşük bulunmuştur.

Yine ileoçekal valvin korunmadığı grupta, sıvı ve elektrolit dengesizliği, sebat eden diarelerin daha yaygın olduğu gözlenmiştir.

Catalano ve ark. ⁽¹¹⁾ yenidoğan döneminde ileoçekal duplikasyonları olan üç olguluk seride, terminal ileuma 3-5 cm mesafede valv korunarak anastomoz yaptıklarını herhangi bir komplikasyon gelişmediğini, zorunlu kalınmadıkça valvi korumak gerektiğini vurgulamışlardır.

Kara ve ark.'nın ⁽¹²⁾ yaptığı 23 yaşında bir kadın olguda, hastada volvulusa sekonder rezeksiyon sonrası terminal ileuma 10 cm mesafede anastomoz yapıldığı

postoperatif sorun olmadığı rapor edilmiştir.

Pediyatrik 8 hastada yaptıkları bir çalışmada, Sever N ve ark.⁽¹³⁾, ileoçekal valve çok yakın patolojilerin çekumla ilişkili olmasına rağmen, buraya primer tamir yapmışlar ya da ileoçekal valvi çıkarmadan terminal ileuma yakın anastomoz uygulamışlardır. Terminal ileuma 1-3 cm arasında değişen yakın mesafede yaptıkları anastomozların, bu bölgede yapılan anastomozun güvenliğinde primer hastalıktan çok, hasta için uygun cerrahi teknik ve sütür materyali seçilmesine, olgunun preoperatif olarak iyi hazırlanmasına bağlı olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç

Seçilmiş olgularda ve özellikle çocuklarda, ileoçekal valvin korunarak anastomoz yapılmasının, daha uzun yaşam beklentisi olan çocuklarda yaşam kalitesini arttıracığını düşünmekteyiz. Konunun daha geniş serilerle desteklenmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Kaya B, Bat O, Kafkas Çelik H, Tunca A, İsmet Tekirdağ A, Şener A. İleo-Çekal Valv Komşuluğuna Yapılan İleo-İleal Anastomozların Güvenilirliği: Bir Olgu Sunumu ve Literatür Taraması. *İKSST Derg* 2015;7(1):41-43.
2. Zhong SZ. Clinical anatomy. Beijing: People's Medical Publishing House, 1998: 366-367.
3. Georgeson KE, Breaux CW Jr: Outcome and intestinal adaptation in neonatal short-bowel syndrome. *J Pediatr Surg* 1992;27:344-350.
4. Ruiz-Tovar J, Morales V, Sanjuanbenito A et al. Volvulus of the small bowel in adults. *Am Surg* 2009;75:1179-1182.
5. Fan HL, Chen TW, Hong ZJ et al. Volvulus of small intestine: rare complication of mesenteric pseudocyst. *Z Gastroenterol* 2009;47:1208-1210. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1109525>
6. Bullard KM, Rothenberger DA. Colon rectum and anus in Brunicaardi CF et al. (Edt.) Schwartz's Principles of surgery: 8th. Newyork, The Mc Graw Hill Comppanies Inc. 1055-1117, 2005.
7. Guyton CA, Hall JE. Transport and mixing of food in the alimentary tract; In Guyton CA and Hall JE (Edt.): Textbook of medical physiology 9th Edition. Philadelphia WB Saunders Company 1996, 803-813.
8. Quigley EM, Thompson JS. Effects of artificial ileocolonic sphincter on motility in intestinal remnant following subtotal small intestinal resection in the dog. *Dig Dis Sci* 1994;39:1222-1229. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02093787>
9. Postuma R, Moroz S, Friesen F. Extreme short-bowel syndrome in an infant. *J Pediatr Surg* 1983;19:264-268. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468\(83\)80096-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468(83)80096-7)
10. Jiang WW, Xu XQ, Geng QM, Zhang J, Chen H, et al. Enteroenteroanastomosis near adjacent ileocecal valve in infants. *World J Gastroenterol* 2012;18:7314-7318. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i48.7314>
11. Catalano P, Di Pace MR, Caruso AM, De Grazia E, Cimador M. Ileocecalduplication cysts: is the loss of the valve always necessary? *J Pediatr Surg* 2014;49(6):1049-1051. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.12.026>
12. Kara C, Yürekli S, Özdemir B. Primary ileal volvulus: A case report. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011;27(1):41-42. <http://dx.doi.org/10.5097/1300-0705.ucd.575-11.01>
13. Sever N, Cevizci MN, Karadağ ÇA, Dokucu Aİ. Distal ileum patolojilerinde prevalvuler anastomoz güvenli midir? *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2008;22:62-65. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468\(92\)90859-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468(92)90859-6)