

# Akut Sağ Kolon Volvulusu: Olgu Sunumu

## *Acute volvulus of the right colon: a case report*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2009;9(3):134-137

Ahmet Oğuz HASDEMİR,<sup>1</sup> Özgür KORDON,<sup>1</sup> Rıdvan ÇAKMAZ,<sup>1</sup> Vildan TÜRKELİ,<sup>2</sup> Cavit ÇÖL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu;

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı.

### ÖZET

Akut sağ kolon volvulusu, çoğunlukla tanısı operasyon sırasında konan ve nadir görülen bağırsak tıkanması nedenlerinden biridir. Bu yazıda, sağ kolon volvulusu'nun klinik özellikleri ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlandı. İnkarsere sol inguinal herni nedeniyle beş gün önce ameliyat edildiği merkezden karın ağrısı distansiyon ve kusma gelişmesi nedeniyle sevk edilen 81 yaşındaki erkek hasta "ileus" tanısıyla ameliyata alındı. Çekum ve sağ kolonun ileri derecede distandü olduğu, saat yönünde dönerek karnın sol tarafına yerleştiği görüldü. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı. Sağ kolon volvuluslarına cerrahi yaklaşım tartışmalıdır. Literatüre baktığımızda, sağ hemikolektomi, konservatif yaklaşımlarda rekürrens ve mortalite riski daha yüksek olduğundan, uygun tedavi seçeneği olarak görünmektedir.

**Anahtar sözcükler:** İleus; sağ kolon volvulusu; volvulus.

### SUMMARY

*Acute volvulus of the right colon is an uncommon cause of intestinal obstruction and is rarely diagnosed correctly at the time of presentation. The aim of the study is to discuss the clinical features and management of volvulus of right colon. We report a case in an 81-year-old man who was referred from a primary care centre with a four-day history of abdominal pain, distension and vomiting. He had undergone left inguinal hernioraphy for incarceration before 5 days. An emergency laparotomy was performed. The caecum was grossly distended with several areas of gangrene, and lay in the left side of the abdomen in operation. Right colon had rotated in a counter-clockwise rotation. An extended right hemicolectomy was subsequently performed. The operative management of volvulus of the right colon remains controversial. A review of the literature, it appears that right hemicolectomy is the treatment of choice for volvulus of the right colon, as it avoids all risk of recurrence and mortality is lower than that obtained with conservative treatment.*

**Key words:** Ileus; right colon volvulus; volvulus.

### İletişim (Correspondence)

Dr. Oğuz HASDEMİR

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,  
Bolu İzzet Baysal Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,  
14280 Gölköy, Bolu, Turkey.

Tel: +90 - 374 - 253 46 56 (# 3516)

Faks (Fax): +90 - 374 - 253 46 15

e-posta (e-mail): oguzhasdemir@gmail.com

## Giriş

Kolon volvulusu, bir kolon segmenti ve mezenterinin sabit bir noktadan aksiyal planda rotasyonudur. Volvulusların %80'i sigmoid kolonda olmaktadır.<sup>[1]</sup> Akut sağ kolon volvulusları (SKV) tüm yetişkin bağırsak tıkanıklıkları içinde %1'den daha az görülen nadir bir durumdur.<sup>[1,2]</sup> Kapalı loop tıkanıklığı oluşturması nedeniyle kısa sürede gangrene ve perforasyona neden olduklarından erken tanı ve tedavisi gereklidir. Akut SKV'ye cerrahi yaklaşım tartışmalıdır. Bazı yazarlar rezeksiyonu önerirken,<sup>[2-4]</sup> konservatif yaklaşımı savunanlarda vardır.<sup>[5-6]</sup>

Bu yazıda, boğulmuş inguinal herniye bağlı ince bağırsak tıkanıklığı düşünülerek inguinal herniorafi uygulanan ancak ameliyat sonrası dönemde tıkanma bulgularının gerilememesi nedeniyle laparotomi yapılan SKV olgusu değerlendirildi.

## Olgu Sunumu

Ani başlayan karın ağrısı, karında şişkinlik, kusma, gaz-gaita çıkaramama ve sol kasıkta şişlik yakınmaları ile başvurduğu hastanede "inkarsere sol inguinal herni" tanısıyla acil olarak sol herniorafi yapılan 81 yaşında erkek hasta, ameliyat sonrası karında distansiyonun artması ve gaz-gaita çıkarmaması nedeniyle ameliyat sonrası beşinci günde hastanemize sevk edildi.

Hastanın öyküsünden karında şişkinlik ve kabızlık yakınmaları nedeniyle uzun yıllar laksatif ve gaz giderici ilaçlar kullandığı öğrenildi. Hastada ileri derecede solunum



**Şekil 1.** Olgunun ayakta çekilen direk karın grafisinde kolon ileri derecede dilate olduğu görülüyor.

sıkıntısı vardı. Hastanın ateşi 37.4°C, nabız 120/dakika, kan basıncı 100/45 mmHg olup bilinci açık ve oryantasyonu tamdı. Karın muayenesinde ileri derecede asimetrik distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Peritoneal irritasyon bulguları yoktu. Bağırsak sesleri karının sağ yarısında artmıştı. Rektal dijital muayenesinde ampullada gaita yoktu. Hemogram ve biyokimyasal değerleri normaldi. Ayakta direk karın grafisinde kolonun ileri derecede dilate olduğu görüldü (Şekil 1). Ameliyat öncesi hazırlıkları tamamlanan hasta ASA Risk 5-E olarak değerlendirilip aynı gün ileus tanısıyla ameliyata alındı. Orta hat kesisi ile karna girildiğinde, kolonun ileri derecede dilate olduğu, sağ kolonun, transvers kolonun 2/3 distal kıs-



**Şekil 2.** Sağ kolonun saat yönünde rotasyonu.



**Şekil 3.** Transvers kolon 2/3 distalinde torsiyonun neden olduğu tıkanma bölgesi.

mında saat yönünde 180 derece dönerek tam tıkanmaya neden olduğu görüldü. Dilate kolon bölümünde haustrasyonların kaybolduğu, tenyaların silindiği, yer yer serozal yırtıkların olduğu ve kanlanmasının bozulduğu görüldü (Şekil 2, 3). Kolon, mezosu döndürülerek normal anatomik pozisyonuna getirildiğinde, çekum ve çıkan kolonun retroperitoneal bölgeye fikse olmadığı, fleksura hepatikanın oldukça gevşek ve uzun bir peritoneal bağlantı gösterdiği, bağırsak segmentinin yer yer gangrene olduğu, ancak perforasyon olmadığı görüldü. Diğer karın içi organlar normal görünümdeydi. Sağ kolonun kanlanması bozulması ve gangrene alanların bulunması nedeniyle rezeksiyona karar verildi ve hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi ve uçuca ileotransversostomi yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası dönemde solunum sıkıntısının devam etmesi nedeniyle, yoğun bakımda invaziv monitorizasyon ve mekanik ventilasyonla takibe alındı. Yoğun bakım takibinde üçüncü gün pulmoner emboli nedeniyle kardiyopulmoner arrest gelişen hasta resüsitasyona cevap veremeyerek hayatını kaybetti.

### Tartışma

SKV tüm bağırsak tıkanıklıklarının %0.6-10'unu, tüm kolon volvuluslarının ise %18-44'ünü oluşturur.<sup>[1,7-9]</sup> Kadayra çalışmaları, popülasyonun %11-22'sinde, çekumun, volvulus gelişmesine neden olabilecek kadar mobil olduğunu göstermiştir. Öncesinde geçirilen cerrahi müdahaleye bağlı yapışıklıklar, konjenital bantlar, hamilelik, malrotasyon ve sol kolonun obstrüktif lezyonları SKV gelişmesini kolaylaştırıcı faktörler olarak görülmektedir.<sup>[5]</sup>

SKV üçüncü ve dördüncü dekadlarda ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. Hastalar genellikle kısa süre önce başlayan santral karın ağrısı, tekrarlayıcı kolik ağrı öyküsü verirler. Hastaların bazıları daha önce benzer ağrı epizodlarının olduğunu, bazen de eşlik eden şişkinlik olduğunu ve yakınmaların kendiliğinden gerilediğini belirtirler. Bulantı ve kusma eşlik edebilir. Fizik muayenede genellikle asimetric abdominal distansiyon ve bağırsak seslerinde artma saptanabilir.<sup>[1]</sup>

SKV tanısını ameliyat öncesinde koymak çoğu zaman olası değildir. Klinik tablo bağırsak tıkanıklığı tablosudur ve tanısı için öncelikle volvulusun akla gelmesi gerekmektedir. Olgumuzda da olduğu gibi tıkanıklık nedeni olabilecek ikinci bir patoloji (boğulmuş inguinal herni) varlığında tanı koymak iyice güçleşmektedir. Tanı çoğunlukla karının radyolojik incelemesiyle konulur. Bazı ya-

zarlar ameliyat öncesi suda eriyen kontrast enema ile inceleyerek tanının doğrulanmasını ve sol kolon tıkanıklığının ekarte edilmesini savunmaktadır.<sup>[3,10]</sup>

Gangrensiz SKV'de tedavi seçimi tartışmalıdır. Çekotomi ve çekopeksi tavsiye edilmektedir.<sup>[5]</sup> Fakat ameliyat sonrası mortalite ve rekürrensi oranı (%11.5-66) yüksektir.<sup>[10,11]</sup> Bağırsak duvarındaki ödem ve atrofi çekopeksi için seromusküler katabaz dikiş konulmasına zorluk yaratmaktadır. Bu dikişlerin kesmesi veya mukozadan geçmesi bağırsağın rüptüre olması, geniş konulması ise bağırsakta iskemik perforasyon olasılığını arttırmaktadır. Sağ kolon rezeksiyonu nüks etme riskini tamamen ortadan kaldırır. Sağ kolonun mobil olması nedeniyle rezeksiyon kolayca yapılabilir.<sup>[12]</sup> Rezeksiyon sonrası mortalite gangren olmayan olgularda %7, gangrenli olgularda %23.4 olup, SKV'nin cerrahi tedavisinde gangren olmasa bile sağ hemikolektomi yapılması önerilmektedir.<sup>[2]</sup>

### Sonuç

SKV nadir görülür ve konservatif tedavilerden sonra yüksek nüks oranları gösterir. Gangren ve perforasyon riskinin yüksek olması nedeniyle SKV düşünülen olgularda, erken cerrahi girişim önemlidir. Hastanın genel durumu uygun ise perforasyonsuz olgularda sağ hemikolektomi ve primer anastomoz, riskli olgularda ve perforasyon varlığı durumunda rezeksiyon sonrası ileostomi ve mükköz fistül tercih edilmeli, definitif işlem sonraki seansa bırakılmalıdır.

Bağırsak tıkanıklığına neden olduğu düşünülen herni ameliyatlarında, eğer cerrahi bulgular klinik tabloyu açıklamaya yetmiyorsa, hastaya laparotomi yapılarak tetkikin derinleştirilmesinin gerekli olduğu, bu olgu nedeniyle hatırlanmalıdır.

### Kaynaklar

1. Villet DD. Volvulus of the proximal colon. *Ann Surg* 1959;150:1075-85.
2. Tuech JJ, Pessaux P, Regenet N, Derouet N, Bergamaschi R, Arnaud JP. Results of resection for volvulus of the right colon. *Tech Coloproctol* 2002;6:97-9.
3. Tejler G, Jiborn H. Volvulus of the cecum. Report of 26 cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1988;31:445-9.
4. Anderson JR, Welch GH. Acute volvulus of the right colon: an analysis of 69 patients. *World J Surg* 1986;10:336-42.
5. O'Mara CS, Wilson TH Jr, Stonesifer GL, Stonesifer GL, Cameron JL. Cecal volvulus: analysis of 50 patients with long-term follow-up. *Ann Surg* 1979;189:724-31.
6. Andersson A, Bergdahl L, Linden W. Volvulus of the cecum. *Ann Surg* 1975;181:876-80.
7. Inberg MV, Havia T, Davidsson L, Salo M. Acute intestinal volvu-

- 
- lus. A report of 238 cases. *Scand J Gastroenterol* 1972;7:209-14.
8. Wertkin MG, Aufses AH Jr. Management of volvulus of the colon. *Dis Colon Rectum* 1978;21:40-5.
9. Smith WR, Goodwin JN. Cecal volvulus. *Am J Surg* 1973;126:215-22.
10. Todd GJ, Forde KA. Volvulus of the cecum: choice of operation. *Am J Surg* 1979;138:632-4.
11. Byström J, Backman L, Dencker H, Medén-Brith G. Volvulus of the caecum. An analysis of 40 cases and the value of various surgical measures. *Acta Chir Scand* 1972;138:624-7.
12. Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002;45:264-7.