

Serbest Perforasyon Gösteren Bir İleitis Terminale Vakası

Dr. Ahmet KÜÇÜKEL (*)
Dr. Hasan DOĞRUYOL (**)
Dr. Duruhan ÇULHA (***)
Dr. Mesut ÖZCAN (****)

ÖZET

*Terminal ileumda kronik granulo-
töz bir hastalık olan terminal ileitis pek
ender olmayan bir hastalıktır. Serbest
perforasyon bu hastalığın en ender görü-
len komplikasyonudur. 1966 senesine ka-
dar Amerika'da sadece 6 serbest perforas-
yon yayınlanmıştır. Aşağıda yayınladığı-
mız vaka serbest perforasyon gösteren bir
ileitis terminalistir.*

SUMMARY

*Terminal ileitis is a chronic granulo-
matosis disease of terminal ileum, and it
is not rare. The free perforation is very
uncommon complication this disease.
Since 1966 in USA had been reported
only six case of free perforation about
that disease. This report is about a
terminal ileitis which occurs in it free
perforation.*

VAKA

N.P., 41 yaşında, evli, kadın.

Şikayeti : Karında yaygın şiddetli
ağrı, bulantı ve kusma.

Hikayesi : 15 seneden beri değişik
periodlarla husule gelen ve gurultu ile bir-
likte olan karın sağ alt kadransında ağrıları
varmış. Ağrıları künt vasıflı ve zaman za-
man colic tarzında olup yayılsız imiş.
Ağrı ile birlikte hastada diyareler de olu-
yormuş. Hasta günde 4-5 defa defekasyon
yapıyor, normal renkte mukussuz yumu-
şak kıvamda bazan da sulu gaita çıkarı-
yormuş. Ağrılı ve diyareli periodlarda ate-
şi de yükseliyormuş. Son 4 senedir zaman
zaman melenası da olmuş. Yine son 4
senedir iştihatsızlık ve zayıflaması da mev-
cutmuş. 2 gün önce karın sağ alt kadransında
bıçak saplanır tarzda bir ağrısı

- (*) B. Ü. T. F. Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı
(**) B. Ü. T. F. Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı
(***) B. Ü. T. F. Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı
(****) B. Ü. T. F. Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı

olmuş, ağrı giderek bütün batına yayılmış. Bulantı ve kusması da olmuş. Ateşi yükselmiş, 4 defa ağrılı, melena tarzında defekasyon yapmış.

Öz geçmişi: 15 sene evvel pnömoni geçirmiş ve 4 senedir de astım bronşialesi var.

Soy geçmişi: Kayda değer bir bulgu yok.

Fizik muayene: Genel durum bozuk, hasta anemik, turgor, tonus bozulmuş. TA: 130/80 mm Hg NDS: 112. Koltuk altı ateş: 38 derece, rektal ateş: 38,6. Ağız, dil mukozası kuru ve pashlı, karın distandü, solunuma iştirak etmiyor. Göbek platosu normal görünümde. Karında venöz dolgunluk yok. Batında yaygın defas musculus ve hassasiyet mevcut. Ribaund tenderness (+). Barsak sesleri kaybolmuş. Tuşede Douglas ağrılı, hassas, fluctuasyon veriyor. Her iki hemitoraksta yaygın kreptan raller alınıyor. Diğer sistemler normal.

Laboratuvar bulguları :

İdrar-normal

Hemogram-Lök: 16000, Erit: 3250000

Hb: 10.2 gr Hct: 33

Kanda-Üre: % 76 mg, Şeker: 110 mg,

Cl: 100 mEk/l.

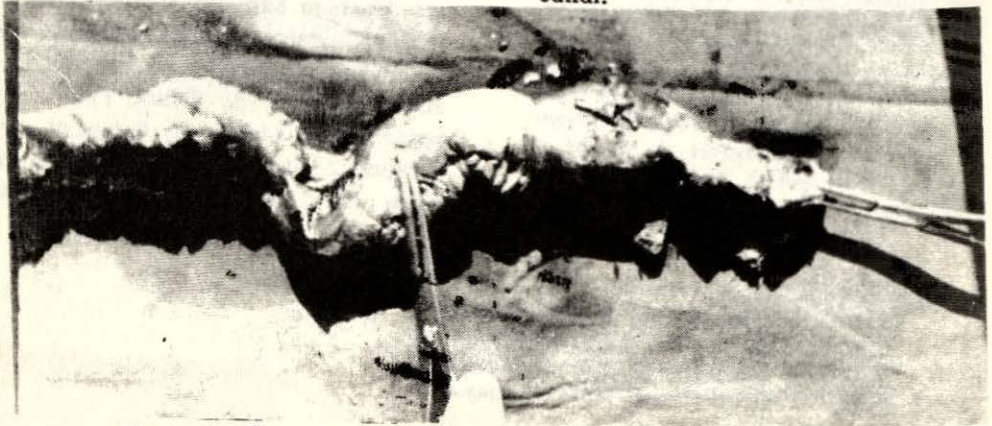
Na: 138 mEk/l, K: 3.8 mEk/l

Direkt batın grafisi: Patolojik bulgu yok.

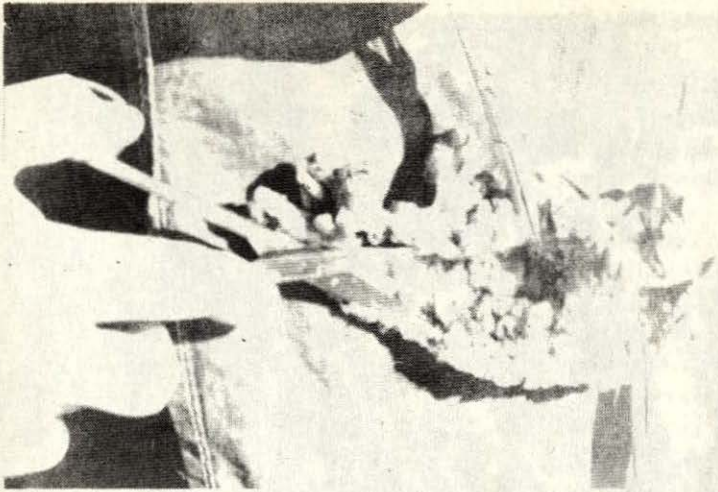
Hasta acilen ameliyata alındı. Genel anestezi altında göbek üstü median insizyonla karına girildi. Yapılan explorasyonda omentum ve ince barsakların sağ fossa iliaca da bir gato yaptığı görüldü. Yapışıklıklar ayrıldığında ileo-çekal kapaktan 10 cm mesafede, terminal ileumda 1 cm çapında serbest bir perforasyon bulundu. Terminal ileum kalınlaşmış ve lastik kıvamında idi (Resim: 1-2). Mezoda yaygın adenopatiler mevcuttu. Mevcut bulgulara göre hastada terminal ileitis düşünülerek terminal ileumun son 20 cm lik kısmı rezekt edildi ve çekum güdüğü gömüldü. İleum transvers kolon orta kısım ön yüzüne latero-lateral anastomoz edildi. Douglas ve sağ para kolik nahiyeye dren konuldu. Karın katlarına uygun olarak kapatılarak ameliyata son verildi.

Çıkarılan parçanın patolojik anatomik tetkikinde; protokol no.: 69/76 İleum kesitlerinde yer yer mukozanın döküldüğü görülmektedir. Subepitelyal bölgede histiositlerden zengin iltihap hücreleri bulunmaktadır. Serozada yer yer doku kaybı mevcut olup burada kısmen parçalanmış polimorf nüveli lökositler ve doku artıkları saptanmıştır (Resim: 3-4). Teşhis: İleitis terminalis.

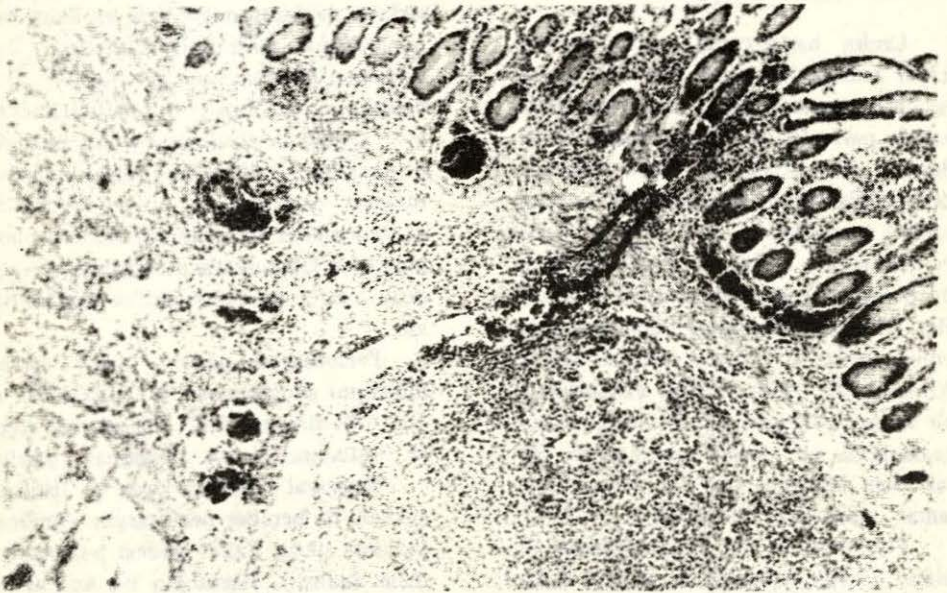
Postoperatif devresi normal geçen hasta ameliyat sonrası 13. günde bilahare sağ kolon rezeksiyonu tavsiyesiyle taburcu edildi.



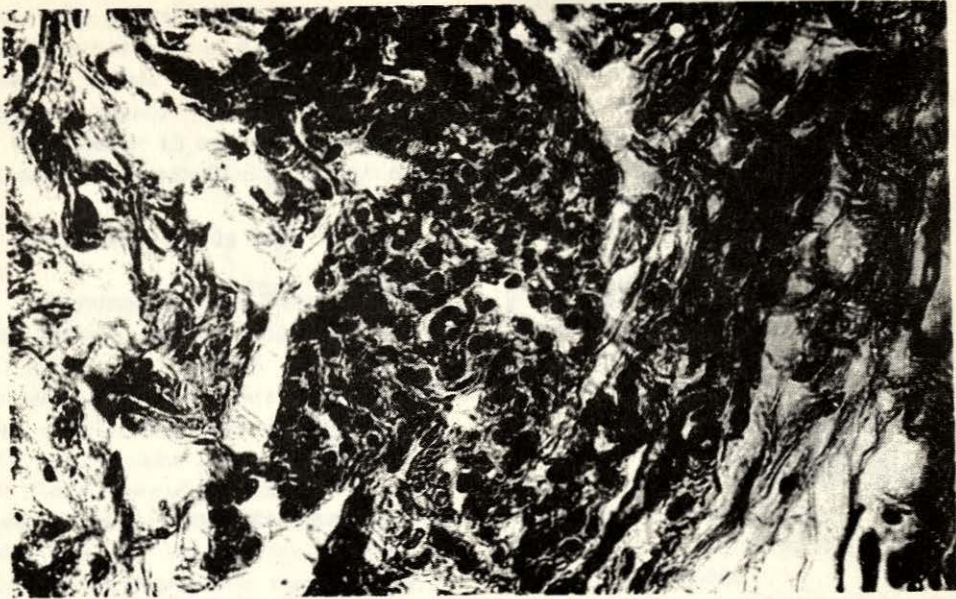
Resim: 1— İleumda mezenterik tarafa yakın serbest perforasyon



Resim: 2— Perforasyonun mukozal yüzden görünümü



Resim: 3— Mikroskopik görünüm H. E. Pat. An. 69/76,



Resim: 4— Sub epitelial histiositler H. E. Pat. An. 69/76

TARTIŞMA

Crohn hastalığında, 1966 senesine kadar Amerika'da sadece 6 serbest perforasyon yayınlanmışken, son zamanlarda kapalı perforasyon kadar olmasa da oldukça sık rastlanıldığı kaydedilmektedir³. William 300 olguyu içeren serisinde serbest perforasyon oranını % 2 olarak vermektedir⁹. Young ve ark.¹¹ 283 olguda 6 serbest perforasyon bildirmişlerdir. Her iki yazar da serbest ileum perforasyonu oranını % 1 olarak vermektedirler. Arınç O. 29 olguyu içeren çalışmasında bir serbest perforasyon bildirmiştir¹. Son zamanlarda bu konuda oldukça sık olarak olgu bildirimi şeklinde yayına rastlamak mümkün olmaktadır^{2, 3, 4, 5, 7, 8}.

Fischman ve ark. 1965 tarihinde ilk olarak Crohn hastalığında serbest kolon perforasyonu bildirmişlerdir³. 1968 de Hill buna bir çekal perforasyon ilave etmiş, daha sonraki devrelerde Fisher J. 3 olgu daha bildirmiştir³.

Crohn hastalığında meydana gelen serbest perforasyonlar ince ve kalın barsaklarda bazı farklılıklar gösterirler. İnce barsaklarda biraz daha sık görülür³. İnce barsaklarda perforasyon genellikle mezenterik tarafta, kolonlarda ise anti mezenterik taraftadır⁶. Yine ince barsaklarda perforasyon obstrüksiyonla beraber görülürse de kolonlarda tıkanma söz konusu olmamaktadır. Olgumuzda perforasyon mezenterik tarafta idi ve tıkanıklık oluşturmuş idi.

Perforasyon nedeni olarak steroid kullanımı suçlanmışsa da, anlamlı bir sonuç bildirilmemiştir¹⁰. Olgumuzda steroid kullanımına ait anamnez yoktur.

Regional enteritte apse ve fistül teşekkülü ile beraber perforasyon görülmesi oldukça sıktır. Fakat serbest perforasyon daha nadirdir. Hastalığın bu komplikasyonu acil cerrahi girişimi gerektirir. Olgumuza acil cerrahi girişim uygulanmış ve hasta ameliyat sonu 13. günde şifa ile taburcu edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. ARINÇ O.: Krohn Hastalığı, İhtisas tezi. İstanbul Üni. Tıp Fak. Cerrahpaşa Cerrahi Servisi. 1967.
2. De COURCY C.B.: Regional enteritis with free perforation of the jejunum and generalized peritonitis. South. Med. J. 66 : 1145-1146, 1973.
3. FISHER J., MANTZ F., CALKINS G.: Colonic Perforation in Crohn's Disease, Gastroenterology, 71 : 835-838, 1976.
4. KYLE J., CARIDIS T., DUNCAN T., ETAL: Free perforation in regional enteritis: Am J. Dig Dis, 13 : 275-283 1968.
5. MEGY R.: Surgical management of free perforation of the small intestine complicating regional enteritis, Ann Surg. 175 : 178-189, 1972.
6. MILLER D.S., KEIGHLEY A., SMITH P.G., ETAL: Crohn's disease in Nottingham: a search for time-space clustering. Gut 16 : 454-457, 1975.
7. SHAMANESH J., WILKEN B, J: Perforated Crohn's. Lancet 2 : 362-364, 1970.
8. STEINBERG D.M., COOKE N.T., and WILLIAMS J.A.: Free perforation in Crohn's disease Gut 14 : 187-190, 1973 (ca).
9. WILLIAM J.A.: The place of surgery in Crohn's disease Gut 12 : 739-749, 1971.
10. WILLIAM S., ETAL: The Dilemma of Crahn's Disease, Long-term Follow-up of Crohn's Disease of the small intestine: Dis. of colon and Rectum 20 : 372-376, 1977.
11. YOUNG ETAL: Results of surgery for Crohn's disease in the Glasgow region 1961-70. Br. J. Surg. 62 : 528-534, 1975.