

Mezenter Damar Tıkanıklıkları *

İsmet TAŞDELEN**
Bülent ŞAVKIN***
Abdullah ZORLUOĞLU**
Halil BİLGEL****
Baki ŞAHİN*****

ÖZET

1.1.1984 - 31.6.1987 tarihleri arasında "Mezenter Damar Tıkanıklığı" tanısıyla ameliyat edilen 11 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bunlara rezeksiyon ve anastomoz uygulandı. Hastaların 6'sı erkek, 5'i kadındı. Yaşları 35-82 olup, yaş ortalaması 52,8 idi. Hastaların ikisinde v. mezenterika süperior trombozu saptandı. Sekiz hastada mezenter arter embolisi, bir hastada ise non oklusive iskemide mevcuttu. Hastaların 7'si operatif şifa ile taburcu oldu. 4'ü klinikte exitus oldu. Mortalite oranı % 36, morbidite % olmuştur.

SUMMARY

Occlusions of the Mesenteric Vessels

From 1.1.1984 through 31.6.1987 eleven patients who were diagnosed as the occlusion of the mesenteric vessels and were operated (resection + anastomosis) are evaluated retrospectively.

Six were female, five were male. Their ages ranged from 35 to 82 years. (Average 52.8 years). Two of the patients had thrombosis of WMS, eight of them had AMS emboli, one had non-occlusive ischemia.

Seven of the patients were externed after being cured, four died in the clinic postoperatively. Mortality is 36 percent.

- * 15-17 Ekim 1987 tarihinde Selçuk Univ. Tıp Fakültesi I. Genel Tıp Kongresinde sunuldu.
** Yard. Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
*** Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.
**** Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
***** Uzm. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

Akut mezenterik iskemide, değişik klinik şekiller gösteren, çeşitli sebeplere bağlı ve yüksek mortalite oranı olan karmaşık bir hastalıktır¹. Erken tanı ve agresif tedaviye yönelik çabalara rağmen oldukça öldürücü karakterini korumaktadır². Seyrinin daha iyi anlaşılması ve damar cerrahisindeki dikkate değer ilerlemeler de ortalama ölüm oranının % 80-95'e kadar çıkmasını engelleyememiştir^{1,4}. Bu yüksek oran çeşitli faktörlere bağlanmaktadır. Bizim hastalarımızda da yüksek mortaliteye sebep olan faktörleri ortaya koymak gayesiyle 1.1.1984 ile 31.6.1987 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, tedavisi yapılan hastalarımızın değerlendirilmesini ve taktimini uygun gördük.

GEREÇ VE YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1.1.1984-31.6.1987 tarihleri arasındaki 42 aylık sürede mezenter damar tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilmiş 11 olgu dosya kayıtlarından retrospektif olarak incelendi.

Olguların 6'sı erkek, 5'i kadın olup ortalama yaş 52.8 idi. Olguların yaş-seks dağılımı, yandaş hastalıklar semptom, tanı ve tedavi yöntemleri bir tablo halinde gösterilmiştir (Tablo: I).

BULGULAR

Tablo II'de görüldüğü gibi olguların 7'si (% 63) 50 yaşın üzerindedir.

Hastaların hepsinin ilk geliş şikayeti karın ağrısıydı. Buna ek olarak 7 hastada bulantı, kusma, üç hastada distansiyon, 2 hastada melena ve bir hastada dispne vardı (Tablo: I).

Hastaların şikayetlerinin başlangıcıyla laparotomi arasında geçen süre ortalama 4 gündür. Fakat bunların 5 tanesi ilk 24 saat içinde kliniğe başvurmuştur. Olayın başlangıcıyla operasyon arasında 7 ve 18 gün geçen iki hastada akut karın tablosu değişik kliniklerde başka hastalıklar nedeniyle yatarken gelişmiştir. Hastaların tümünde tanı fizik muayeneyle akut karın olarak konulup ameliyata alındı. Esas tanıları laparatomide konuldu.

Hastaların 8 tanesi mezenter arter tıkanması (6 emboli, 2 trombus), 2 mezenter ven trombusu, 1 tanesi ise tıkanmasız iskemiydi (Tablo: III).

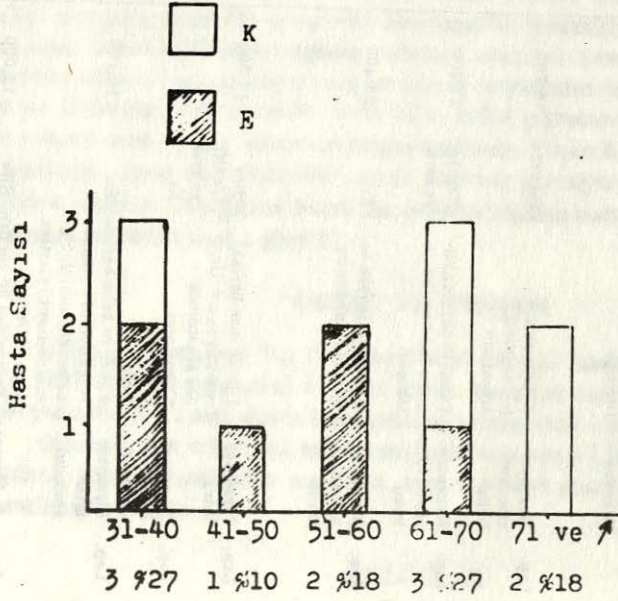
Tedavide hastalarımızın biri hariç hepsine iskemik segmentleri kapsayan masif bağırsak rezeksiyonu uygulandı. 9 nolu olgunun tüm ince ve kalın bağırsaklarında yaygın nekroz bulunduğundan ve genel durumu çok bozuk olduğundan rezeksiyon yapılmadı.

Hastaların 7'sinde kardiyak ve periferik vasküler bozukluk vardı. Mezenter ven trombusu bulunan hastalardan birisinde hepatit vardı. Hastaların 7'si 10-33 günlük hospitalizasyon süresinin sonunda taburcu oldu. 4'ü ise postoperatif 0-15. günlerde öldü. Mortalite oranı % 36 dır. Mortalite-yaş ilişkisi ele alındığında ölen hastaların 3 tanesi (% 75) 50 yaşın üzerindedir (Tablo: IV).

Tablo: I

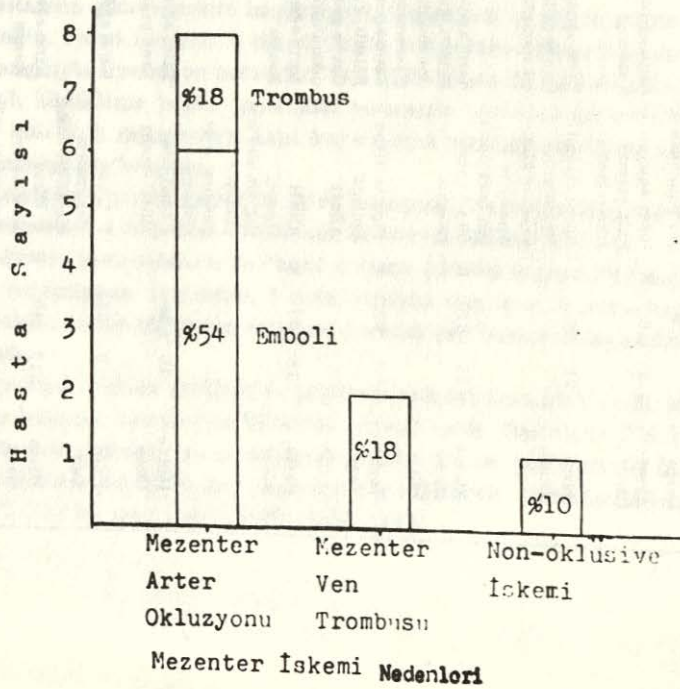
Hasta Adı	Ölüm ve Taburcu		Yaş	Sex	Yandaş Hastalık	Semptom	Başlangıç	Tanı		Tedavi	Prognoz	Lök.
	Günü	Yılı						Yöntemi	Tanı			
Mahmut Ayna	15	48	E	Hepatit Pnömoni Atrial Fib.	Karın ağrısı	3 gün	ADP Lap.	V. Mezente- rika Trom- bozu	Rezeksiyon Anas- tomoz	Taburcu	14.000	
İsmail Desen	30	50	E	Kr. Bronşit Cor Pulmonali	Karın ağrısı	12 haf.	Lap.	Mezenter ar- ter embolisi	Rezeksiyon	Taburcu	36.000	
Ayşe Can	8	66	K	Hipertansiyon Kalp yetmez. Histerektomi	Karın ağrısı Kusma	7 gün	Lap.	Non-oklusif iskemi	Rezeksiyon	Ex.	13.000	
Şükrü Mirdan	24	35	E	Apendektomi Mezenterde kalsifiye kitle nedeniyle 4 gün önce opere	Karın ağrısı Gaz ve gaita çıkaramama	4 gün	Lap.	İnce barsak Nekrozu	Rezeksiyon Drenaj	Taburcu	12.400	
Nuriye Demirhan	33	82	K	50 yıl önce Humma	Karın ağrısı Bulantı, kusma Gaz ve gaita çıkaramama	1 gün	Lap.	Mezenter arter em- bolisi	Rezeksiyon jejunostomi kolostomi	Taburcu	16.700	
Tevfik Yeni	33	63	E	Hipertansiyon Epilepsi ASKH	Karın ağrısı Bulantı, kusma Gaz ve gaita çıkaramama	2 gün	Lap.	Mezenter arter trom- bozu	Distal ileum rezeksi- yonu sağ hemiko- lektomi	Nöroloji- ye sevk	13.200	
Havva Alyüz	15	77	K	ASKH Diabet Sağ diz üstü am- putasyon Femoral arter embolisi	Karın ağrısı Kusma	24 haf.	Lap.	Mezenter arter em- bolisi	Total ince barsak ve çekum rezeksiyonu	Ex.	28.400	
Hanife Cesur	10	38	K	Romatizmal Mitral stenoz	Karın ağrısı Kanlı gaita	24 haf.	Lap.	Mezenter arter	1 m lik ince barsak rezeksiyonu + Uç uca anastomoz	Şifa GKDC' ye sevk	14.000	
Fahri Şen	0	58	E	P. Ulcus Hemiparezi Karaciğer hast.?	Karın ağrısı	24 haf.	Lap.	Mezenter arter embolisi	Çekostomi + Drenaj	Ex.	6.200	
Hasan Kaya	13	40	E	P. Ulcus Kolelithiasis Kusmalara bağlı hipovolemi	Karın ağrısı Kusma	18 gün	Lap.	Mezenter arter embolisi	1. ince ve kalın barsak rezeksiyonu + jejuno- sigmoidostomi 2. Sig- moidostomi + Gastro- stomi + Drenaj	Ex.	16.700	
Hafize Paçalı	22	61	K	—	Karın ağrısı Bulantı, kusma	4 gün	Lap.	V. Mezente- rika superi- or trombozu	Treitz'den 30 cm'den ileoçekale 10 cm kala- na kadar araya rezek- siyon + uç uca anastomoz	Şifa	12.000	

Tablo: II

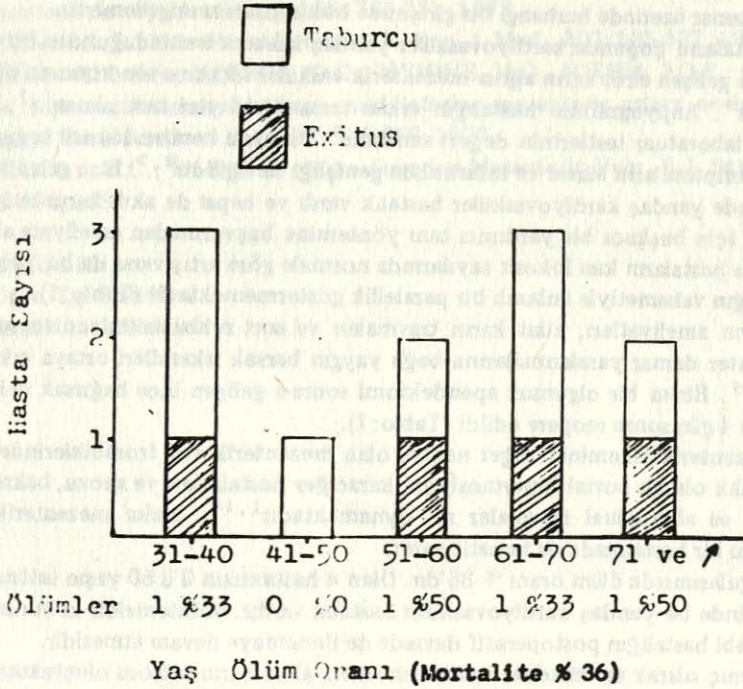


Hastalarda Yaş ve Seks Dağılımı (Ortalama yaş :52,8)

Tablo: III



Tablo: IV



TARTIŞMA

Akut mezenterik iskemide mortalitenin yüksek olmasını otörler 3 faktöre bağlamışlardır: 1- Bağırsak infarktüsünün ve gangrenin oluşmasından önce iskemi tanısının konulmasındaki güçlük, 2- Bağırsak infarktüsünün primer vasküler veya sistemik sebeplerinin ortadan kaldırılmasından sonra da ilerlemesi, 3- Hastalığın tıkanmasız şeklinin de tıkanmalı şekillerinin yanısıra teşhisinin artmasıdır^{1,4}.

Hastalık isminden de anlaşılacağı gibi bir damar hastalığıdır. Biz genel cerrahları ilgilendiren ise hastalığın komplikasyonlarıdır. Mezenterik iskemi oklusif ya da nonoklusif nedenlerle gelişebilir. Nonoklusif nedenler, düşük kardiyak outputa cevap olarak gelişen splanknik vasokonstriksiyon, hipovolemi, vasopressörler ve hipotansiyon olurken^{5,6}, oklusif nedenler mezenterik arter ya da venöz trombüs arterin emboli, vaskülit gibi nedenlerle tıkanması olmaktadır^{1,7,8}. Bunların büyük kısmını mezenter arter tıkanmaları oluşturur. Arter tıkanmalarının sebebi daha çok embolidir¹. Bizim olgularımızda da mezenter arter tıkanması 8 (6'sı emboli, 2'si trombüs), mezenter ven trombüsü 2 tıkanmasız iskemi 1 hastada vardı. Nonoklusif iskemisi olan hastamızda uzun süren kusmalara bağlı hipovolemi vardı.

Sebep emboli ve trombüs olduğunda damar lezyonunun düzeltilebilme imkânı vardır. Fakat kesin tanıdaki gecikme çoğunlukla damar lezyonunun düzeltilmesini önlemekte ve geriye esas tedavi olarak yalnızca masif bağırsak rezeksiyonunu bi-

rakmaktadır². Nitekim bizim bütün olgularımızda yaygın bağırsak nekrozunun bulunması damar üzerinde herhangi bir girişimde bulunmamızı engellemiştir.

Hastaların çoğunda kardiyovasküler yandaş hastalık bulunduğundan bu çeşit hastalarda gelişen akut karın ağrısı mezenterik vasküler tıkanma sendromunu düşündürmelidir⁹. Anjiyografinin hastalığın erken tanısındaki yeri tartışılmaz^{1.7}. Tanı amacıyla laboratuvar testlerinin değeri sınırlıdır⁷. Bununla beraber lökosit sayısındaki artış semptomların süresi ve infarktüsün genişliği ile ilgilidir^{2.7}. Bize gelen hastaların 7'sinde yandaş kardiyovasküler hastalık vardı ve hepsi de akut karın bulguları verdikleri için başkaca bir yardımcı tanı yöntemine başvurmadan ameliyata alındılar. Ayrıca hastaların kan lökosit sayılarında normale göre artış varsa da bu, prognoz ve hastalığın vahametiyle anlamlı bir paralellik göstermemektedir (Tablo: I).

Karın ameliyatları, künt karın travmaları ve aort rekonstrüksiyonları sonrası da mezenter damar yaralanmalarına bağlı yaygın barsak iskemileri ortaya çıkmaktadır^{1.6.9}. Bizim bir olgumuz apendektomi sonrası gelişen ince bağırsak nekrozu nedeniyle 4 gün sonra reopere edildi (Tablo: I).

Mezenterik iskeminin diğer nedeni olan mezenterik ven trombüslerinde yandaş hastalık olarak portal hipertansiyon, karaciğer hastalıkları ve sirozu, bakteriyel peritonit ve abdominal travmalar rol oynamaktadır^{1.10}. Bizim mezenterik ven trombozu bir hastamızda da hepatit vardı.

Olgularımızda ölüm oranı % 36'dır. Ölen 4 hastamızın 3'ü 50 yaşın üstündedir. Üç tanesinde ise yandaş kardiyovasküler hastalık vardır. Muhtemeldir ki bunlardaki ölüm sebebi hastalığın postoperatif devrede de ilerlemeye devam etmesidir.

Sonuç olarak serimizdeki hastaların ancak akut karın tablosu oluşuktan yani irreversibl yaygın barsak iskemisi geliştikten sonra ameliyat edilmeleri ve kliniğimize başvuruda gecikmeleri (Ortalama 4 gün) nedeniyle rezeksiyon-anastomoz dışında bir prosedür uygulamamış ve erken mortalite % 36 olmuştur.

KAYNAKLAR

1. CLARK, R.A., GALLANT, T.E.: Acute Mesenteric Ischemia: Angiographic Spectrum. AJR; 142: 555-562, 1984.
2. POMPER, S.R., WORTH, M.H.: Problems in Acute Mesenteric Vasculer Occlusion. Current Surgery 194-198, May-June 1986.
3. BOLEY, S.J., FREINSTEIN, F.R., SOMMARTANO, R., BRANDT, L.T., SPRAYREGEN, S.: New Concepts in the Management of Emboli of the Superior Mesenteric Artery. Surg. Gyn. Obs. 153: 561-569, 1981.
4. BOLEY, S.J., SPRAYREGEN, S., SIEGELAN, S.S., VEITH, F.J.: Initial Results from an Agressive Roentgenological and Surgical Approach to Acute Mesenteric Ischemia. Surg. 82: 848-855, 1977.
5. ENDE, N.: Infarction of the Bowel in Cardiac Failure. N. Eng. J. Med., 258: 879-881, 1958.
6. ROGER, D.M., THOMPSON, J.E., GARRET, W.V., TALKINGTON, C.M., PATMAN, R.D.: Mesenteric vasculer problems: A 26-Year Experience. Ann. Surg. 195: 5, 554-563, 1982.

7. OTTINGER, L.: The Surgical Management of Acute Occlusion of the Superior Mesenteric Artery, Ann. Surg. 188: 721-731, 1978.
8. OTTINGER, L.: Mesenteric Ischemia, N. Eng. J. Med., 307: 535-537, 1982.
9. CRAUFORD, E.S., MORRIS, G.C., MYHIRE, H.O., RIEHM, J.O.F.: Celiac axis Superior mezenteric artery, and inferior mezenteric artery occlusion: Surgical Considerations Surg. 82: 856-866, 1977.
10. UMPLEBY, H.C.: Trombosis of the Superior Mesenteric Vein, B.J. Surg. 74: 694-696, 1987.

İsmet TAŞDELEN
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
BURSA

Berke ÖZCAN*
Öğretmen Y. Doç. Dr. YUKAT**

ÖZET

Spinal anestezinin ardında ses kaybı gelişen bir olgu sunulmuş, arastırma sonuçları ile ilgili tartışma kısaca değerlendirilmiştir.

SUMMARY

Spinal Anesthesia After Spinal Anesthesia (A Case Report)

In this article a case of sudden aphasia following spinal anesthesia is presented and the peripheral literature about cerebral nerve disorder have been reviewed.

Spinal anestezi tabanlı olarak uygulanmış kolay ve doğru uygulandığında çok az yan etkileri olan bir iğneldir. Aynı zamanda diğer ve hasta için büyük kolaylığı olduğu düşünülerek özellikle nörolojik hastalıkları olanlarda uygulanabilir.

Yapılan bu çalışmada arastırmasında spinal anestezinin ardında ortaya çıkan kranial sinir bozuklukları değerlendirilmiştir. Bu hasta tarafında hemifasiyal, afonik ve hiperrefleksiyel hareketler ile konuşma için bildirilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları ve tartışmaları aşağıda sunulmaktadır.

ÖZET

N.Ş. 80 yaşında, Prof. N.Ş. 558211/1. Sınıfında bulunan ve opere edilmiş bir hasta, anestezi altında, ille gelse bu şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ve tartışmaları aşağıda sunulmaktadır.

* Doç. Dr. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Uludağ Üniv.

** Doç. Dr. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Anesteziyoloji Uzmanı