

# Brid İleuslarında İntestinal Plikasyon Operasyonları

Dr. Mesut ÖZCAN(\*)  
Dr. Nezih GÜLER(\*\*)  
Dr. Nusret KORUN(\*\*\*)  
Dr. Fikret KARACA(\*\*\*\*)  
Dr. Ahmet KÜÇÜKEL(\*\*\*\*\*)

## ÖZET

*Kliniğimizde intestinal plikasyon operasyonu uygulanan dört brid ileusu olgusu sunulmuştur. İrdelenen kaynak verilerine ve olgularımıza dayanarak yineleyen brid ileuslarına karşı profilaktik amaçla bir plikasyon operasyonunun gerekliliği vurgulanmıştır. Yöntem olarak da Childs Phillips tekniği benimsenmiştir.*

## SUMMARY

### Intestinal Plication Operation in the Treatment of Adhesion Ileuses

*Four cases of intestinal obstruction, in which the procedure of intestinal plication was performed, have been presented. Depending on these cases and the concerning literature, the necessity of an intestinal plication technique against the recurrence of intestinal obstructions was emphasized and Childs—Phillips technique was accepted as a method of choice.*

Brid ileusları abdominal cerrahi girişimler ve peritonit olaylarının ardısıra gelişen mekanik tipte intestinal obstrüksiyonlardır<sup>1.2.3.</sup>

İrritatif ajanın etkisi ile eksudasyona uğrayan fibrin, fibroblastların ve kapillerlerin invazyonuna uğrayarak, 5 - 10 gün içinde organize olur. Böylelikle gelişen brid ve adezyonlar erken veya geç dönemde mekanik ileuslara neden olabilirler<sup>1.4.</sup>

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı  
\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı  
\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı  
\*\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Başkanı  
\*\*\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Öğretim Üyesi

Böyle bir olay karşısında erken dönemde bir süre konservatif yöntemler uygulanabilir. Örneğin; nazogastrik sonda ve rektal tüp ile dekompresiyon, sıvı ve elektrolit açığının giderilmesi, oksijen inhalasyonu v.b. tedaviler uygulanabilir. Olayda herhangi bir gerileme görülmemesi cerrahi girişimi gerekli kılar<sup>1</sup>.

## OLGULAR

I. M.A., 12 yaşında, erkek, prot. no: 78048

Terminal ileumde perforasyona bağlı akut karın sendromu nedeniyle laparotomi ve rafi yapılan hastada girişim sonrası 14. gün ileus tablosu gelişti. Relaparatomide brid ileusu saptandı. Bridektomi ve profilaktik amaçla, Noble intestinal plikasyon yöntemi uygulandı. Girişim sonrası erken komplikasyon görülmedi. Yedinci gün çıkarılan hastanın kontrolleri dört yıldır düzenli olarak sürdürülmekte olup, herhangi bir yakınması yoktur.

II. E.B., 15 yaşında, kız, Prot. No: 72551

Hasta suprapubik bölgede şişkinlik, kolik şeklinde ağrı, bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkarmama yakınmaları ile başvurdu. Bu yakınmalar son bir yıldır yaklaşık üç aylık aralarla yineliyormuş. Yapılan laparatomide brid ileusu saptandı. Çok sayıdaki brid ve adezyonlar ayrılarak profilaktik amaçla Noble plikasyon yöntemi uygulandı. Dört yıldır sürdürülen periyodik kontrollerinde yakınma ve komplikasyon gözlenmemiştir.

III. H.G., 55 yaşında, erkek, Prot. No: 90228

İki yıl kadar önce intestinal obstrüksiyon nedeniyle ileum rezeksiyonu geçiren hasta, ileus tablosunun yinelemesi üzerine yeniden acil laparotomiye alındı. Brid ileusu ve ileumda nekroz bulguları saptandı. Bridektomi ve rezeksiyon uygulandı. Profilaktik amaçla Noble plikasyon yöntemi uygulandı. Herhangi bir komplikasyon göstermeyen hasta girişim sonrası dokuzuncu gün çıkarıldı. İki yıldır sürdürülen kontrollerinde herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

IV. M.S., 25 yaşında, kadın, Prot. No: 198197

Hasta kliniğimize karında kolik şeklinde ağrılar, distansiyon, gaz ve gaita çıkarmada güçlük nedeniyle başvurdu. Bir yıl kadar önce geçirilmiş laparotomi anamnezi vardı. Hastada ileus tablosu görülerek laparotomiye alındı. Yaygın bridlere bağlı intestinal obstrüksiyon saptanarak bridektomi ve Noble plikasyon yöntemi uygulandı. Hastada girişim sonrası erken dönemde abdominal kramp tarzında ağrılar, ateş yükselmesi ve barsak seslerinin hipoaktif seyrettiği görüldü. Hastada ileus halinin devam ettiği düşünülerek relaparotomiye alındı. Sütür yerlerinde jejunum ve ileumda perforasyonlar ve peritonit tablosu saptandı. Rafi ve drenajın ardısıra replikasyon yapıldı. Genel durumu hızla düzelen hasta onuncu gün çıkarıldı. Bir yıldır sürdürülen düzenli kontrollerinde herhangi bir yakınma yoktur.

## TARTIŞMA

Abdominal cerrahi girişimler ve peritonitlerden sonra brid oluşumunu önleyecek bir yöntem henüz yoktur<sup>1,5</sup>. Ancak cerrahi girişimler sırasında deperitonize bölgelerin reperitonize edilmesi, ince barsakların ıslak kompreslerle örtülmesi ve tu-

tolması, ıslak kompreslerle örtülmüş ekartörlerin kullanılması, gereğinden çok dren kullanılmaması ve yeterinden uzun süre batında bırakılmaması brid oluşumunu minimuma indirebilir<sup>1.5</sup>.

Brid ileusu nedeniyle geçirilmiş multiple laparatomilerde sorunun en tatmin- kar çözümü plikasyon yöntemleridir. Burada amaç rastgele brid oluşmasına izin vermek yerine, barsak yapışıklıklarının tıkanıklığa sebep olmaksızın istenilen şekilde oluşmasını sağlamaktır<sup>1.4.5</sup>.

İntestinal plikasyon operasyonları, terapötik ve profilaktik amaçla, yineleyen ince barsak tıkanmalarında veya tıkanmanın yineleme olasılığı bulunan durumlarda endikedir<sup>5.6</sup>. Bu olasılıklar Hollender ve arkadaşları (1971) tarafından şöylece sıralanmıştır<sup>7</sup>: 1. Geniş visseral ya da paryetal periton kaybı, 2. Diffüz adezyonların varlığı, 3. Sepsis, 4. Erken postoperatif obstrüksiyon, 5. Diffüz peritoneal karsinoma.

Plikasyon yöntemini ilk uygulayan cerrah Noble'dir<sup>8.9</sup>. Bu yöntemde ince barsaklar 15- 25 cm. lik segmentler halinde yanyana getirilerek seroseröz kontinü kat - gütle dikilir<sup>9</sup>. Daha sonra Childs ve Phillips (1960) intestinal segmentlerin mezenterlerini birbirine dikerek plikasyon için yeni bir yöntem geliştirdiler<sup>10</sup>. Ferguson, Reihmer ve Gaspar (1967), Childs - Phillips yöntemine "transmezenterik plikasyon" adını verdiler<sup>3</sup>. Baker (1966) plikasyon için yeni bir yöntem ileri sürdü. Bu yöntemde, yapılan bir jejunostomiden barsak içine sokulan bir tüp (Baker tüpü) çekuma kadar uzatılır ve bu tübün yardımı ile barsaklar plikasyon yapıyormuş gibi yan yana dizilerek karın boşluğuna yerleştirilir. Baker bu yöntemi "dikişsiz plikasyon" olarak isimlendirmiştir<sup>5-11</sup>.

Noble plikasyonunun yeterli bir yöntem olduğuna ilişkin pek çok yayın olmasına karşın, komplikasyonlarının daha çok olduğunu bildiren yayınlar da vardır<sup>3.5</sup>. Bu gün için en geçerli yöntemin Childs - Phillips'in transmezenterik plikasyon yöntemi olduğu ileri sürülmektedir<sup>3.5-7.12</sup>.

Transmezenterik plikasyonun Noble operasyonuna üstünlükleri: 1. Genel durumu kritik olan hastalarda süratle yapılabilmesi, 2. Daha az morbidite ve mortalite, 3. Her şeyin ötesinde operasyonun iyi sonuçlarıdır<sup>3</sup>. Anders Sommel (1978) 29 hastasında bu yöntemin üstünlüklerini belirtmiştir<sup>6</sup>.

Plikasyon operasyonlarının komplikasyonları ya girişim sonrası dönemde ya da daha sonra oluşan abdominal semptomlar olarak ortaya çıkar<sup>6</sup>. Papadimitriou ve arkadaşları (1972) plikasyon operasyonlarının komplikasyonlarını ve bunların Childs - Phillips ile Noble yöntemlerindeki görülme sıklıklarını incelemişlerdir<sup>12</sup>. Genel olarak komplikasyonlar; kusma, abdominal kramp, fistül, abse gelişimi, rekürrens ve ölüm olarak belirlenmiştir. İncelenen bu kaynak verilerine göre Noble plikasyon tekniğinde, Childs - Phillips yöntemine göre komplikasyon görülme olasılığı daha fazladır<sup>5.6.12</sup>. Aynı zamanda Childs - Phillips tekniğinde beslenmeye geçiş ve hastahanedeki yatış süresi de kısadır ve nüks gözlenmemiştir<sup>12</sup>.

Biz bir olgumuzda (IV. olgu) komplikasyon gördük. Nüks obstrüksiyon görmedik. Ölüm olmadı.

Sonuçta olgularımız ve kaynak verilerine dayanarak yineleyen brid ileusları ve brid oluşması olasılığı fazla olan olgularda, hem profilaktik, hem de terapötik amaçla, bir plikasyon operasyonu uygulanması gereği ve seçenek olarak da Childs - Phillips yöntemi benimsenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. DAVIS—CHRISTOPHER: Textbook of Surgery. 11<sup>th</sup> ed. Ed: Sabiston, D.C.Jr. Philadelphia, London, Toronto, W.B. Saunders Comp. 1977, p. 571 - 572.
2. RAF, L.E.: Causes of small intestinal obstruction. Acta Chir. Scand. 135, 67. 1977
3. FERGUSON, A.T., REIHMER, V.A., GASPARD, M.R.: Transmesenteric plication for small intestinal obstruction. Am. J. Surg. 114: 203, 1967.
4. ARTZ, C.P., HARDY, J.D.: Management of Surgical Complications. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, London, Toronto, W.B. Saunders Comp. 1975. p: 486 - 487.
5. Mc.CARTHY, J.D.: Further experience with Childs — Phillips operation. Am. J. Surg. 130, 15, 1975.
6. SOMMEL, A.: Mesenteric plication in the treatment of adhesive intestinal obstruction. Acta. Chir. Scand. 144: 255 - 259, 1978.
7. HOLLENDER, L.F., OTTENI, F., MEYER, C.H.: Childs — Phillips plication of the small intestine a few remarks on a series of 100 cases. Chir. Gastroent. 10: 267, 1976.
8. NOBLE, T.B.: Plication of small intestine as prophylaxis against adhesions Am.J' Surg. 35: 41, 1937.
9. WECKESSER, E.C., LINSAY, J.F., Jr., CEBUL, F.A.: Plication of small intestine for obstruction due to adhesions — Noble procedure. Arch. Surg. 65: 487, 1952.
10. CHILDS, W.A., PHILLIPS, R.B.: Experience with intestinal plication and a proposed modification. Ann. Surg. 1952: 258, 1969.
11. BAKER, J.W.: Stitchless plication for recurring obstruction of the small bowell. Am. J. Surg. 111: 555, 1966.
12. PAPADIMITRIOU, J., MARSELOL, A., KYRIAKOU, K., TOUNTAS, C.: Childs versus Noble plication. Chir. Gastroent. 6: 29, 1972.