

# Ender görülen bir akut karın sendromu etyolojisi: İdiopatik mide volvulusu – bir olgu sunumu

Idiopathic gastric volvulus: An uncommon etiology of acute abdomen syndrome – a case report

Enis Dikicier\*, Fatih Altıntoprak\*\*, Gökhan Akbulut\*\*

*Mide volvulusu acil cerrahi girişim gerektiren ve yüksek mortalite ile seyredabilen bir klinik durumdur. On dokuz yaşındaki erkek hasta, akut karın sendromu ön tanısı ile entübe edilmiş olarak dış bir merkezden kliniğimize yönlendirildi. Hastanın ilk muayenesinde karında ileri derecede distansiyon mevcuttu. Acil şartlarda ameliyata alınan hastada mide volvulusu olduğu ve midenin fundus lokalizasyonundan perfore olduğu saptandı. Bu olgu, nadir görülmesi ve mortalite ile sonuçlanması nedeniyle akut karın sendromu etyolojisinde mide volvulusu tanısını hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.*

**Anahtar Kelimeler:** Akut karın sendromu, volvulus, mide volvulusu

\*Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Sakarya, Türkiye  
\*\*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Sakarya, Türkiye

Dr. Enis Dikicier  
E-posta: enisdikicier@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 05.04.2011  
Makale Kabul Tarihi: 05.09.2011

## GİRİŞ

Mide volvulusu nadir görülen ve sıklığı tam olarak bilinmeyen bir klinik tablodur (1). Midenin 180 dereceden fazla rotasyonu sonucu oluşur. Klinik olarak strangulasyon, inkarserasyon ve perforasyon aşamaları hızla gelişip akut karın tablosu şeklinde ortaya çıkabilir (2). Spesifik bir klinik veya laboratuvar bulgusu yoktur. Tanı genellikle operasyon esnasında konulur. Ameliyat öncesi dönemde radyolojik olarak mide volvulusu tanısı koymak da oldukça güçtür ve ileri derecede radyolojik deneyim gerektirir. Bu yazıda volvulus nedeniyle mide perforasyonu gelişen bir olguyu sunma ve mide volvulusunun tanıtedavi seçeneklerini tartışma amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

19 yaşında erkek hasta, akut karın sendromu ön tanısı ile entübe edilmiş olarak kliniğimize yönlendirildi. Anamnezden hastada mental retardasyon olduğu fakat günlük aktivitelerini kendi başına yerine getirebildiği öğrenildi. Kliniğimize kabulden toplam 6 saat önce şiddetli karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile hastaneye başvurduğu öğrenildi. Karın ağrısı şikayeti yemek yedikten bir saat sonra ani olarak başlamıştı. Başvurduğu hastanede kontrastsız abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapılırken solunum arresti gelişmesi üzerine hasta entübe edilerek kliniğimize gönderilmiştir. Kliniğimiz yoğun bakı-

mına kabul anında, hasta entübe durumda mekanik ventilatöre bağlıydı, kan basıncı ölçülemiyordu. Periferik nabızlar filiformdu. Fizik muayenede karında ileri derecede distansiyon mevcuttu ve barsak sesleri duyulmuyordu. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz ( $21.000/mm^3$ ) mevcuttu, diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Abdominal BT görüntüleri ilk olarak karın içerisinde yaygın serbest hava ve serbest sıvı olarak yorumlandı. Fakat BT'ler tekrar incelendiğinde karın içerisinde serbest hava ve sıvı mevcudiyeti olmakla birlikte, tomografik görüntünün büyük bir kısmının ileri derecede genişlemiş içi boş bir organın kendisi tarafından oluşturulduğu belirlendi (Resim 1). Genişlemiş organın sigmoid kolon olabileceği düşünülürken ameliyat anına kadar bu organın mide olma olasılığı düşünülmedi. Yoğun bakımda hızlı intravenöz parenteral sıvı resüsitasyonu ve pozitif inotropik destek tedavisi başlanan hasta başvuru anından sonraki bir saat içerisinde acil şartlarda ameliyata alındı. Ameliyatta karın içerisinde yaklaşık 5000 cc serbest sıvı ve sindirilmemiş gıda artıkları olduğu saptandı. Eksplozasyon devamında midenin ileri derecede genişlemiş olduğu, büyük kurtur - küçük kurtur ekseninde rotasyona uğramış olduğu (mezenteroaksiyal volvulus) ve fundus lokalizasyonunda yaklaşık 6-7 cm'lik perforasyon alanı olduğu saptandı (Resim 2 ve 3). Mide detorsiyone edildi ve perfore olmuş alan cerrahi olarak tamir

edildi. Yaklaşık 90 dakika süren ameliyat sonrası hasta entübe vaziyette cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakım takiplerinde yoğun parenteral sıvı ve inotropik destek tedavisine rağmen hipotansiyonu düzelmeyen hasta ameliyat sonrası 8. saatte eks oldu.

### TARTIŞMA

Mide volvulusu terimi, midenin kısa veya uzun eksenine etrafında rotasyona uğraması sonucu oluşan durumu tanımlar. İnsidansı tüm ırklarda ve kadın-erkek arasında eşittir (1,2). Literatürde olguların çoğunda klinik tabloya hiatus hernisi, sol diyafragma evantrasyonu, pilor stenozu ve karın içi yapışıklıklar gibi diğer karın içi patolojilerin eşlik ettiği bildirilmektedir (2). Eşlik eden diğer patolojilerin yokluğunda mide volvulusu idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. Olgumuz, ameliyat esnasında karın içerisinde volvulusa eşlik eden patoloji saptanmadığı için idiyopatik olarak sınıflandırıldı.

Mide volvulusu ortaya çıkış mekanizmasına bağlı olarak 4 alt grupta sınıflandırılır (3).

*Tip 1 (organoaksiyel form):* Midenin, pilor - kardia ekseninde rotasyona uğraması sonucu oluşur. En sık görülen mide volvulusu tipidir ve görülme oranı %59'dur.

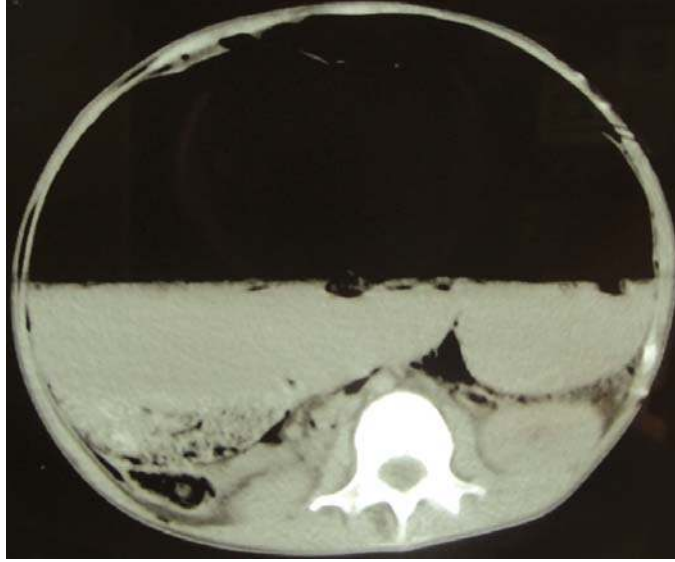
*Tip 2 (mezenteroaksiyel form):* Midenin transvers planda küçük-büyük kurvatura ekseninde rotasyona uğraması sonucu oluşur, görülme oranı %29'dur.

*Tip 3 (kombine form):* En az görülen formdur ve görülme oranı %2'dir.

*Tip 4 (sınıflandırılmayan form):* Olguların yaklaşık %10'unu oluşturur.

Organoaksiyel form (Tip 1) genellikle orta ve ileri yaş grubundaki hastalarda karşılaşılan mide volvulusu türü iken, mezenteroaksiyel form (Tip 2) sıklıkla çocukluk çağında karşılaşılan mide volvulusu türüdür.

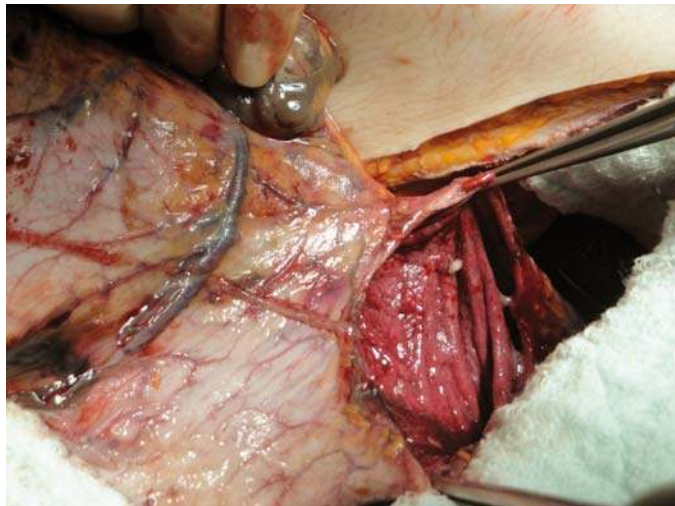
Mide volvulusu tanısında *Borchardt triadı* olarak adlandırılan epigastrik ağrı, kusma ve nazogastrik tüp yerleştirmede başarısızlık klinik bulgularının birarada olması kullanılabilir (4). Ancak olguların  $\frac{3}{4}$ 'ünde Borchardt'ın klasik triadı birarada bulunurken  $\frac{1}{4}$ 'ünde bu bulgular saptanamayabilir. Baryumlu özofagus-mideduodenum pasaj grafisi ve üst abdominal BT incelemesi mide volvulusu tanısı koymada yardımcı olabilecek en önemli görüntüleme yöntemleridir. Olgumuzun



Resim 1. Mide volvulusu Tomografi görüntüsü.



Resim 2. Torsiyone olmuş mide.



Resim 3. Perfore olmuş midenin görüntüsü.

abdominal BT incelemesi retrospektif olarak değerlendirildiğinde, görüntülerin mide volvulusu için çok tipik olduğu fark edildi. Fakat ameliyat öncesi dönemde, çok nadir görülen bir tablo olması nedeni ile mide volvulusu olasılığı ilk tanı olarak düşünülmemiştir.

Mide volvulusu nadiren akut karın tablosuna neden olur. Çünkü midenin anatomik olarak damarlanma sistemi ve kollateral beslenmesi çok zengindir ve bu nedenle mide duvarında nekroz ve perforasyon gelişmesi sık karşılaşılan bir durum değildir (5). Akut karın tablosuna neden olan mide volvulusları genellikle organoaksiyal tip (Tip 1) mide volvuluslarıdır. Olgumuzda ise mezen-teroaksial tipte (Tip 2) mide volvulusu mevcuttu ve mide fundus lokalizasyonundan perfore olmuştu. Perforasyon alanının duvar yapısı ve mukoza görü-

nümü iskemi bulguları taşımadığı için perforasyonun iskemik nedenlerden dolayı değil, mekanik olarak basınç artışı sonucu patlama tarzında gelişmiş olduğu düşünüldü.

Kronik mide volvulusları, sıklıkla eşlik eden başka karın içi patolojiler varlığında görülmektedirler. Kronik mide volvulusu olguları klinik olarak bulgu verebilirler veya tamamen asemptomatik de olabilirler. Semptom verdikleri zaman en sık karşılaşılan şikayetler zaman zaman olan epigastrik ağrı, şişkinlik hissi veya hazımsızlık gibi non-spesifik şikayetlerdir. Fakat yemeklerden kısa bir süre sonra kusma gibi daha spesifik bir tanı düşündürülecek şikayetlerle de karşılaşılabilir. Semptomsuz olgular ise genellikle başka nedenlerden dolayı yapılan karın radyolojik incelemeleri sırasında tesadüfen tanı konulan olgulardır.

Mide volvulusunun tedavisi cerrahidir (6,7). Cerrahi olarak yapılacak işlem açık veya laparoskopik yöntemle midenin detorsiyone edilmesi ve fiksasyonudur. Kronik mide volvulusu olgularında eşlik eden diğer karın içi patolojilerin onarımı aynı anda yapılabilir. Olgumuz akut karın ve şok tablosu durumunda başvurduğu için, hasar kontrol cerrahisi prensipleri doğrultusunda, açık yöntemle mide detorsiyone edilip perfore alanın tamir edilmesini takiben hızlıca ameliyat sonlandırılarak hasta cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı.

Sonuç olarak, mide volvulusu nadiren de olsa yüksek mortalite oranları ile seyreden akut karın tablosuna neden olabilirler. Ameliyat öncesi tanı genellikle mümkün olmadığı için yapılması gereken, hızla mevcut patolojinin cerrahi olarak düzeltilmesini takiben resüsitatif tedaviye başlanmasıdır.

#### SUMMARY

##### **Idiopathic gastric volvulus: An uncommon etiology of acute abdomen syndrome – a case report**

*Gastric volvulus is a condition with a high mortality rate, for which an immediate intervention may be needed. A 19 year-old male with a diagnosis of acute abdomen who had been intubated recently was referred*

*to our clinic. Physical examination at first sight revealed extreme distention on abdomen. An operation was started immediately and gastric volvulus with a perforation located on fundus was observed. The aim of this paper is to remind gastric volvulus as an etiological entity for acute abdomen by representing this case that resulted with mortality.*

**Key Words:** Acute abdomen syndrome, volvulus, gastric volvulus

#### KAYNAKLAR

1. Ellis H. (çev: Andican A.) : Divertikül volvulus ve ileus. In: Schwartz SI, Ellis H., ed(s) (çev editörü: Andican A.). Maingot Abdominal Operasyonlar. 8. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 1989: 531-548.
2. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. Emerg. Med. J 2007; 24:446-447. doi:10.1136/emj.2006.041947
3. Lee TC, Liu KL, Lin MT, et al. Unusual cause of emesis in an octogenarian: organoaxial gastric volvulus associated with paraesophageal diaphragmatic hernia. J Am Geriatr Soc 2006; 54:555-557. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00643\_9.x
4. Germanos S, Gourgiotis S, Saedon M, et al. Severe abdominal pain as a result of acute gastric volvulus. Int J Emerg Med 2010; 3:61-62. doi:10.1007/s12245-009-0136-5
5. Aydın M, Yasar M, Aslaner A, et al. Volvulated paraoesophageal gastric herniation with perforation into bursa omentalis: report of a case. Acta Chir Belg 2006; 106:257-260.
6. Bawahab M, Mitchell P, Church N, et al. Management of acute paraesophageal hernia. Surg Endosc 2009; 23:255-259. doi:10.1007/s00464-008-0190-8
7. Schiano di Visconte M, Barbaresco S, Burelli P, et al. Acute abdomen due to a strangulated and perforated paraesophageal hernia. A case report. Chir Ital 2002; 54:563-567.