

# Erişkinde Meckel Divertikülünün Neden Olduğu İnce Barsak Tıkanıklığı: Olgu Sunumu

**Dr. Feyzullah ERSÖZ (1), Dr. Özhan ÖZCAN (1), Dr. Bekir POYRAZ (1), Dr. Erdem SENTATAR (1), Doç. Dr. Soykan ARIKAN (1)**

## ÖZET

Meckel divertikülü omfolomezenterik kanalın kapanmamasından kaynaklanan ince barsağın en sık görülen kongenital anomalisidir. Bu olguda Meckel divertikülünün bağırsak tıkanıklığına neden olduğu 72 yaşındaki hastayı sunduk. Klinik ve radyolojik olarak akut batın, barsak tıkanıklığı tanısı ile ameliyata alınan hastada laparotomi sırasında ileoçekal valvin yaklaşık 1 metre proksimalde Meckel divertikülünün aperistaltik segmentine kadar devam eden genişlemiş ince barsak segmentleri görüldü. Meckel divertikülü 5 cm proksimal ve distalinden rezekt edilip uç uca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi.

**Anahtar Kelime:** Meckel divertikülü, erişkin, bağırsak tıkanıklığı, komplikasyon

## SUMMARY

**Intestinal obstruction caused by an adult Meckel's diverticulum: Case report**

Meckel's diverticulum results from incomplete closure of the omphalomesenteric duct, and is the most common congenital anomaly of the small intestine. We present a case report of a 72 year-old patient who developed an intestinal obstruction as a complication of Meckel's diverticulum. Clinically and radiologically, the patient was diagnosed as acute abdomen and strangulated bowel obstruction at laparotomy, multiple loops of distended small intestine were seen from the duodeno-jejunal junction to 100 cm proximal ileocecal valve, which was aperistaltic segment by a Meckel's diverticulum. The Meckel's diverticulum with 5 cm proximal and distal small intestine was resected and end to end anastomosis was made. The patient made a good postoperative recovery and was discharged home 5 days later.

**Keywords:** Meckel's diverticulum, intestinal obstruction, adult, complications

## GİRİŞ

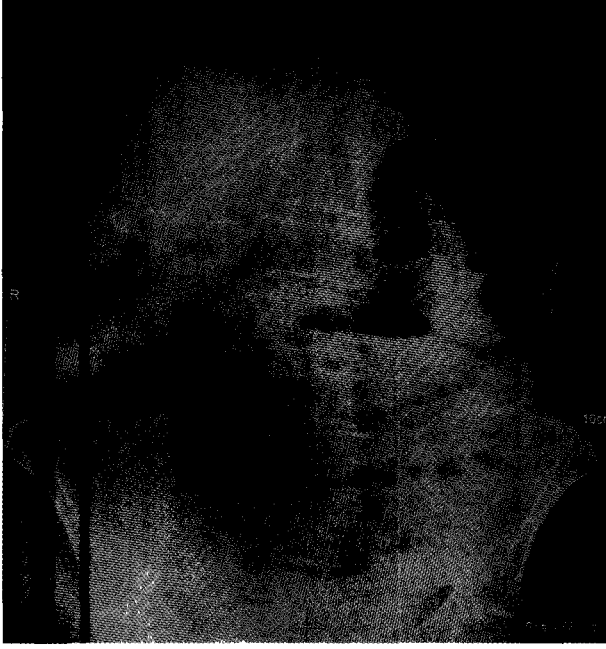
Meckel divertikülü omfolomezenterik kanalın kapanmamasından kaynaklanan ince bağırsağın en sık görülen kongenital anomalisidir(1). 1598 yılında Fabricus Hildanus tarafından tarif edilmiş, 1809 yılında Alman anatomist Johann Friderich Meckel embriyolojik olarak tanımlanmıştır. İleum ansının antimezenterik kısmına yerleşen ve bağırsağın tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür. İnsidansı %0.5 ile %2 arasındadır ve genellikle asemptomatik olduğundan laparotomi veya otopsi sırasında görülür(2). Hastaların sadece %4.2 sinde kanama, perforasyon, eflamasyon ve tıkanıklık gibi komplikasyonlar görülür (2,3). Bu olguda Meckel divertikülü bulunan bir hastada gelişmiş bir akut batın tablosu ve divertikülün bulunduğu alanda aperistaltik barsak segmenti

nedeniyle barsak tıkanıklığı gözlenen 72 yaşındaki bayan hastayı sunduk.

## VAKA SUNUMU

72 yaşında bayan hasta ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Daha önceden herhangi bir şikayeti bulunmayan hastanın yaklaşık 10 saat önce ağrısının başladığı, bulantı ve kusmanın da aynı zamanda olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, astım ve nefrolitiasis hikayesi bulunan hastanın, 15 yıl önce myomateri nedeniyle geçirilmiş total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi ameliyatı mevcuttu. Hastanın gün içinde gaz-gayta çıkışı olmamış.

Fizik muayenesinde TA: 160/90 mmHg, nabız:86 atım/dak, vücut ısı:37,2 santigrat derece ölçüldü. Batın distandü görünümde, yaygın defans ve rebound, hassasi-



Resim 1: ABDG dilate ince barsak anısı ve hava sıvı seviyesi.

yet mevcuttu. Barsak sesleri artmış olarak dinlendi. Laboratuvar değerlerinde beyaz küre sayısı:17,660 K/uL (%86 nörofil), kan şekeri: 171 mg/dl, üre:67 mg/dl, kreatin:1 mg/dl, AST:18 U/L, ALT:21 U/L, amilaz:107 U/L elektolitleri normal sınırlarda idi. Radyolojik olarak akciğer grafisi normal sınırlarda idi, ayakta direk batın grafisinde dilate ince barsak segmentleri ve hava sıvı seviyeleri izlendi. Grafilerde serbest hava gözlenmedi.

Yapılan karın ultrasonografi incelemesinde barsak ansları arasında minimal serbest sıvı tespit edilmiş olup, artmış peristaltisim ve dilate anslar gözlemlendi, ayrıca safra kesesi duvar kalınlığı normal en büyüğü 14 mm çaplı çok sayıda kalkül tespit edildi.

Hasta akut batın, barsak obstrüksiyonu ön tanılarıyla yatırıldı ve nazogastrik sonda takılarak sıvı replasma-nına başlandı. Kısa süreli gözlemlerde tabloda değişiklik görülmemesi üzerine operasyon kararı alındı.

Genel anestezi altında orta hat laparotomisi ile batına girildi, ince barsaklarada yaygın distansiyon gözlemlendi. İleoçekal valvin yaklaşık 1 metre proksimalinde enflamasyon bulguları olmayan meckel divertikülü gözlemlendi. Divertikülün proksimalinde kalan ince bağırsaklarda yaygın distansiyon varken distalindeki ince barsak segmentleri normal görünümde idi. Diğer alanlarda spontan ve provakasyonla barsaklarda peristaltizm gözlenirken divertikülün çevresindeki barsak anslarında peristaltisim

gözlenmedi. Milking tarzındaki barsak manevrası ile barsak içeriği zorlukla distale geçebilmekte idi. Bu sebeple bu segmentin ileusa neden olduğuna karar verilerek divertikül yaklaşık 5 cm proksimal ve distaldeki barsak segmenti ile beraber çıkarıldı ve proksimaldeki dilate segmentler boşaltıldı ve barsak devamlılığı uç uca anastomoz yapılarak sağlandı. Ultrasonografide saptanan safra kesesi taşları hastanın şeker hastası olması nedeniyle ameliyat öncesi hastanın onamı da alınarak kole-sistektomi ile tedavi edildi. Sefazolin sodyum 1gr flakon 2\*1 IV ve ornidazol 500 mg flakon 2\*1 IV ile antibiyotik tedavisi uygulandı. Ameliyat sonrası 3. gün gaz çıkaran hastaya 4. gün ağızdan gıda verildi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi. Poliklinikte yapılan kontrollerde herhangi sorun tespit edilmedi.



Resim 2: Meckel divertikülünün ameliyat görüntüsü.

## TARTIŞMA

Erişkinlerde Meckel divertikülde en sık karşılaşılan komplikasyon obstrüksiyondur. İnvajinasyon, inflamasyon, omfolomezenterik bant, adhezyonlar ya da adenokarsinoma bağlı gelişen bu sonuç, %26.2 ile %53.4 oranları arasında görülür (6,7). Meckel divertikülünün 2. en sık komplikasyonu divertiküldür. Bu komplikasyon grubu sıklıkla akut apandisit tablosu şeklinde karşımıza çıkmakta ve tanı ancak cerrahi inceleme sırasında konulmaktadır (8).

İrdelediğimiz vaka akut batın tablosu gösteren nisbeten erken yakalanmış bir tablo idi. Kısa izlemde değişik-

lik olmaması nedeniyle çıkabilecek komplikasyonlar ve az da olsa batında serbest sıvı varlığı ekplorasyon kararını desteklemiştir. Meckel divertikülü tanısı preop konamamıştır. Komplike Meckel divertikülünün ameliyat öncesi tanısını koymak neredeyse imkansızdır. Arteriograf ve teknesyum sintigrafi özellikle kanamalı ve ektopik gastrik mukozalı Meckel divertiküllerde faydalıdır(5). Ancak bu teknikleri acil koşullarda uygulamak her zaman mümkün değildir. Kontrastlı BT strangüle bağırsak tıkanıklığı olan hastalarda kimi zaman tanı koydurucu olabilmektedir. Bu teşhis yöntemleri acil cerrahi gerektiren hastaların tedavisinin bazen gecikmesine neden olmaktadır. Operasyon kararı verilip kontraendikasyonu olmayan hastalarda önce laparoskopik ekplorasyon doğru tanı yardımcı olabilmektedir. Kirshtein ve arkadaşlarının 65 vakalık barsak tıkanıklığı serilerinde laparoskopik olarak %96.9 oranında doğru tanı konulduğu bildirilmektedir.(9)

Genellikle barsak tıkanıklığı ADBG ile konur. Bu yöntem basit, kolay ve ucuz olup cerraha tıkanıklığın derecesi ve yeri konusunda oldukça faydalı bilgiler verir (10). Hastamızın var olan akut batın bulgularına ilaveten ADBG bulguları ince barsak tipi tıkanıklığını desteklemekteydi. Ancak bu seviyelenmenin nedeni hakkında bilgi vermek imkanı yoktu. Daha önceden geçirilmiş operasyonu olsa da lökositoz, defans ve rebound, hassasiyet, sıvı varlığı kısa vadede ameliyat kararında daha önce de belirtildiği gibi ana etkindir.

Laparotomi esnasında Meckel divertikülünde inflamasyon ve yapısal bozukluk olmamasına rağmen divertikül kısmında spontan ve provakasyon ile peristaltizm gözlenmemesi, ayrıca barsak muhtevasında elle sağma yapmaya çalışmamıza rağmen yeterince distale istenen şekilde geçilemedi. Patolojik inceleme sonunda da her hangi organik lezyon tespit edilmemiştir. Aperistaltik segmentin rezeksiyon ve uç uca anastomozun sorunu çözmesi nedeniyle olayın peristaltizm yokluğuna bağlı olduğu sonucuna vardık. Meckel divertikülünün en sık komplikasyonu barsak obstruksiyonu olsa da bu şekilde bir obstruksiyon nadir bir tablodur.

Sonuç olarak; ince bağırsak tıkanıklığı ile birlikte akut batın bulguları olan hastaların ayrıntısında Meckel divertikülü de akla getirilmelidir.

---

## KAYNAKLAR

- 1- **Guss DA, Hoyt DB.** Axial volvulus of Meckel's diverticulum: a rare cause of acute abdomen pain. *Ann Emerg Med* 1987;16:811-2.
- 2- **Tomikawa M, Taomoto J, Saku M, Takeshita M, Yoshida K, Sugimachi K.** A loop formation of Meckel's diverticulum: a case with obstruction of the ileum. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003;9: 134-6.
- 3- **Vork JC, Kristensen IB.** Meckel's diverticulum and intestinal obstruction—report of a fatal case. *Forensic Sci Int* 2003;138:114-5.
- 4- **Frager D.** Intestinal obstruction: role of CT. *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31:777-99.
- 5- **Prall RT, Bannon MP, Bharucha AE.** Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3426-7.
- 6- **Scharli AF.** Vitello-intestinal disorders. In: Freeman NV, Burge DM, Griffiths M, Malone PSJ, eds. 1st ed. *Surgery of the Newborn*. Edinburg: Churchill Livingstone;1994.p.243-53.
- 7- **Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL.** Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001;192:658-
- 8- **DiGiacomo JC, Cottone FJ.** Surgical treatment of Meckel's diverticulum. *South Med J* 1993;86:671-5.
- 9- **Kirshtein B, Roy-Shapira A, Lantsberg L, Avinovich E, Mizrahi S:** Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. *Surg Endosc* 2005, 19:464-467.
- 10- **Avnesh S Thakor, Siong S Liau and Dermot C o'Riordan.** Acute small bowel obstruction as a result of a Meckel's diverticulum encircling the terminal ileum: A case report *Journal of Medical Case Reports* 2007, 1:8 doi:10.1186/1752-1947-1-8