

Orijinal makale

Ogilvie Sendromu Yaşlı Hastalarda Ciddi Morbidite ve Mortaliteye Sebep Olmakta mıdır?

Bülent KAYA, Nuriye Esen BULUT, Orhan BAT, Mehmet OKUDUCU, Hasan ALTUN, Kemal MEMİŞOĞLU

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Amaç: Ogilvie sendromu, kolonun akut, masif dilatasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalığa bağlı morbidite ve mortalite hala önemini korumaktadır. Klinik çalışmamızda Ogilvie sendromu nedeni ile takip ve tedavi ettiğimiz hastaları retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Nisan 2010 ile Temmuz 2011 tarihleri arasında Ogilvie sendromu tanısı ile takip ve tedavi edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif semptom ve fizik muayene bulguları, yandaş hastalıklar, laboratuvar sonuçları ve radyolojik bulgular, tedavi ve takip bilgileri kayıt edildi. Sonuçlar Ortalama±standart sapma şeklinde ifade edildi. İstatistiksel analizde SPSS 17 istatistik programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma süresinde beş (5) hasta Ogilvie sendromu tanısı ile takip ve tedavi edildi. Hastaların 3'ü erkek 2'si kadındı. Yaş ortalaması 71.4±2 (50-79 arası) olarak tespit edildi. Hastaların şikayetleri 1-5 gün arasında değişmekteydi. Hastalarda görülen en sık şikayet karın ağrısı (4 hasta) idi. Toplam 5 hastaya medikal tedavi başlandı. Üç hastada neostigmin kullanıldı. Bu hastalardan ikisine laparotomi yapıldı. Cerrahi tedavi ileostomi, hartman prosedürü, total kolektomi toplam üç hastaya uygulandı. Üç hasta takiplerde kaybedildi.

Sonuçlar: Ogilvie sendromu özellikle yatalak ve yandaş hastalıkları olan yaşlı hastalarda ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ogilvie sendromu; morbidite; mortalite; yaşlı hasta

ABSTRACT

Does Ogilvie's Syndrome Cause significant morbidity and mortality in older patients?

Aim: Ogilvie syndrome is a disease characterized by acute, massive colonic dilation. It has significant morbidity and mortality. We analyzed the patients who had been treated and followed up with the diagnosis of Ogilvie syndrome.

Material and Method: The patients with the diagnosis of Ogilvie syndrome treated in between April 2010 and July 2011 were analyzed retrospectively. Patient's age, sex, preoperative symptoms, physical examination findings, co-morbidities, laboratory and radiological findings, management results were documented. The results were demonstrated as mean±SEM. Statistical analysis was performed in SPSS 17 program.

Results: Five (5) patients had been managed in study period. There were 3 men and 2 women. The mean age was 71.4±12 (range:50-79). The duration of symptoms was 1-5 days. The most common symptom was abdominal pain (4 patients). Five patients were treated medically measures. Neostigmine was used in three patients. Two of these patients were operated. Ileostomy, hartman procedure and total colectomy were surgical operations. There were three mortality.

Conclusion: Ogilvie syndrome has significant morbidity and mortality specially in immobile, older patients with co-morbidities.

Key Words: Ogilvie's syndrome; morbidity; mortality; older patients

GİRİŞ

Ogilvie sendromu, kolonun akut, psödo-obstrüksiyonu olarak bilinir. İlk kez 1948 yılında William Ogilvie tarafından retroperitoneal maligniteli iki hastada çöliak plexus invazyonu sonrası gelişen ileus nedeniyle tanımlanmıştır¹. Bu hastalık kendisini mekanik sebepler olmaksızın kolonun akut ve masif dilatasyonu şeklinde belli eder. Birçok hastada kolon psödo-obstrüksiyonu için risk faktörleri mevcuttur. Bunlar içerisinde en sık görülenler travma, abdominal ve pelvik cerrahiler, nörolojik bozukluklardır.

Tipik şikayetler karında şişkinlik, karın ağrısı, bulantı ve kusma şeklindedir. Direk karın grafisi genişlemiş kolon anslarını göstermekle birlikte tek başına tanı koydurucu değildir. Batın Bilgisayarlı tomografide tıkaçıcı kolonik bir lezyon olmaksızın kolon segmentlerinin aşırı genişlemesi tipiktir. Çekum çapının ölçümü tedavi ve takip kararlarını önemli derecede etkiler.

Ogilvie sendromu, mekanik kolon obstrüksiyonu yapan hastalıklarla karışarak ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Tanı gecikmeleri hala önemini korumaktadır. Bu hastaların önemli bir bölümünde gereksiz cerrahi işlem yapılabilir. Bu klinik çalışmamızda acil bir patoloji olan Ogilvie sendromu nedeni ile takip ve tedavi ettiğimiz hastalarımızı incelemeyi amaçladık.

Yazışma adresi

Dr. Bülent KAYA
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
Beykoz-İstanbul
e-mail: drbkaya@yahoo.com
Yazının geldiği tarih : 26.08.2011
Yayına kabul tarihi : 29.09.2011

MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada Nisan 2010 ile Temmuz 2011 tarihleri arasında Ogilvie sendromu ön tanısı ile Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde konservatif tedavi ya da cerrahi uygulanmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Konservatif tedavi uygulanan hastalar acil servise başvuru sonrasında yatırıldı.

Damar yolu açılan hastalara intravenöz sıvı resusitasyonu başlandı. Tüm hastalarda nazogastrik sonda rutin olarak uygulandı. Yine tüm hastalarda rektal tuşe ve rektal tüp uygulaması yapıldı. Neostigmin 2 mgr IV tek doz şeklinde seçilen hastalara (sorumlu cerrahın tercihi ile) uygulandı.

Konservatif tedavi sonrası gaz-gayta deşarjı olup batin distansiyonu gerileyen hastalar 5 gün sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Konservatif tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen, bilgisayarlı tomografi takiplerinde çekum çapı artan, lökosit ve CRP düzeyleri yükselen hastalara dekompresyon amacı ile laparotomi kararı alındı.

Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif semptom ve fizik muayene bulguları, yandaş hastalıklar, laboratuvar sonuçları ve radyolojik bulgular, tedavi ve takip bilgileri kayıt edildi.

Sonuçlar Ortalama±standart sapma şeklinde ifade edildi. İstatistiksel analizde SPSS 17 istatistik programı kullanıldı.

SONUÇLAR

Çalışma süresince Ogilvie sendromu tanısı ile 5 hasta tedavi edilmişti. Bu hastaların 3'ü erkek ve 2'si kadındı. Yaş ortalaması 71.4±12 (50-79 arası) olarak tespit edildi. Hastaların şikayetleri 1-5 gün arasında değişmekteydi. Hastaların dördünde kronik yandaş hastalık mevcuttu. Hastalarda görülen en sık şikayet karın ağrısı (4 hasta) idi. Fizik muayenede tüm hastalarda batında distansiyon tespit edildi. Hastaların 4'ünde palpasyonla hassasiyet, 1'inde rebound mevcuttu. Başvuru sırasında lökosit değeri 2, CRP değeri 3 hastada normalden yüksek olarak bulundu. Tüm hastaların çekilen ayakta direkt batin grafisinde genişlemiş kolon segmentleri görüldü. Yapılan kontrastlı Batın BT ile kolonda tıkayıcı bir lezyon varlığı dışlandı.

Hastaların tümüne ilk yaklaşımda medikal tedavi uygulandı. Üç hastada neostigmin (2 mgr IV) kullanıldı. Medikal tedavi ve neostigminin başarısız olduğu üç hastaya cerrahi uygulandı.

Cerrahi tedavide 1 hastaya hartman prosedürü, 1 hastaya ileostomi, 1 hastaya total kolektomi yapıldı. İki hastada postoperatif dönemde yara enfeksiyonu gelişti. Hastaların 4'ü yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Hastaların 3'ü kaybedilirken 2 hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Mortalite ile seyreden hastaların tümü yandaş hastalıklar, (ağırlıklı olarak kardiopulmoner yetersizlik) nedeni ile kaybedilmiştir. Hastaların tanı, tedavi bilgileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo1. Ogilvie Sendromu Nedeni İle Tedavi Edilen Hastaların Tanı ve Tedavi Bilgileri

Hasta	Semptom	Predispozisyon Yandaş hastalık	CRP/BK	Batın Tomografisi	Tedavi	Cerrahi İşlem	Sonuç
1.	3 gün	KAH, Demans	1/8700	Kolon segmentlerinde dilatasyon	Medikal, Neostigmin Cerrahi	Hartman prosedürü	Ex
2.	2 gün	Pelvik cerrahi	9.3/14100	Kolon segmentlerinde dilatasyon, serbest sıvı	Medikal, Cerrahi	İleostomi	Şifa
3.	2 gün	Parkinson, Demans	6.7/5200	Kolon segmentlerinde dilatasyon	Medikal, Cerrahi	Total Kolektomi	Ex
4.	5 gün	KOAH,KAH	1/11000	Kolon segmentlerinde dilatasyon	Medikal, Neostigmin		Ex
5.	1 gün	HT, KAH	3.1/9700	Kolon segmentlerinde dilatasyon	Medikal, Neostigmin		Şifa

* KAH-Koroner arter hastalığı, KOAH Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, HT-Hipertansiyon

TARTIŞMA

Ogilvie sendromunun patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. En güçlü hipotez otonomik sinir sistemi disfonksiyonu sonucu parasempatik denervasyonun azalması ve sempatik denervasyonun artması sonucu meydana geldiği şeklindedir². Bu sendrom nedeni ile görülen 6 hastadan 4'ünde ganglion hücre sayısında azalma tespit edilmiştir³.

Özellikle cerrahi sonrası gelişen Ogilvie olgularında immobilizasyon, analjezik kullanımı, cerrahi travma intestinal motiliteyi azaltarak sendrom gelişimini tetikler.

Ogilvie sendromu, tanı ve tedavisindeki güçlükleri ile birlikte önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Kolonda iskemi ve perforasyon Ogilvie sendromunda görülen en ciddi komplikasyondur. Spontan perforasyon hastaların %3-15'inde bildirilmiştir. Perforasyon gelişen olgularda mortalite %50'ye kadar çıkmaktadır⁴. Çekum çapının 12 cm üzerine çıkması ve 6 günden uzun süren, medikal tedaviye rağmen gerilemeyen olgularda ciddi perforasyon riski mevcuttur⁵. Cerrahi uygulanan hastalarımızın tamamında medikal tedavi sonrası, obstrüksiyon bulgularında gerileme olmaması ya

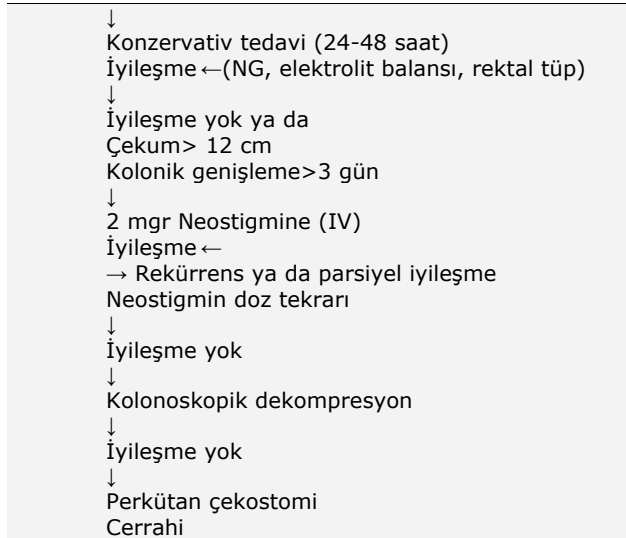
da parsiyel iyileşmeye rağmen çekum çapının 12 cm üzerinde olması nedeni ile laparotomi kararı alınmıştır. Ogilvie sendromunda tedavi başarısını birçok faktör etkilemektedir. Saunder MD mevcut olan yandaş hastalıkların tedavi başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu ifade etmişlerdir⁶. Bu durum, yaşlı ve yandaş hastalığı olan olgularda başarılı kolon dekompresyonuna rağmen yüksek mortalite ve morbidite oranlarını açıklamaktadır. İleri yaş, çekum çapının genişliği, dekompresyonda gecikme, cerrahi esnasında kolonun durumu sağkalımı etkileyen diğer faktörler olarak belirtilmiştir⁷. Bizim serimiz bu bilgiler ile uyumluluk göstermektedir. Mortalite ile seyreden üç olgumuzdan biri başarılı medikal ve 2'si cerrahi tedavi sonrası yandaş hastalıklar nedeni ile kaybedilmiştir. Bu hastalar uzun dönem yatağa bağımlı olarak yaşayan, akciğer ve kardiyak rezervleri düşük hastalardı. Ogilvie sendromunun tedavisinde çeşitli kinetik ajanlar denenmiş ancak bunların içerisinde sadece neostigmine klinik uygulama alanı bulmuştur⁸⁻¹¹. Geri dönüşümlü bir asetilkolinesteraz inhibitörü olan neostigmin, muskarinik reseptörleri uyarak kolon motor aktivitesini arttırmaktadır¹². İntravenöz olarak verilen neostigmin hızlı bir şekilde etki ederken (1-20 dak.), etkisi kısa sürmektedir (1-2 saat)¹³.

Stephenson ve ark. 2-5 mgr arası neostigmini 3 dakikada yavaş intravenöz enjeksiyon şeklinde Ogilvie sendromlu 12 hastaya uygulamışlardır¹⁴. Onbir hastada başarılı klinik dekompresyon sağlamışlardır. Trevisani ve ark. tek doz neostigmin ile 18 hastadan 12'sini başarı ile tedavi etmişlerdir¹⁵. Serimizde neostigmin 3 hastaya uygulanmıştır. Bu hastalardan birinde tam yanıt alınırken bir hastada parsiyel yanıt alındı. Bir hasta ise yetersiz dekompresyon nedeni ile opere edildi.

Kolonoskopik dekompresyon son yıllarda Ogilvie sendromu tedavisinde yer almıştır¹⁶⁻¹⁸. Bu işlem

yaklaşık olarak hastaların %50'sinde başarılı olurken, perforasyon en önemli komplikasyondur.

Bu hastaların %1-5'inde perforasyon gelişebilmektedir⁶. Yine dekompresyon sonrası nüks önemli bir problem olarak görülmektedir. Kolonoskopi esnasında sağ kolona dekompresyon amaçlı tüp bırakılması nüksleri önlemede etkilidir. Belirtilen dezavantajlarına rağmen kolonoskopik dekompresyon Ogilvie sendromu tedavisi algoritmalarında yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Akut kolonik pseudo-obstruksiyon (Ogilvie sendromu) tedavi algoritması

Sonuç olarak Ogilvie sendromu ciddi morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Hastaların önemli bir kısmı yandaş hastalıkları olan, yaşlı hastalardır. Başarılı konservatif ve cerrahi tedavilere rağmen morbidite ve mortalitesi bu hasta grubunda yüksektir.

REFERANSLAR

- Ogilvie WH. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. *Br Med J* 1948;2: 671-3.
- Mashour GA, Peterfreund RA. Spinal anesthesia and Ogilvie's syndrome. *J Clin Anesth* 2005;17:122-3.
- Choi JS, Lim JS, Kim H, Choi JY, Kim MJ, Kim NK, et al. Colonic pseudo-obstruction: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190:1521-6.
- Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997;7:499-508.
- Johnson CD, Rice RP, Kelvin FM, Foster WL, Williford ME. The radiologic evaluation of gross cecal distension: emphasis on cecal ileus. *AJR Am J Roentgenol* 1985;145:1211-7.
- Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007;21:671-87.
- Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986;29:203-10.
- Rovira A, López A, Cambray C, Gimeno C. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) treated with erythromycin. *Intensive Care Med* 1997;23:798.
- Mazloun BW, Barnes JB, Lee M. Cisapride as a successful treatment for acute intestinal pseudo-obstruction. *South Med J* 1996;89: 828-30.
- White L, Sandhu G. Continuous neostigmine infusion versus bolus neostigmine in refractory Ogilvie syndrome. *Am J Emerg Med* 2011;29: 576.e1-3.
- Paran H, Silverberg D, Mayo A, Schwartz I, Neufeld D, Freund U. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction with neostigmine. *J Am Coll Surg* 2000;190:315-8.
- Law NM, Bharucha AE, Undale AS, Zinsmeister AR. Cholinergic stimulation enhances colonic motor activity, transit, and sensation in humans. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001;281:G1228-37.
- Aquilonius SM, Hartvig P. Clinical pharmacokinetics of cholinesterase inhibitors. *Clin Pharmacokinet* 1986;11:236-49.
- Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH. Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. *Dis Colon Rectum* 1995;38: 424-7.
- Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. Neostigmine: safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000;43: 599-603.
- Tenofsky PL, Beamer L, Smith RS. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000;135(6):682-6; discussion 686-7.
- Nelson JD, Urban JA, Salsbury TL, Lowry JK, Garvin KL. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome) after arthroplasty in the lower extremity. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:604-10.
- Geller A, Petersen BT, Gostout CJ. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 1996;44:144-50.