

Kronik rekurrent mezentero-aksiyel gastrik volvulus

Chronic recurrent mesenteroaxial gastric volvulus

Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ, Dr. Sezai YILMAZ,
Dr. Kemal ARDA, Dr. Musa AKOĞLU

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, Radyoloji Bölümü

ÖZET: Gastrik volvulus nadir görülen, akut veya kronik formda ortaya çıkan bir, malrotasyondur. Bu yazımızda travma öyküsü olan, kronik mezenteroaksiyal volvulus olgusu sunulmuş ve literatür bilgileri irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: **Gastrik volvulus, paraözefageal herni, borchardt triadi**

SUMMARY: Gastric volvulus is a rare condition that established in a acute or chronic form. In this paper, the case who presented with a chronic mesenteroaxial volvulus that was developed after a traffic accident was reported.

Key words: **Volvulus, paraesophageal hernia, borchardt triad**

GASTRİK volvulus akut veya kronik olabilir. Kronik tipi daha sık görülmektedir; sıklıkla paraözefageal herni ile birlikte görülür. Daha az rastlanılan akut tipinde ise midenin 180 derece veya daha fazla rotasyonu ve kapalı lup obstruksiyonu söz konusudur (1-2).

Gastrik volvulus anatomik olarak Organoaksiyal ve Mezenteroaksiyal volvulus şeklinde sınıflandırılmaktadır (2). Bu yazıda diafragma rüptürüne bağlı gelişen gastrik volvulus olgusu literatür bilgileriyle irdelendi.

OLGU

Ocak 1994 tarihinde trafik kazası anemnezi olan 36 yaşında erkek hasta, kliniğimize 6 aydır devam eden bulantı, kusma, iştahsızlık, epigastrium ve ksifoid etrafında ağrı ve zayıflama şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişi ve soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Fizik Muayene: KB: 120/90mm Hg, N: 82/dak. ve ritmik, KVS ve solunum sistemi normal. Karın muayenesinde organomegali, defans saptanmadı. Karında çalkantı sesi saptandı. Diğer sistemlere ait muayenede kayda değer bulgu saptanmadı.

Labaratuvar: Hb: %13 gr., Hkt: %39., BK: 31000/mm³, 17000/mm³ olarak saptandı. BK. dışında kan sonuçları normal olarak bulundu.

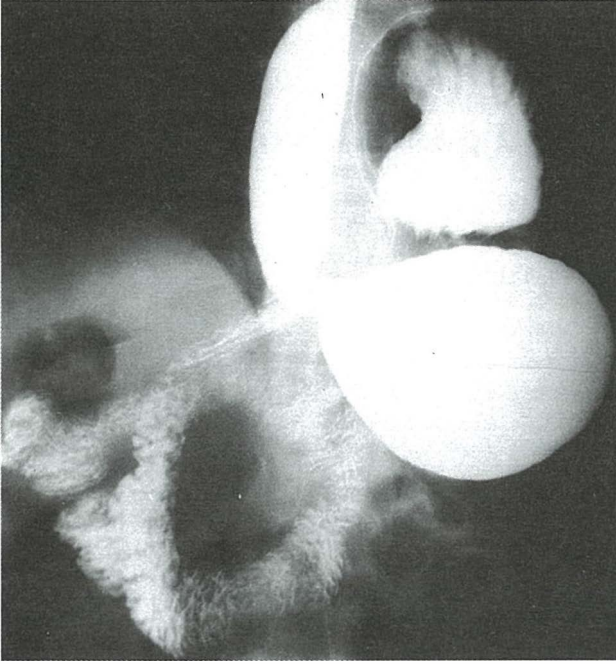
P.A. ve sol yan akciğer grafisi: Sol hemidifragmanın yükseldiği ve paralitik görünümde olduğu, altında ise volvulusa uğramış mide saptandı (Resim 1).

Mide-Duodenum Grafisi: Sol hemidiafragmada yükseklik ve midede mezenteroaksiyal volvulus saptandı. Fundus-korpus geçiş yerinde ileri derecede darlık görüldü (Resim 2-3).

Endoskopi: Fundusun geniş bir poş oluşturduğu, bitiminde darlık olduğu ve mide torsiyonu ile uyumlu bulgular saptandı. GAA'da transvers kesi ile karın açıldı. Eksplorasyonda solda diyafragmada 5cm. çapında bir defekt tespit edildi. Pilon bu defekte kadar uzanmış olup midenin proksimal kısmı, omentum ve sol kolon köşesi ile birlikte göğüs boşluğuna deplase olmuştu. Tüm bu oluşumlar serbestleştirilip karın içine alındı. Gastrik repozisyon yapıldı. Defektli diyafram 0 numara vikril ile kapatıldı. Anterior gastropeksi yapıldı. Toraks drenajını takiben kesi kapatıldı. Postop. komplikasyon olmayan hasta 8.ci gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Gastrik volvulus nadir görülen, akut veya kronik formda karşımıza çıkabilen bir rotasyon bozukluğudur. Sadece kardiyada sıkı bir şekilde çevresine tutunan mide, gastrofrenik, gastrosplenik, gastrohepatik ve gastroduodenal ligamanlar ile asılı durumda bulunmaktadır (2-3). Gastrosplenik ve gastrokolik ligamanlar kesilmedikçe, normal midenin 180 derece döndürülemeyeceği post-mortem çalışmalarla gösterildiğinden volvulusun meydana gelmesi için bu asıcı ligamanların gevşemiş olması gerekmektedir (2). Travmatik veya nontravmatik diyafragma fıtıkları, paraözefageal fıtıklar ve cerrahi sonrası bu bağların gevşemesi veya yokluğu gastrik volvulusa predispoze faktörlerdir (3-4). Olgumuzda daha önce geçirdiği



Resim 1. Sol hemidiyafragma yükselmiş ve volvulusa uğramış mide görülmekte .

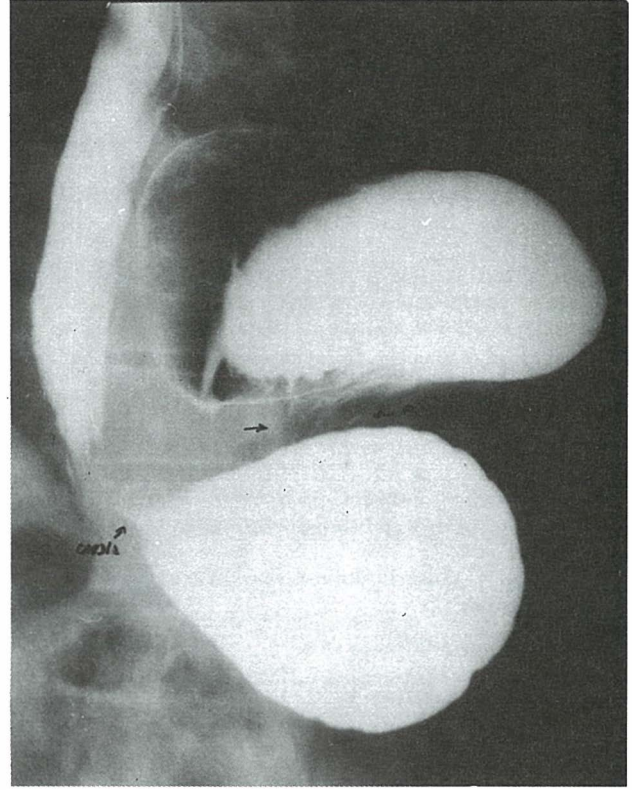
trafik kazası sonucu oluşan diyafragma rüptürünün volvulusu hazırlayıcı faktör olduğu düşünülmektedir. Gastrik volvulus gelişiminde predispoze faktörler Tablo 1'de gösterilmiştir (2).

Gastrik volvulus anatomik durumu bakımından organoaksiyal ve mezenteroaksiyal pozisyonunda olabilir. Organoaksiyal volvulusta mide, kardiya-dan pilora uzanan anatomik eksen etrafında dönmektedir. Kardiya ve pilor fiks durumda olduğundan kapalı lup obstrüksiyonu meydana gelir. Mezenteroaksiyal volvulusta ise midenin küçük kurvatur orta noktasından büyük kurvatura uzanan bir hat etrafında rotasyon söz konusudur (5-6).

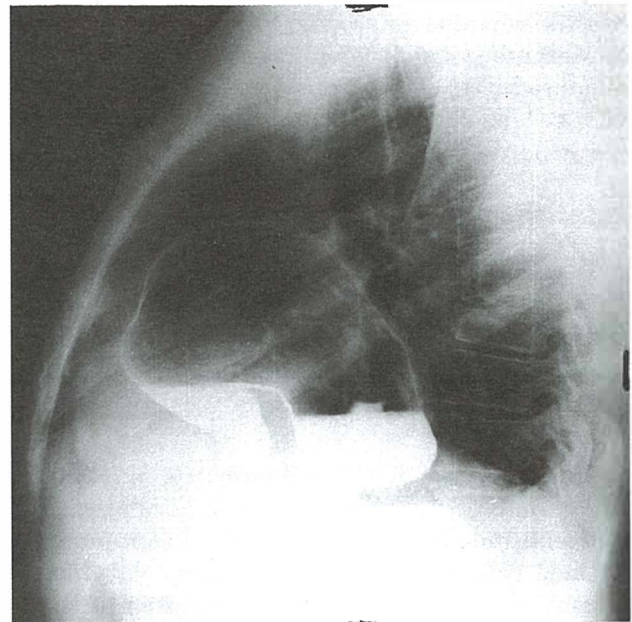
Akut gastrik volvulusta epigastrik distansiyon, nazogastrik sondanın itilememesi ve kusmaya çalışıp kusamama söz konusudur. Bu triada Lenormant Borchardt triadı denilmektedir (2). Kronik formu ise sıklıkla paraözefageal herni ile birlikte-dir. Şişkinlik, geğirme, barborismus, epigastrik ağrı mevcuttur.

Paraözefageal herni, travmatik diafragmatik defektler ve yakın zamanda geçirilmiş mide operasyonları gibi predispoze faktörlere sahip hastalarda, uygun klinik tablo mevcudiyetinde gastrik volvulus düşünülmelidir. Direk grafiler, Baryumlu gastrointestinal grafiler ve endoskopi %90-95 doğru tanı sağlamaktadır (6-7).

Gastrik volvulusun bugün için seçkin tedavisi



Resim 2. Mezentero-aksiyal gastrik volvulus ve özafago-gastrik bileşkede darlık gözleniyor.



Resim 3. Mide, toraks boşluğunda görülüyor.

cerrahi onarımdır (2). Gereksinim varsa midenin preoperatif dekompresyonu yapılmalıdır. Mezenteroaksiyal volvuluslarda, özefagogastrik bileşke açık olduğundan endoskopik reposisyon bazı olgularda bildirilmiştir (8). Ancak bileşkenin kapalı olduğu organoaksiyal volvuluslarda endoskopi

Tablo 1. *Gastrik volvulusa predispoze faktörler*

-
- 1- Bağların zayıflığı, olmaması, gastrik fiksasyon bozukluğu
 - a- Konjenital
 - b- Cerrahi sonrası (Fundoplikasyon, yüksek selektif vagotomi)
 - c- Gastrosplenik, gastrohepatik, gastrokolik bağlarda gevşeklik
 - 2- Midenin anatomik ve fonksiyonel hastalıkları
 - a- Hipomotilite, mide çıkış obstrüksiyonu
 - b- Peptik ülser
 - c- Tümörler
 - d- Mide pitozisi
 - 3- Komşu organ hastalıkları
 - 1- Diyafragma
 - a- Hiatus hernisi
 - b- Bohdalek veya Morgagni herisi
 - c- Diyafragma rüptürü
 - d- Diyafragma evantrasyonu
 - 2- Splenomegali
 - 3- Transvers kolon volvulusu
 - 4- Karaciğer sol lob dislokasyonu veya hipoplazisi
-

KAYNAKLAR

1. Carter R, Brewer L, Hinshaw D. Acute gastric volvulus. Am. J. Surg 1980; 140: 99-106.
2. Wastell C, Ellis H. Volvulus of the stomach: a review with a report of 8 cases. Br J Surg 1976; 58: 557.
3. Patel NM: Chronic gastric volvulus: Report of a case and review of literature. Am j gastroenterol 1985; 80: 170.
4. Hill LD, Tobias JA, Paraesophageal hernia. Arch Surg 1986; 121: 416-420.
5. Shreiber H, Flickinger EG, Eichelberger MR, et al. Pro-

posed treatment for gastric volvulus due to evantration of the diaphragm. Am J Surg 1980; 139: 719-722.

6. Menuch L. Plain film findings of gastric volvulus herniating into the chest. AJR 1976; 126: 1168-1174.

7. Ellyson JH, Parks SN, Hernia of Morgagni in a trauma patient. J Trauma 1986; 26: 569.

8. Eckhauser ML, Ferron JH. The use of distal percutaneous endoscopic gastrostomy in the management of chronic intermittent gastric volvulus. Gastrointestinal Endosc. 1985; 31: 340-342.

faidalı değildir. Anatomik anomalilerin bulunmadığı seğilmiş mezenteroaksiyal volvuluslarda perkutan endoskopik gastrotomi ile stabilizasyon bildirilmektedir (8). Gastrik volvulusla ortaya çıkan diyafragmatik herniler abdominal veya transtorasik yol ile onarılmaktadır. Daha sonraki bir rotasyonu önlemek amacı ile anterior gastropaksi denilen midenin batin ön duvarına tespiti bazı gruplar tarafından önerilmektedir (2).

Olgumuzda diyafragmatik rüptüre bağlı volvulus olması nedeni ile endoskopik repozisyon denenmemiştir. Cerrahi olarak midenin repozisyonu ile anatomik aksı düzeltilmiş ve diyafragmadaki defekt onarılmıştır. Bu olgu nedeni ile nadir görülen ve travmatik diyafragma rüptürüne bağlı gelişen gastrik volvulus konusu literatür ışığı altında irdelenmiştir.