

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

İSKEMİK SEREBRAL ENFARKTÜS SONRASI GELİŞEN OGİLVİE SENDROMU OLGUSU

İlay Hilal KILIÇ, İlknur DÖNMEZ, Cihat UZUNKÖPRÜ, Ayşe GÜLER, Hadiye ŞİRİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İZMİR

ÖZET

Akut kolonik psödoobstrüksiyon, diğer adıyla Ogilvie Sendromu, saptanabilir herhangi bir mekanik obstrüksiyon olmadan kolonda gelişen akut dilatasyonun yol açtığı bir klinik durumdur. Erken tanı ve tedavi prognozu değiştirmektedir(1). 86 yaşında, sağ el dominant, erkek hasta, sağ orta serebral arter (OSA) anterior divizyon sulama alanında gelişen akut iskemik enfarkt nedeniyle nöroloji yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Vital bulguları stabil seyreden, saturasyon düşüklüğü, elektrolit bozukluğu olmayan hastada, serebrovasküler olayın onyedinci gününde batında distansiyon izlendi. 2 gündür gayta çıkışı olmayan hastanın rektal tuşede, rektumu boş saptandı. Lateral dekübit direkt batın grafipleri çekildi. Sigmoid volvulustan şüphelenilen hastaya acil batın bilgisayarlı tomografisi çekildi. Batın BT'si ile de sigmoid kolonda mezoaksiyel volvulus düşünülen hastaya gastroenteroloji kliniğinde kolonoskopi yapıldı. Hepatik fleksuraya kadar ilerlendi. Volvulus görünümü izlenmedi. Kolonoskopi sonucunda hastada akut kolonik psödoobstrüksiyon (Ogilvie Sendromu) tanısı konuldu. Konservatif tedaviyle 24 saat sonra gayta çıkışı sağlandı. Bu olguyla, erken tanı ve tedaviyle mortalite ve morbiditesinin azaltılabildiği Ogilvie Sendromunun, serebral enfarktüs sonrası da görülebildiğine ve serebral enfarktüs sendromlu hastalarda batında distansiyon, konstipasyon gelişmesi halinde akılda bulundurulması gereken acil durumlardan biri olduğuna dikkat çekilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ogilvie Sendromu, serebral enfarktüs, Pridostigmin, akut kolonik psödoobstrüksiyon, konstipasyon, kolonoskopi,

A CASE REPORT OF OGILVIE'S SYNDROME IN AN ISCHEMIC STROKE PATIENT

ABSTRACT

Acute colonic pseudo-obstruction (ACPO), also known as Ogilvie's Syndrome, is a clinical condition with acute dilatation of the colon without a provable cause. Early recognition and treatment of the condition is important in order to improve the outcome(1). An 86 year old right handed male patient, with an acute ischemic infarction in the area supplied by the right middle cerebral artery (MCA) anterior division, was internalised to our intensive care unit of Neurology Department. Seventeen days after onset of the stroke, the patient, whose vitals, blood electrolyte levels and oxygen saturation kept stable developed an abdominal distention. He didn't have any fecal excretion for 2 days and his rectum was found to be empty on the rectal touch examination. His lateral decubitus abdominal x-rays were suspicious for sigmoid volvulus. His abdominal CT was also suspicious for mesoaxial volvulus, so the patient underwent a colonoscopy at the gastroenterology department. The colonoscope has reached the hepatic flexure but no volvulus has been observed. As the result of the colonoscopy the patient is diagnosed as acute colonic pseudoobstruction(Ogilvie's Syndrome). With conservative treatment, fecal excretion has been provided in 24 hours. Here, we want to take attention that, Ogilvie's syndrome, in which early diagnosis and treatment decreases mortality and morbidity rates, can also be seen in stroke patients and is one of the emergent situations which should be kept in mind for stroke patients who have abdominal distention and constipation.

Key Words: Ogilvie's Syndrome, stroke, Pridostigmine, acute colonic pseudoobstruction, constipation, colonoscopy.

GİRİŞ

Akut kolonik psödoobstrüksiyon, diğer adıyla Ogilvie Sendromu, saptanabilir herhangi bir mekanik obstrüksiyon olmadan kolonda gelişen

akut dilatasyonun yol açtığı bir klinik durumdur. Tanı, klinik ve radyolojik bulgularla konulur. Öncelikle destek tedavisi uygulanmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. İlay Hilal Kılıç Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir.

Tel: 0232 3903860

E-posta: ilayhilalkilic@hotmail.com

Geliş Tarihi: 04.09.2013

Kabul Tarihi: 09.12.2013

Received: 04.09.2013 **Accepted:** 09.12.2013

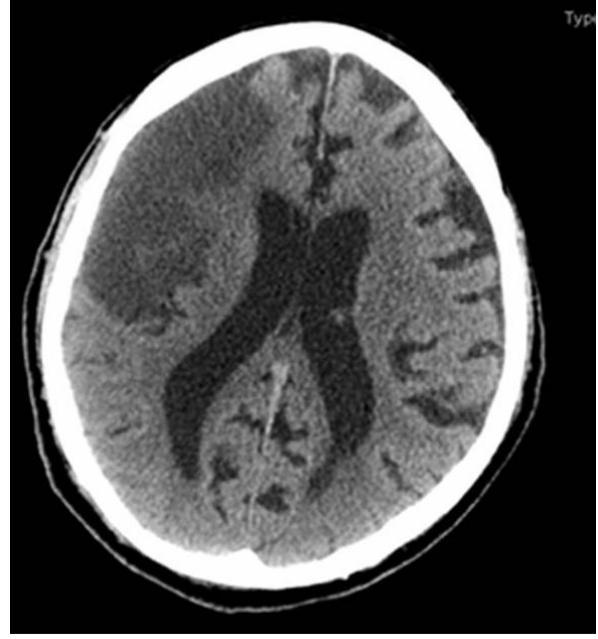
Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Kılıç İ. H., Dönmez İ., Uzunköprü C., Güler A., Şirin H. İskemik serebral enfarktüs sonrası gelişen Ogilvie Sendromu olgusu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2014; 20 (2): 65-68. doi: 10.5505/tbdhd.2014.93063.

24 saat içinde düzelme olmazsa intravenöz Neostigmin tedavisi başlanmalı, gereğinde tekrarlanmalıdır. Ancak kolonda iskemi ya da perforasyon saptanırsa cerrahi müdahale gerekmektedir (1). Ogilvie Sendromu'nda kolon ileri derecede dilate olabilir ve dekompresyon yapılmazsa perforasyon, peritonit ve ölüm riski vardır. Patofizyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte güncel teoriler Ogilvie Sendromunu, otonomik sinir sistemindeki imbalansa bağlamaktadır. Bu teoriler sempatik tonus artışına, parasempatik tonus azalmasına ya da ikisinin kombinasyonuna işaret etmektedir (2,3). Ogilvie Sendromu multifaktöriyeldir. Ancak en sık görülen üç neden travma (özellikle retroperitoneal), ciddi enfeksiyon, kalp hastalığıdır (özellikle kalp krizi ve konjestif kalp yetmezliği). Diğer saptanmış nedenler: Geçirilmiş operasyon (abdominal, ürolojik, jinekolojik, ortopedik, kardiyak ya da nörolojik), spinal kord hasarı, ileri yaş, nörolojik hastalıklar, hipotiroidi, elektrolit bozukluğu (hiponatremi, hipokalemi, hipokalsemi, hiperkalsemi, hipomagnezemi), solunum sistemi hastalıkları, böbrek yetmezliği, ilaçlar (narkotikler, trisiklik antidepressanlar, fenotiyazinler, antiparkinsonien ilaçlar ve anestezi ajanları v.b.), ciddi konstipasyon (4). Yapılan çalışmalar, olguların %95 kadarının medikal ya da cerrahi durumlarla ilişkili olduğunu, geri kalanının ise idiyopatik olduğunu göstermiştir (5,6,7).

Bu yazıda, iskemik inme tanısı ile izlenen, elektrolit dengesizliği, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, ciddi enfeksiyonu, operasyon öyküsü olmadan serebrovasküler olayının on yedinci gününde Ogilvie Sendromu gelişen bir olgu üzerinden, inmenin Ogilvie Sendromu açısından bir risk faktörü olduğu ve inme hastalarında konstipasyon, distansiyon durumunda akla gelmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

OLGU

86 yaşında, erkek hasta akut sağ orta serebral arter infarktı tanısı (Resim 1) ile nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Özgeçmişinde 3 yıl önce geçirilmiş iskemik inme, KOAH öyküsü vardı. İnme etiyojisine yönelik yapılan tetkiklerinde EKG'si sinüs ritmiydi. EKO 'sunda ejeksiyon fraksiyonu sol ventrikülde %55, sağ ventrikülde normal, sol ventrikül bölgesel duvar hareket kusuru izlendi. LDL-kolesterol:138, HDL- kolesterol:36,

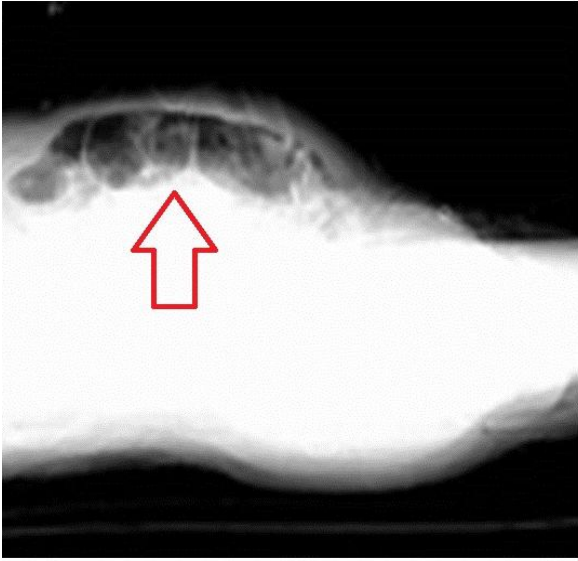


Resim 1. Beyin tomografisinde akut sağ orta serebral arter enfarktı izlenmektedir.

HbA1c:6,2; karotis- vertebral arter ekstrakranial doppler USG'sinde bilateral internal karotis arterde %40-50 darlık saptandı. Nörolojik bakışında, solda 2/5 düzeyinde hemiparesisi mevcuttu. Vital bulguları, elektrolitleri, oksijen saturasyonu normal sınırlardayken; kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, operasyon öyküsü olmayan, akciğer grafisi normal olan hastada serebrovasküler olayının on yedinci gününde abdominal distansiyon izlendi. Muayenede batında hassasiyet saptandı. Defans, rebound saptanmadı. 2 gündür gayta çıkışı olmayan hastaya rektal tuşe yapıldı, rektum boş saptandı, gayta bulaşı olmadı. Lavman ve rektal tüp uygulanan hastada gayta çıkışı olmaması üzerine yatarak (Resim 2) ve lateral dekübit direkt batın grafileri (Resim 3) çekildi. Sigmoid volvulustan şüphelenilen hastaya acil batın bilgisayarlı tomografisi (Resim 4) çekildi. Batın BT'si ile de sigmoid kolonda mezoaksiyel volvulus düşünülen hastaya Gastroenteroloji Kliniği'nde tanı amaçlı kolonoskopi yapıldı. Hepatik fleksuraya kadar ilerlendi. Ancak hepatic fleksuraya kadar belirgin volvulus görünümü izlenmedi. Bu seviyede başlayıp proksimale doğru ilerleyen fekal impaksiyon nedeniyle daha proksimale ilerlenemedi. Kolonoskopi sonucunda hastada akut kolonik psödoobstrüksiyon (Ogilvie Sendromu) tanısı konuldu. Nazogastrikten



Resim 2. Yatarak direkt batın grafisinde volvulusla uyumlu olabilecek görünüm saptandı.



Resim 3. Lateral dekübit direkt batın grafisinde genişlemiş barsak ansları izlendi.

beslenmekte olan hastanın enteral beslenmesi durduruldu. Nazogastrik sondası drenaja alındı. Günde 3 kere ılık sulu lavman, rektal tüp uygulamaları, intravenöz hidrasyon ve parenteral beslenme sağlandı. Elektrolit takibi yapıldı, izlemde gelişen elektrolit dengesizliği düzeltildi. İntravenöz neostigmin tedavisi önerilen hastaya KOAH öyküsü nedeniyle günde üç kez 60 mg pridostigmin enteral tedavisi başlandı. Mevcut tedaviyle 24 saat sonra gayta çıkışı sağlandı.

TARTIŞMA

Bizim olgumuzda Ogilvie Sendromu açısından bilinen risk faktörlerinden ileri yaş, KOAH öyküsü, serebral enfarktüs mevcuttur. Klinik tablo ortaya çıkmadan önce elektrolit imbalansı, hipotiroidi, risk faktörü olabilecek ilaç kullanımı ve diğer bilinen risk faktörleri yoktu.

Ogilvie Sendromu'nda başlangıç tedavisi konservatiftir ve neostigmin tedavisi genellikle başarılıdır. Bizim olgumuzda da enteral Pridostigmin tedavisi ile 24 saat içinde yanıt alınmıştır. Dekompresyon kolonoskopisi güvenle ve başarıyla tercih edilebilir. Cerrahi tedavi, kolonoskopi başarısız olduğunda ya da çekal iskemisi, nekroz veya perforasyon şüphesi varlığında kullanılır.

En önemli komplikasyon çekum perforasyonudur. Çekum perforasyonunun insidansı %3-40, ve buna bağlı mortalite %40-50 olarak bildirilmiştir (2,3,8).

Bu olguyla nöroloji kliniğinde izlenen hastalarda, batında distansiyon, hassasiyet, konstipasyon gelişmesi durumunda Ogilvie Sendromunun da akılda tutulması gerektiği vurgulanmaya çalışılmıştır. Erken tanı prognoz açısından çok önemlidir. Geç kalınan olgularda kolonda perforasyon, peritonit ve ölüm riski vardır.



Resim 4. Batın bilgisayarlı tomografisinde sigmoid kolonda lümende genişleme ve lümende gaz distansiyonu izlendi.

Kılıç ve ark.

KAYNAKLAR

1. Ertberg P, Vilandt J, Bodker B. Diagnosis and treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Ugeskr Laeger*. 2013;175(17):1176-80
2. Bachulis BL, Smith PE. Pseudoobstruction of the colon. *Am J Surg*.1978;136(1):66-72
3. Manten HD. Pseudo-obstruction. In: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE eds. *Bockus Gastroenterology*. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders Co; 1995:1249-1267.
4. Breccia M, Girmenia C, Mecarocci S, Cartoni C, Carosino I, Tafuri A. Ogilvie's syndrome in acute myeloid leukemia: pharmacological approach with neostigmine. *Ann Hematol*. 2001;80(10):614-6
5. Alwan MH, Van Rij AM. Acute colonic pseudo-obstruction. *Aust N Z J Surg*. 1998;68(2):129-32
6. Nanni G, Garbini A, Luchetti P, Nanni G, Ronconi P, Castagneto M. Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature (October 1948 to March 1980) and report of four additional cases. *Dis Colon Rectum*.1982;25(2):157-66.
7. Laine L. Management of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med*. 1999;341(3):192-3.
8. Lee JT, Taylor BM, Singleton BC. Epidural anesthesia for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). *Dis Colon Rectum*. 1988;31(9):686-91.