

# Nadir bir ileus nedeni: Ogilvie sendromu

## A rare cause of ileus: Ogilvie syndrome

Ahmet Türkan<sup>1</sup>, Elife Türkan<sup>2</sup>, Murat Özgür Kılıç<sup>3</sup>, Gökhan Akkurt<sup>4</sup>, Gürkan Değirmencioğlu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Elbistan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup>Elbistan Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>3</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>5</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

### ÖZ

Ogilvie sendromu sıklıkla ek hastalıkları olan yaşlı hastalarda görülmektedir. Oluşturduğu morbidite ve mortalite nedeni ile günümüzde önemini korumaya devam etmektedir. Spesifik bulguları yoktur ve tanıda bilgisayarlı tomografi yararlıdır. Kolonik obstrüksiyon bulguları olmasına rağmen obstrüksiyona neden olabilecek patoloji tespit edilemeyen yaşlı hastalarda Ogilvie sendromu akla gelmelidir. Bu yazıda Ogilvie sendromu tanısı konan ve konservatif olarak tedavi edilen 73 yaşında bir erkek olgu literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Intestinal psödo-obstrüksiyon; neostigmin; Ogilvie sendromu.

### ABSTRACT

The Ogilvie syndrome is frequently seen in elderly patients who have additional diseases. Since its morbidity and mortality, it continues to maintain its importance nowadays. It does not have any specific symptoms and computed tomography is effective during diagnosis. Ogilvie syndrome should be considered in elderly patients with colonic obstruction symptoms although the pathology of which cannot be determined that may cause obstruction. In this report, we present a 73-year-old male case, which was diagnosed with Ogilvie syndrome and treated conservatively, in the light of literature.

**Keywords:** Intestinal pseudo-obstruction; neostigmine; Ogilvie syndrome.

Kolonun psödoobstrüksiyonu olarak bilinen Ogilvie sendromunda, organik bir neden olmaksızın kolonun akut aşırı dilatasyonu söz konusudur. Patogenezinde otonom sinir sistemi disfonksiyonu suçlanmaktadır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte antikolinergik ilaçlar, diyabetes mellitus, metabolik bozukluklar, solunum yetmezliği, hiperparatiroidizm, Parkinson hastalığı, ortopedik cerrahi, künt karın travması, cerrahi sonrası intestinal motilite azalması ve immobilizasyon nedenleri arasında sayılabilir.<sup>[1]</sup> Hastanın durumuna göre konservatif tedavi, kolonoskopik dekompresyon ve cerrahi tedavi uygulanabilir.

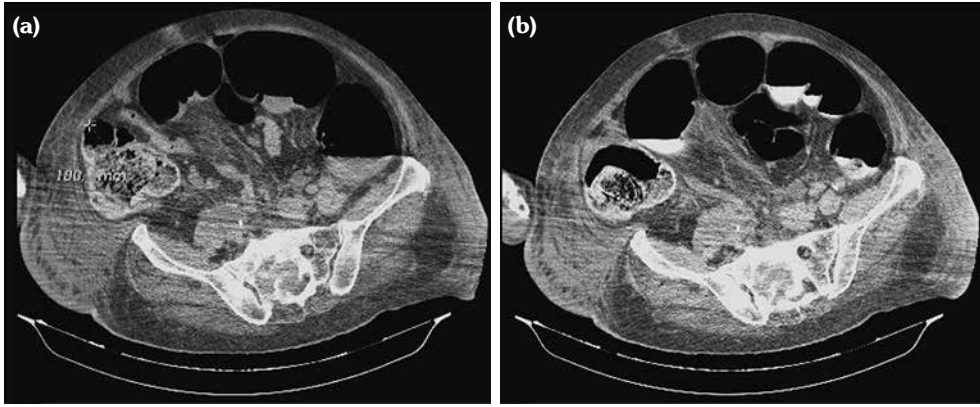
## OLGU SUNUMU

Yetmiş üç yaşında erkek hasta kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pnömoni nedeni ile yoğun bakımda entübe olarak takip altında iken, karında şişlik, lavman uygulanmasına rağmen gaz ve gaita çıkaramama nedeni ile Genel Cerrahi tarafından konsülte edildi. Hastanın öyküsünden Parkinson ve Alzheimer hastalığı tanısı olduğu, nazogastrik sondasından levodopa, ketiapin ve su verildiği öğrenildi. Batında ileri derecede distansiyon vardı. Rektal tuşede rektumun boş olduğu görüldü. Lökosit değeri: 12460 g/L, Sodyum (Na): 157 mmol/L, potasyum (K): 2.61 mmol/L,

**Geliş tarihi:** 03 Eylül 2017 **Kabul tarihi:** 22 Ekim 2017

**İletişim adresi:** Dr. Ahmet Türkan, Elbistan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, 46300 Elbistan, Kahramanmaraş, Türkiye.

Tel: 0505 - 595 16 37 e-posta: draturkan@gmail.com



**Şekil 1. (a)** Dilate kolonik anslar, hava sıvı seviyesi ve 10 cm ölçülen çekum çapı. **(b)** Rektal yoldan verilen kontrast maddenin sorunsuzca proksimale ilerlemiş olduğu görülüyor.

pH: 7.42 idi. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT), tüm kolon segmentlerinde dilatasyon, bol miktarda gaz ve hava-sıvı seviyesi olduğu ve tıkanıklık oluşturacak organik bir patoloji olmadığı görüldü (Şekil 1a). Çekum çapı 10 cm ölçülen hastaya BT masasında 250 mL dilüe kontrast madde rektal yoldan verildi ve kontrastlı batın BT görüntüleri elde edildi (Şekil 1b). Hastada Ogilvie sendromu düşünüldü. Nazogastrik sonda drenaja alındı. Levodopa ve ketiapin tedavisi kesildi. Sıvı elektrolit tedavisi düzenlendi ve potasyum replasmanı yapıldı. Rektal tüp yerleştirildi ve 1 mg neostigmin infüzyon şeklinde verildi. Bol miktarda gaz ve gaita çıkışı oldu. Rektal tüp ve neostigmin tedavisi ikinci günde tekrarlandı. Hastanın distansiyonu geriledi. Bir hafta sonrasında da spontan gaz ve gaita çıkarmaya devam ettiği görüldü.

## TARTIŞMA

Ogilvie sendromu genellikle ek hastalıkları olan ileri yaş erkek hastalarda görülür.<sup>[1,2]</sup> Bu olguda predispoze faktörler arasında ileri yaş, erkek cinsiyet, hipopotasemi, solunum yetmezliği, Parkinson hastalığı, levodopa ve ketiapin kullanımı vardı.

Hastalığın spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Batında distansiyon olmasına rağmen hassasiyet, defans veya rebound hassasiyet genellikle olmaz. Periton irritasyon bulgularının varlığı perforasyon şüphesini uyandırmalıdır. Bilgisayarlı tomografi mekanik bir obstrüksiyon nedenini tespit etmede veya dışlamada anahtar tanı yöntemidir. Ancak çekum çapı 12 cm'nin

üzerindeki hastalarda perforasyon riski nedeni ile kolon grafilerinin kontrastsız çekilmesi önerilmektedir.<sup>[3]</sup> Olgumuzda lökositoz ve batında distansiyon dışında bulgu yoktu. Perforasyon riskinden dolayı önce kontrastsız batın BT çekildi. Çekum çapının 10 cm ölçülmesi üzerine hastaya rektal yoldan kontrast madde verildi ve yeni BT görüntüleri elde edildi. Kontrastın hepatik fleksuraya kadar ilerlediği, tüm kolon segmentlerinde dilatasyon, bol miktarda gaz ve hava-sıvı seviyesi olduğu ve tıkanıklık oluşturacak organik bir patoloji olmadığı görüldü.

Ogilvie sendromu düşünülen hastalarda kontrendikasyon yoksa öncelikli olarak konservatif tedavi uygulanmalıdır. Ancak konservatif tedavinin yeterli olmadığı olgularda hem tanı hem de tedavi amacı ile kolonoskopik dekompresyon uygulanabilir. Konservatif tedavi başarısızlığı, periton irritasyon bulgularının varlığı veya çekum çapının 12 cm'den büyük olması cerrahi tedavi endikasyonunu oluşturur.<sup>[1,3]</sup> Bu olguda da çekum çapının 10 cm olması ve periton irritasyon bulguları olmaması nedeni ile konservatif yaklaşım uygun görüldü.

Konservatif tedavi; oral alımın kesilmesini, nazogastrik drenajı, sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasını, antikolinergik ilaçların kesilmesini, rektal tüp takılmasını ve lavman uygulanmasını içerir. Ayrıca, kolon motilitesini artırıcı etkisi ile asetilkolinesteraz inhibitörü olan neostigmin uygulanması konservatif tedavideki yeri ve önemini korumaktadır.<sup>[4]</sup> Olgumuzda levodopa ve ketiapin tedavisi kesildi. Besleme amaçlı kullanılan nazogastrik sonda drenaja alındı ve rektal tüp

yerleştirildi. Sıvı elektrolit tedavisi düzenlendi ve neostigmin uygulandı. Spontan gaz ve gaita çıkarmaya başlayan hastanın distansiyonunda belirgin azalma görüldü.

Sonuç olarak, nedeni açıklanamayan kolonik obstrüksiyon bulguları olan ve BT'de obstrüktif bulguları açıklayacak herhangi bir mekanik patoloji saptanmayan yaşlı hastalarda Ogilvie sendromu akla getirilmelidir. Kontrendikasyon yoksa öncelikli olarak konservatif tedavi uygulanmalı, ancak klinik bulguları gerilemeyen ve genel durumu giderek bozulan hastalarda gecikmeden cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

#### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### **Finansman**

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Yazar FM, Kanat BH, Emir S, Bozan MB, Bilgiç Y, Şahin A, et al. An obstruction not to forget: Pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome): Single center experience. *Indian J Crit Care Med* 2016;20:164-8.
2. Baykan D, Öztürk G, Gezer M. Akut kolon obstrüksiyonlarında ogilvie sendromunun yeri. *Van Tıp Derg* 2002;9:109-12.
3. Gebre-Giorgis AA, Roderique EJ, Stewart D, Feldman MJ, Pozez AL. Neostigmine to relieve a suspected colonic pseudo-obstruction in a burn patient: a case-based review of the literature. *Eplasty* 2013;13:1.
4. Valle RG, Godoy FL. Neostigmin efor acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)* 2014;3:60-4.