

Endoskopik Stentleme Yöntemi ile Tedavi Edilen Duodenal Divertikül Perforasyonu: Olgu Sunumu

Perforation of Duodenal Diverticula Treated with Endoscopic Stenting: A Case Report

Olgu Sunumu
Case Report

Bülent Çalık [✉], Cem Karaali [✉], Gökhan Akbulut [✉]

Öz

Duodenum divertikülü az bilinen klinikopatolojik bir durumdur. Perforasyon, duodenal divertikülün nadir ama aynı zamanda en ciddi komplikasyonudur. Literatürde yalnızca olgu sunumları ve küçük seriler bildirildiği için perfore duodenal divertikül hakkında yayınlanmış bir cerrahi kılavuz yoktur. Cerrahi yaklaşım, tercih edilen tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, son zamanlarda bazı seçilmiş olguların bağırsak istirahati, nazogastrik tüp ve antibiyotik ile tedavi edilmesi cesaret verici durumlardır. Bu makalede endoskopik stentleme yöntemi ile tedavi edilen duodenal divertikül perforasyonlu olgu literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Duodenum divertikülü, endoskopik stent, perforasyon

ABSTRACT

Diverticula of the duodenum is a little known clinicopathological condition. Although rare, perforation of a duodenal diverticulum is the most serious complication. There is no guideline about the treatment of perforated duodenal diverticulum in literature, since only case reports and small series were reported. Surgical approach is accepted as the preferred method for the treatment. On the other hand, the recent treatments of selected cases with bowel rest, nasogastric tube and, antibiotherapy have been encouraging. In this article, we discuss a case treated with endoscopic stent in the light of related literature.

Keywords: Duodenal diverticulum, endoscopic stent, perforation

GİRİŞ

Duodenum divertikülü (DD) az bilinen klinikopatolojik bir durumdur. Duodenal divertikül varlığı ilk kez 1710 yılında Chromel tarafından tanımlanmıştır. Duodenum divertikül insidansı %22'ye kadar yüksek olabilir ve komplikasyonlar yılda %0,03 olarak tahmin edilmektedir ⁽¹⁾. Duodenum sindirim kanalında divertiküllerin en sık görüldüğü ikinci alandır. Anatomik olarak duodenal divertiküller %10-67 oranında duodenum ikinci kısımda yerleşmektedir. Daha az sıklıkla da üçüncü ve dördüncü bölümde görülürler.

Çoğunlukla rastlantı sonucu saptanırlar. Hastaların yaklaşık %90' ı asemptomatiktir. Belirtiler çoğunlukla gastro-intestinal kanama ve perforasyon gibi komplikasyonlar sırasında görülür. Perforasyon, duodenal divertikülün nadir görülen, tanısı zor olan en ciddi komplikasyonlarından biridir. Bu makalede duodenal stent ile tedavi ettiğimiz perfore duodenal divertiküllü bir hasta sunuldu ⁽²⁾.

OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında erkek hasta karın ağrısı yakınması nedeniyle acil servise

Alındığı tarih: 31.10.2018

Kabul tarihi: 16.04.2019

Online Yayın tarihi: 28.03.2020

Bülent Çalık
SBÜ, İzmir Tepecik
Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi
İzmir - Türkiye

✉ calikbulentdr@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-9054-1446

C. Karaali 0000-0003-2743-7360
G. Akbulut 0000-0002-3924-5342
İzmir Tınaztepe Üniversitesi
Galen Hastanesi,
Genel Cerrahi Bölümü,
İzmir - Türkiye

Çalışma "10. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi" etkinliğinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Cite as: Çalık B, Karaali C, Akbulut G. Endoskopik stentleme yöntemi ile tedavi edilen duodenal divertikül perforasyonu: olgu sunumu. Tepecik Eđit. ve Arařt. Hast. Dergisi. 2020;30(1):92-5.



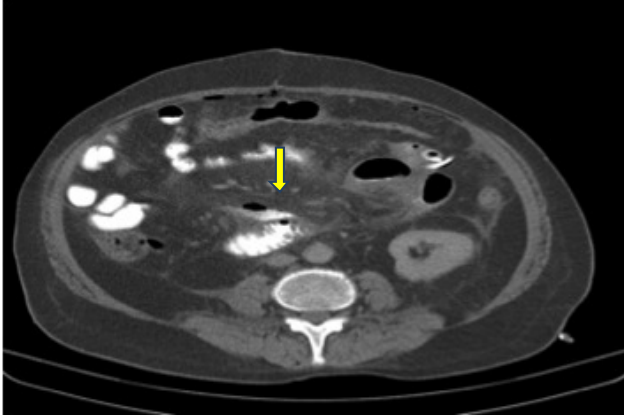
© Telif hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eđit. ve Arařt. Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the T.C. Ministry of Health İzmir Tepecik Education and Research Hospital. This journal published by Logos Medical Publishing.

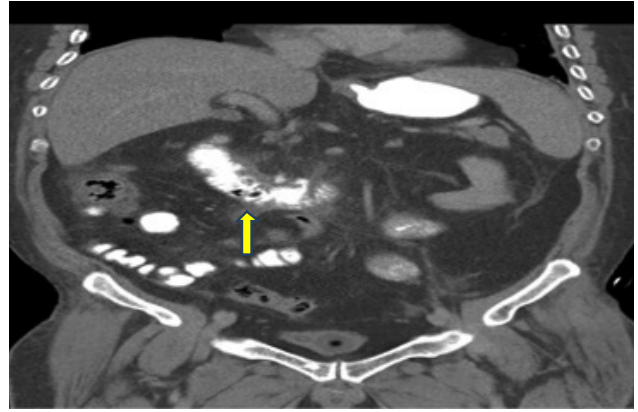
Licensed by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

kabul edildi. Başvuru anında ateş 36°C, nabız 105 atım/dk. tansiyon 114/75 mmHg, solunum: 19/dk. idi. Özgeçmişinde kalp yetmezliği ve kronik obstruktif akciğer hastalığı öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde karın üst kadrantlarda defans ve rebaund hassasiyet vardı. Kan testlerinde, beyaz kan hücreleri sayısı 17,800/L, nötrofil oranı %94,4, hemoglobin 10,5 g/dL, trombosit sayısı 82,000/L, üre 34 mg/dL, kreatinin 1,5 mg/dL, amilaz 64 U/L olarak bulundu. Karaciğer fonksiyon testleri ve elektrolitler normaldi. Direkt abdominal grafide ve bilgisayarlı tomografi (BT)'de serbest hava yoktu. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı. Hasta akut batın ön tansiyıyla ameliyat edildi. Ameliyat sırasında duodenum 3. kısmına uyan alanda retroperitoneal bölgeden apse drenajı olduğu görüldü. Gelen içerikte safra veya gastrointestinal

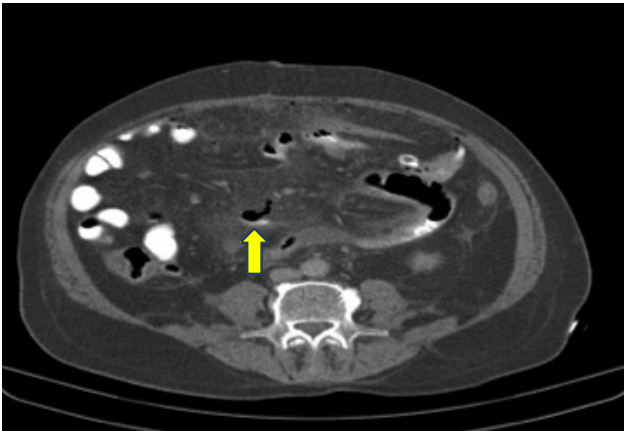
içerik yoktu. Duodenuma ilerletilen nazogastrik sondadan verilen metilen mavisinin ekstravaze olmadığı görüldü. Hastanın yaşı ve genel durumu dikkate alınarak loja dren konuldu ve ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrasında hasta cerrahi yoğun bakımda takibe alındı. Ameliyat sonrası dönemde drenden 250 mL safra drenajı olan hastaya kontrastlı abdominal BT çekildi. Burada duodenum 3. bölümde divertiküle ait görünüm ve ılımlı ekstra luminal retroperitoneal gaz görüldü (Şekil 1-2-3). Genel durumunun iyi olmaması ve mevcut komorbiditeleri nedeniyle yeniden bir ameliyatın morbidite ve mortalite riskinin yüksek olması nedeniyle hastaya ameliyat sonrası 3. günde endoskopik olarak duodenum 3. kısmına 11 cm uzunluğunda 18 mm çapında kaplı özofagus stenti yerleştirildi (Şekil 4). Takip eden günlerde fistülü kesilen ve orali açılan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.



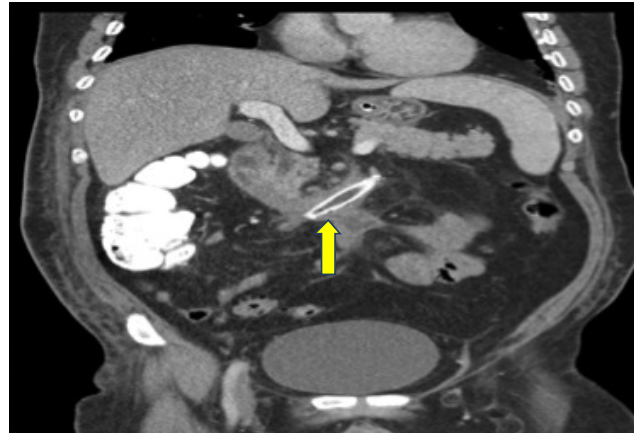
Şekil 1. Duodenum 3. bölümde divertiküle ait görünüm ve ılımlı ekstra luminal gaz.



Şekil 3. Duodenum 3. bölümde divertiküle ait görünüm ve ılımlı ekstra luminal gaz.



Şekil 2. Duodenum 3. bölümde divertiküle ait görünüm ve ılımlı ekstra luminal gaz.



Şekil 4. Duodenuma yerleştirilmiş stentin görüntüsü.

TARTIŞMA

Duodenum divertikülleri doğuştan ve edinsel olabilir. Edinsel olanlar daha sıktır. Doğuştan divertiküller duodenal duvarın tüm katlarını içerir. Edinsel olanlar ampulla vateri etrafındaki 2,5 cm'lik alan içindeki duvar zayıflığına bağlı olarak mukoza, muskularis mukoza ve submukozanın protrüzyonuna bağlı pulsasyon tipi divertiküllerdir ⁽³⁾. Kanama, enflamasyon, komşu organlara bası, neoplastik dönüşüm, kolestaz ve perforasyon DD'nin görülebilen komplikasyonlarıdır. Perforasyon DD'nin nadir ama en ciddi komplikasyonudur. Duodenum divertikülünün olası bir komplikasyonu olarak iyi bilinmesine karşın, literatürde sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır. Thorson ve ark. ⁽⁴⁾ yakın zamanda mevcut literatürü gözden geçirmişler ve yalnızca 162 olgu bulmuşlardır. Perforasyonun nedeni çok çeşitlidir; divertikülit, enterolithiasis, ülserasyon, yabancı cisim, travma, endoskopik retrograt kolanjio-pankreatografi (ERCP) sırasında iyatrojenik perforasyon, ve en sık olarak divertikül içinde gıdanın retansiyonu ile ilişkili distansiyona bağlı olarak gelişen iskemi bunlardan bazılarıdır. Perforasyonlar retroperitonealdir, semptomlar bizim olgumuzda da olduğu gibi genellikle bulantı ve kusmanın eşlik ettiği sağ üst karın ağrısı gibi nonspesifiktir ⁽⁵⁾. Retroperitoneal kontaminasyon retroperitoneal apse oluşumu ve sepsise yol açar. Nadiren peritoneal irritasyon bulguları vardır. Ameliyat öncesi tanı zordur. Kan testleri nonspesifiktir. Divertikül çevresindeki enflamasyona bağlı olarak pankreatik testler yükselmiş bulunabilir. Dahası, ayırıcı tanısı geniştir ve kafa karıştırıcı olabilir. En zor ayırıcı tanı, klinik olarak ve BT taramasında aynı deseni gösterebilen perfore duodenal ülserdir. Kesin tanı genellikle ameliyat sırasında konmasına rağmen, BT görüntüleme oldukça yararlıdır ve bazen perfore DD'yi perfore duodenal ülserden ayırabilir ⁽⁶⁾. Konvansiyonel radyolojik inceleme duodenal perforasyonlu hastaların yarısında hiçbir anormallik göstermez. Üst abdominal serileri DD tanısı koyabilir ve eğer kontrast kaçağı görülürse perforasyonu teyit eder. Ultrason çalışmaları nadiren bilgilendiricidir. Abdominal BT'de tanı

koydurucu bulgular; mezenterik yağ dokusunda kirlenme, kalınlaşmış bağırsak duvarını ve ekstra lümenal retroperitoneal havayı içerir. Bizim olgumuzda da ameliyat sonrası çekilen kontrastlı karın BT'de retroperitoneal alanda perforasyona bağlı gaz görünümü vardı. Bu nedenle, BT'nin özgüllüğü %100'ün altında olsa bile genellikle yapılması gereken ilk tanı yöntemi midir ⁽⁷⁾. Doğru tanı hem antibiyotikler hem de yoğun bakımdaki gelişmelerle birlikte normalde %13'e kadar yüksek olan mortalite son zamanlarda azalmıştır. Perfore DD için standart tedavi cerrahi müdahaledir. Tek veya çift katmanlı kapama ile divertikülektomi eğer enflamasyon izin verirse en sık bildirilen alternatiftir. Basit karın içi drenaj bazı durumlarda başarılı olabilir ⁽⁸⁾.

Ciddi duodenal veya retroperitoneal enflamasyon mevcut olduğunda, duodenal saptırma, pilorik dışlanma, gastro-enterik anastomoz, tüp duodenostomi, segmental duodenal rezeksiyon ve hatta pilor koruyuculu whipple gibi daha kompleks işlemler gerekli olabilir. Laparoskopik yaklaşımla da iyi sonuçlar bildirilmiştir. Thorson ve ark.nın son derlemelerinde, en sık (%49) tedavi yöntemi olarak divertikülektomi bulunmuştur. Cerrahi morbidite duodenal kaçak veya fistül, apse, koledokun iyatrojenik yaranması, akut pankreatit ve kalıcı sepsisi içerir. Ameliyat sırasında papillanın belirlenmesi kolesistostomi veya koledokotomi aracılığıyla bir kateter sokularak gerçekleştirilebilir ⁽²⁾.

Yalnızca hafif etkilenmiş ve sepsise gidişin hiçbir kanıtı olmayan seçilmiş hastalarda, perfore DD için ameliyatsız tedavi güvenlidir ve cerrahiye pratik bir alternatiftir. Tedavi nazogastrik drenaj, bağırsak istirahati, intravenöz antibiyotik tedavisi, parenteral beslenme, enfekte poşun endoskopik olarak temizlenmesi ve retroperitoneal apsenin kombine endoskopik ve retroperitoneal drenajını içerir. Yakın klinik gözlem zorunludur ve konservatif tedavi başarısız olursa cerrahi müdahale gereklidir. Biz de olgumuzda retroperitoneal bir apse olmaması nedeniyle divertikülün yerleştiği alana bir kaplı stent yerleştirerek hastayı tedavi ettik ⁽⁹⁾.

Sonuç olarak, nadir görülen bir durum olmasından dolayı perfore DD'nin yönetimi tartışmalı olmaya devam etmektedir. Literatürde yalnızca olgu sunumları ve küçük seriler bildirildiği için perfore DD için yayınlanmış bir cerrahi kılavuz yoktur. Genel olarak, cerrahi yaklaşım tercih edilen tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, son zamanlarda bazı seçilmiş olguların bağırsak istirahati, nazogastrik tüp ve antibiyotik ile tedavi edilmesi cesaret verici durumlardır. Olgumuzda olduğu gibi stentleme yöntemi tedavide bir seçenek olabilir. Bu seçenek, ameliyat için engel teşkil eden çok sayıda tıbbi rahatsızlıkları olan ileri yaştaki bir hastada özellikle yararlı olabilir. Diğer yandan hafif karın semptomları olan ve yaklaşan sepsis kanıtı olmayan bir hastada da, ameliyatsız tedavi yeterli olabilir.

Çıkar Çatışması: Yazarların ve kurumların çıkar çatışması yoktur.

Hasta Onamı: Tüm işlemler için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Conflict of Interest: The authors and institutions have no conflict of interest.

Informed Consent: Informed consent was obtained from the patient for all procedures.

KAYNAKLAR

1. Costa Simões V, Santos B, Magalhães S, Faria G, Sousa Silva D, Davide J. Perforated duodenal diverticulum: Surgical treatment and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5:547-50. [\[CrossRef\]](#)
2. Rossetti A, Christian BN, Pascal B, Stephane D, Philippe M. Perforated duodenal diverticulum, a rare complication of a common pathology: A seven-patient case series. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5:47-50. [\[CrossRef\]](#)
3. Barillaro I, Grassi V, De Sol A, Renzi C, Cochetti G, Barillaro F, et al. Endoscopic rendez-vous after damage control surgery in treatment of retroperitoneal abscess from perforated duodenal diverticulum: a technical note and literature review. *World J Emerg Surg.* 2013;8:26. [\[CrossRef\]](#)
4. Thorson CM, Paz Ruiz PS, Roeder RA, Sleeman D, Casillas VJ. The perforated duodenal diverticulum. *Arch Surg.* 2012;147:81-8. [\[CrossRef\]](#)
5. Song S. Management of Perforated Duodenal Diverticulum: Report of Two Cases. *Korean J Gastroenterol.* 2015;66:159-63. [\[CrossRef\]](#)
6. Sasaki F, Kanmura S, Nasu Y, Hashimoto S, Taguchi H, Numata M, et al. Double-balloon enteroscopy-assisted closure of perforated duodenal diverticulum using polyglycolic acid sheets. *Endoscopy.* 2015;47:204-5. [\[CrossRef\]](#)
7. Fujisaki S, Takashina M, Sakurai K, Tomita R, Takayama T. Simple diversion by duodenojejunostomy for a retroperitoneal perforation of the second portion of the duodenal diverticulum. *Int Surg.* 2014;99:628-31. [\[CrossRef\]](#)
8. Haboubi D, Thapar A, Bhan C, Oshowo A. Perforated duodenal diverticulae: importance for the surgeon and gastroenterologist. *BMJ Case Rep.* 2014;2014. [\[CrossRef\]](#)
9. Martinez-Cecilia D, Arjona-Sanchez A, Gomez-Alvarez M, Torres-Tordera E, Luque-Molina A, Valenti-Azcarate V, et al. Conservative management of perforated duodenal diverticulum: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008;14:1949-51. [\[CrossRef\]](#)