

## OLGU SUNUMU

# Ogilvie Sendromu

E.A. ARIGÜLOĞLU, A. AYANOĞLU, R. GÖKDENİZ, Ü. SELİM, R. UNCU  
S.S.K. Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

## ÖZET

### OGILVIE SENDROMU

Ogilvie sendromu, mekanik bir neden olmaksızın, distal kolonun belirgin dilatasyonu ile karakterize gastrointestinal sistem hastalığıdır. Patogenezi; tam olarak aydınlatılmamış olan bu sendromun, etyolojisinden medikal ve cerrahi pek çok patoloji sorumlu tutulmaktadır. Literatüre bakıldığında, bu sendromun en önemli nedeninin, gebeliğin sonlandırılması (sezaryen veya normal doğum) ve uterus operasyonları olduğu görülmektedir. Erken tanı ve tedavinin ciddi morbidite ve mortaliteyi önlediği bu sendromun, günümüz obstetrisyenlerince bilinmesi kaçınılmazdır. İki olgu nedeni ile, literatür verileri ışığında konu tekrar gözden geçirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Gebeliğin sonlanması, Kolonik psödo-obstrüksiyon, Ogilvie Sendromu.

## SUMMARY

### OGILVIE SYNDROME

Ogilvie syndrome is a gastrointestinal system disease which is characterized with significant dilatation of distal colon in the absence of mechanical obstruction. Although the pathogenesis of the syndrome is not fully understood, there are many surgical and medical pathologies playing role in the disease etiology. As early diagnosis and therapy significantly decreases the incidence of mortality and morbidity, it is clear that obstetricians should be aware of the syndrome and under literature knowledge, we thought that it would be a useful idea to print this article.

**Key Words:** Delivery, Colonic pseudo-obstruction, Ogilvie Syndrome.

**K**olon ileus'u (1), idiyopatik kalın barsak obstrüksiyonu (2), spastik ileus (3) gibi çeşitli isimlerle anılan kolonik psödo-obstrüksiyon; ilk kez 1948 yılında, Ogilvie tarafından, çölyak pleksusu tutan malignitelerde, tanımlanmıştır (4). Bu sendrom; mekanik obstrüksiyon olmaksızın belirgin distal kolon dilatasyonu ile karakterizedir. Organik bir neden yoktur ve en önemli nedeni, gebeliğin sonlanması veya uterus operasyonlarıdır (% 40). Ogilvie sendromunun etyolojik faktörleri Tablo I'de gösterilmiştir.

## OLGU I

29 yaşında, gravida 2, 37. gebelik haftasında, ikiz gebelik nedeni ile alt segment transvers insizyon ile sezaryen yapılan hasta, 2800 gr. 2700 gr. ağırlığında 1. ve 5. dakika apgar skorları 8 olan canlı kız bebekler doğurdu.

Postoperatif 2. günde; sağ üst kadranda ağrısı, batında distansiyon, bulantı şikayeti olan hastanın ateşi 37.9 C idi. Barsak sesleri normoaktif olan hasta gaz çıkarmıştı.

Postoperatif 3- günde; Ateş 38 C, batından aşırı hassasiyet, distansiyon ve taşipne vardı. Bulantı ve

kusması şiddetlenmişti. Ayakta çekilen batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri vardı. Hastaya nazo-gastrik sonda takıldı, damar yolundan kayıpları gözönünde tutularak sıvı ve elektrolit dengesi korunmaya çalışıldı.

Postoperatif 4. günde; şikayetlerinin geçmemesi, ateşinin düşmemesi, ultrasonografide "excavatio rectouterine"da serbest sıvı görülmesi üzerine hastaya relaparatomisi uygulandı. Batında reaksiyonel sıvı vardı. (Kültür için örnek alındı. Patojen üremedi). Barsaklar normalden daha genişti. Lastik dren konarak batın kapatıldı. Kontinü antibiyotik tedavisi uygulandı. Olguda nazogastrik dekompresyona devam edildi. Sıvı elektrolit replasmanı yapıldı. Olgunun kliniği 3 gün içinde geriledi ve hasta relaparatomisi sonrası 7. günde şifa ile taburcu edildi.

## OLGU II

25 yaşında, gravida I, 39. gebelik haftasında, ikiz gebelik nedeni ile alt segment insizyonlu sezaryen olan hasta; 3000 gr. ve 2850 gr. ağırlığında canlı bir kız ve erkek bebek doğurdu.

Postoperatif 1. günde; karında aşırı gerginlik, bulantı, kusma, gaz çıkarmama şikayeti başlayan hastaya nazogastrik sonda yerleştirildi, sıvı-elektrolit kaybına yönelik replasmana başlandı. Barsak sesleri normoaktifti.

Postoperatif 2. günde gaz çıkışı vardı ancak batın distansiyonu artarak devam ediyordu. Ayakta çekilen

\*2-6 Haziran 1995 tarihleri arasında Antalya Belek'te yapılan 1. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde tebliğ edilmiştir.

**Yazışma adresi-** Dr. Erdal A. Artgüloğlu Gençler Caddesi Gelincik Apt. No: 26/6 Bakırköy/İstanbul

**Tablo 1. Ogilvie Sendromu'nda Etyolojik Faktörler**

- Sepsis
- Kalp hastalığı
- Respiratuvar yetmezlik
- Nörolojik disraksiyon
- Travma (kalça fraktürü)
- Diz operasyonları
- Doğumun sonlanması (vaginal veya sezaryen ile) ve uterusu ait operasyonlar
- Pelvik operasyonlar
- Ürolojik operasyonlar (örneğin suprapubik prostatektomi)
- ilaçlar (Trisklik antidepressanlar, narkotik analjezikler, klonidin, Anthroquinon laksatifler)

direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri izlendi ve distal kolonda hava görünmüyordu. Olguya rektal tüp yerleştirildi, lavman yapıldı. Nazogastrik dekompresyona devam edildi.

Postoperatif 3- günde; hastanın şikayetleri gerilemeye başladı. Rektal tüp çıkarıldı. Serum elektrolit düzeylerinde anormallik yoktu. Çekilen kontrol grafisinde hava-sıvı seviyeleri kaybolmuştu.

Postoperatif 4. günde; hastanın şikayetleri tamamen kayboldu. Nazo-gastrik sonda çıkarıldı. Oral beslenmeye başlayan hasta, postoperatif 6. günde spontan olarak gaitasını çıkardı. Sütürleri alınarak şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Ogilvie sendromu'nun patogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır. En çok ilgi gören mekanizma, "Sempatik-Parasempatik nörostimülatör dengesizliktir" (5). Buna göre, gastrointestinal sistemin parasempatik sinirleri N.Vagus'tan gelmektedir. Ancak bundan başka distal kolon, medulla spinalisin sakral 2 ve 4. segmentlerinden de lifler alır. Bu lifler direkt düz kas innervasyonu yerine myenterik ve auerbach pleksuslarında sinaps yapar. İlginç olarak uterusun afferent ve efferent sinir lifleri distal kolonunki ile aynı yoldan geçer. Bu anatomik ilişkiden dolayı, sezaryen, normal doğum veya uterusun diğer operasyonlarından dolayı buradan kalkan uyarılar S2-S4 düzeyinde parasempatik blokaj yaparlar. Böylece kolonun proksimal bölümü normal olarak çalışırken, distal kolonda inhibitör sempatik aktivite ile distansiyon giderek artar. Ancak bu kadar çok doğum, sezaryen, pelvik operasyona rağmen bu sendromun bu kadar az görülmesi soru işaretleri yaratmaktadır.

1981'de Claymen ve arkadaşları, 2 erkekte ürolojik girişimler sonrası benzer bir durum saptadılar (6).

Ogilvie sendromu, postoperatif dönemdeki hastalarda, major cerrahi komplikasyonlardan biridir (4). Adinamik ince barsak ileus'u ile postoperatif

dönemde genellikle karşılaşılır, fakat genelde kendiliğinden geçer (7). Oysa kolonik psödo-obstruksiyon kendiliğinden geçmeyen adinamik bir ileustur.

Klinikte; abdominal distansiyon, ağrı, bulantı, kusma, barsak alışkanlığında değişme (Genellikle kabızlık ama bazen de diare) ve bazen de ateş gözlenir. Barsak sesleri hiperaktif veya hipoaktif olabilir. Fizik muayenede aşırı bir abdominal hassasiyet vardır. Ateş barsak perforasyonunu gösterir ancak perforasyon olmadan da % 30 olguda ateş olabilir (4,8).

Laboratuvar bulguları tanısız değildir. Ancak direkt üriner sistem grafisinde distal kolon ve rektumda hava olmaksızın dilate kalın barsak ansları, hatta hava-sıvı seviyeleri izlenebilir (9).

Erken dönemde müdahale edilmezse yüksek oranda morbidite hatta mortaliteye neden olur. Hastada oral beslenme kesilir, nazogastrik dekompresyon yapılır, parenteral hidrasyon ile elektrolit dengesi korunur. Narkotik analjezikler ve düz kas stimulanlarından kaçınılır. Mekanik nedenleri ayırt etmek için kolonoskopi yapılabilir.

Çekum çapı 10 cm'yi aşıyorsa, çekum perforasyonunu şüphesi varsa ya da medikal tedaviye yanıt alınmazsa laparotomi yapılır. Amaç sağ kolonun dekompresyonudur. Uygun tedavi ile 3-6 günde geriler.

Sonuç olarak; sezaryen oranının giderek arttığı günümüzde çok ciddi sonuçlar doğurabilecek bu patoloji hakkında obstetrisyenlerin dikkatli olması gerekmektedir. Konu ne kadar iyi bilinirse, gereksiz uygulamalar (laparotomi gibi) da o denli azaltılmış olur.

## KAYNAKLAR

1. **Morton JH, Schwartz SI, Gramak R:** Ileus of the colon. Arc. Surg. 1960; **81**: 425.
2. **Rothwell-Jackson RL:** Idiopathic large bowel obstruction. Br J Surg 1963; **50**: 797.
3. **Zimmerman LM:** Spastic ileus. Surg Gynecol Obstet 1930; **50**: 721.
4. **Ogilvie H:** Large intestine colic due to sympathetic deprivation: A new clinical syndrome. Br Med J 1948; **2**: 671.
5. **Spira IA, Wolff WI:** Gangrene and spontaneous perforation of the cecum as a complication of pseudo-obstruction of the colon: repeat of three cases and speculation as to etiology. Dis Colon Rectum 1976; **19**: 537.
6. **Clayman RV, Reddy P, Nivatvong S.** Acute pseudo-obstruction of the colon: a serious consequence of urologic surgery. J Urol 1981; **126**: 415.
7. **Spira IA, Rodrigues R, Wolff WI:** Pseudo-obstruction of the colon Am J Gastroenterol 1976; **65**: 397.
8. **Ravo B, Pollane M, Kler R:** Pseudo-obstruction of the colon following cesarean section. A review: Dis Colon Rectum 1983; **26**: 440.
9. **Villar HV, Norton LW:** Massive cecal dilation: Pseudo obstruction versus cecal volvulus? Amer J Surg 1979; **137**: 170.
10. **Reece EA, Petrie RH, Hutcherson H:** Ogilvie's syndrome in the post cesarean section patient. Am J Obstet Gynecol 1982; **144**: 849.