



# Akut mide dilatasyonuna bağlı mide nekrozu ve perforasyonu

## Gastric necrosis and perforation caused by acute gastric dilatation

Ebubekir Gündeş, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin, Murat Çakır

### ABSTRACT

Akut gastrik dilatasyon ilk olarak 1833 yılında Duplay tarafından tarif edilmiştir. Biz akut mide dilatasyonuna bağlı mide nekrozu ve perforasyonu saptanan 55 yaşındaki bir erkek hastayı literatür eşliğinde sunmak istedik. Mide nekrozu ve perforasyonu oldukça nadir görülür, çünkü mide zengin bir kan dolaşımına sahiptir. Klinik olarak olguların %90'ından fazlasında kusma şikayeti mevcuttur. Tanıyı ve etyolojiyi ortaya koymada bilgisayarlı tomografi önemlidir. Peritonit bulguları olmayan ve endoskopide nekroz gelişmemiş hastalarda medikal tedavi yararlı olabilir. Cerrahi tedavide geç kalınan olgularda mortalite oranı yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide perforasyonu, mide nekrozu, mide dilatasyonu

### ÖZET

Acute gastric dilatation was first defined by Duplay in 1833. We herein present the case of a 55-year-old male patient diagnosed with gastric necrosis and perforation caused by acute gastric dilatation. Since the stomach has a rich blood circulation, necrosis and perforation are rarely seen. Clinically, more than 90% of cases have complaints of vomiting. The most useful method in revealing the diagnosis and aetiology is computerized tomography. Medical treatment is appropriate for cases where no necrosis and peritonitis findings are detected through endoscopy. Delays in surgical treatment increase the risk of mortality.

**Key Words:** Gastric perforation, gastric necrosis, gastric dilatation

Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Meram Tıp Fakültesi, Genel  
Cerrahi Anabilim Dalı, Konya,  
Türkiye

**Yazışma Adresi**  
**Address for Correspondence**  
**Dr. Ebubekir Gündeş**

Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Meram Tıp Fakültesi, Genel  
Cerrahi Anabilim Dalı, Konya,  
Türkiye  
Tel.: +90 505 860 67 40  
e-posta:  
ebubekir82@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 21.10.2012  
Kabul Tarihi / Accepted: 09.01.2013  
Çevrimiçi Yayın Tarihi /  
Online Available Date: 09.07.2013

©Telif Hakkı 2014 Türk  
Cerrahi Derneği

Makale metnine  
www.ulusalcerrahidergisi.org  
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014 by Turkish  
Surgical Association

Available online at  
www.ulusalcerrahidergisi.org

### GİRİŞ

Nekroz ve perforasyona yol açan mide dilatasyonu çok nadirdir (1, 2). Çoğunlukla postoperatif dönemde görülen bir komplikasyondur. Erken tanı konmadığında, ya da hasta geç dönemde hastaneye başvurduğunda ölüme neden olabilen nekroz ve rüptür gelişebilir (2). Patogenezi halen tartışmalıdır (3). En sık şikâyet kusma olup genelde karın ağrısı ve karın şişkinliği de eşlik eder (4). Nekroz ve perforasyon gelişen olgularda acil operasyon gerekir. Acil servisimize kusma ve karın ağrısı şikâyeti ile başvuran, akut mide dilatasyonuna bağlı mide nekrozu ve perforasyonu saptanan bir olguyu sunmak istedik.

### OLGU SUNUMU

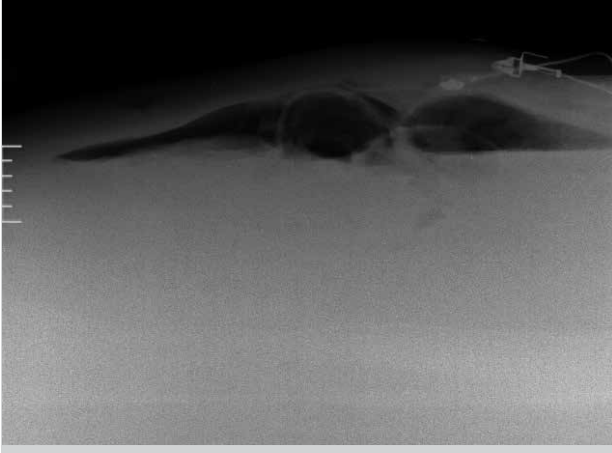
Elli beş yaşında erkek hasta yaklaşık 4 gün önce başlayan bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde 10 yıldır diabetes mellitus ve 3 yıldır kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize girdiği öğrenildi. Muayenesinde hasta endişeli, taşikardik ve hipotansif idi. Ateşi yoktu. Karın distandü görünümde olup barsak sesleri duyulmadı. Defans ve rebaunt vardı. Lökosit değeri 14,000/mm<sup>3</sup>'ün üzerindeydi. Lateral dekübit grafisinde karın içi serbest hava (Şekil 1) mevcuttu. Karın tomografisinde (BT) ise karın içinde serbest hava ve sıvı, mide duvarında intramural hava odacıkları olduğu görüldü (Şekil 2).

Hastaya bu bulgularla akut cerrahi karın ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Operasyonda midenin büyük kurvatur tarafının tamamen nekrotik ve perfore olduğu görüldü (Şekil 3). Karın içerisinde aşırı derecede gıda artıkları olmasına rağmen perfore olan mide dilate ve sindirilmemiş gıda ile dolu idi. Volvulus ya da adezyon yoktu. Çölyak trunkus ve süperior mezenterik arterde pulsasyon alınıyordu. Bu bulgularla hastada akut mide dilatasyonuna bağlı iskemi ve perforasyon düşünüldü. Hastaya total gastrektomi ve Roux-Y özofagojejunostomi işlemi uygulandı. Piyes açıldığında ise midenin kardiya bölümü hariç tüm midenin nekrotik olduğu görüldü (Şekil 4). Patolojik inceleme sonucu iskemik gastropati olarak yorumlandı.

Operasyon sonrası hasta yoğun bakımda takip edildi. Takiplerinin 3. günü sepsis ve pnömoni nedeniyle hasta kaybedildi.

### TARTIŞMA

Akut gastrik dilatasyon ilk olarak 1833'de Duplay tarafından tarif edilmiştir (1). Mide nekrozu ve perforasyonu oldukça nadirdir çünkü mide zengin bir dolaşım sistemine sahiptir. Bildirilen vakaların çoğunluğu



Şekil 1. Lateral dekübit karın grafisinde serbest hava görünümü



Şekil 2. Bilgisayarlı tomografide serbest hava ve mide duvarında intramural hava odacıklarının görünümü

postoperatif hastalardan oluşmaktadır. Diğer nedenler arasında: mide çıkış obstrüksiyonu, retroperitoneal tümörler, anoreksiya nervoza ve bulimia, psikojenik, diabetes mellitus, travma, elektrolit bozuklukları, serebral palsy, diyafragmatik herniasyon, gastrik volvulus bulunmaktadır (2, 3). Patogenezi halen tartışmalıdır (2, 4). Hastamızın öyküsünde, yaklaşık 10 yıllık diabetes mellitus ve 3 yıllık kronik böbrek yetmezliği mevcuttu.

Klinik olarak olguların %90'ından fazlasında kusma şikâyeti mevcuttur. Bunun yanında, epigastrik dolgunluk, karında distansiyon ve ağrı şikâyetleri eşlik eder (5-8). Hastamız acil servise bulantı, kusma ve şiddetli karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu.

Fizik muayenede distansiyon, epigastrik hassasiyet, defans, rebaunt saptanabilir. Ayakta direkt karın grafisinde mide fundusuna ait geniş bir hava sıvı seviyesi, perfore olgularda ise diyafragma altı serbest hava saptanabilir. En yararlı görüntüleme yöntemi karın tomografisidir. Tanı ve etyoloji göstermede yararlıdır (6). Endoskopi ise mide mukozasının durumunu göstermede önemlidir (7). Hastamızın muayenesinde defans ve rebaunt tespit edildi. Çekilen lateral dekübit grafisinde karın içi serbest hava tespit edildi. Çekilen BT'de ise karın içinde serbest hava ve sıvı, mide duvarında intramural hava odacıkları olduğu görüldü.



Şekil 3. Midenin büyük kurvatur tarafının tamamen nekrotik ve perfore olduğu görünüm



Şekil 4. Mide piyesinin açılmış hali

Akut gastrik dilatasyonda mide içeriğinin aşırı artışı mide duvarına baskı oluşturarak nekroz ve perforasyona, vena kava inferiora baskı oluşturarak azalmış venöz dönüş ve hipotansiyona neden olmaktadır. Akut gastrik dilatasyon, nazogastrik dekompresyonu, uygun sıvı ve elektrolit tedavisi ile kontrol altına alınabilir. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi dekompresyona yardımcı olabilir. Medikal tedavi, peritonit bulgularının ve endoskopide nekroz alanlarının olmadığı olgularda uygundur (1, 2).

Nekroz ve perforasyon gelişmiş olgularda cerrahi tedavi gerekir (2). Literatürde akut masif mide dilatasyonlarının çoğunluğu opere edilerek tedavi edilmiştir (1, 2, 9). Nekroz ve perforasyon gelişen olgularda geciken cerrahi sonrası mortalite %80'e varmaktadır (9). Cerrahi tedavi seçenekleri; cerrahi dekompresyon, parsiyel gastrektomi, total gastrektomi ve özofago-jejunostomi, total gastrektomi ile servikal özofagostomi ve beslenme jejunostomisi yapılabilir (1, 2, 4, 8). Operasyonda, midenin totalinin iskemik ve büyük kurvaturdan perfore olduğu görüldü. Bu nedenle total gastrektomi ve Roux-Y özofago-

jejunostomi işlemi uyguladık. Postoperatif 3. gün hasta sepsis ve pnömoni tanıları ile kaybedildi.

## SONUÇ

Akut masif mide dilatasyonu nadir görülmektedir. Erken tanı önemlidir. Tanıyı ve etyolojiyi ortaya koymada BT önemlidir. Peritonit bulguları olmayan ve endoskopide nekroz gelişmemiş hastalarda medikal tedavi denenebilir. Cerrahi tedavide geç kalınan vakalarda mortalite oranı yüksektir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - E.G., A.T.; Verilerin elde edilmesi - T.K., A.T.; Verilerin analizi ve yorumlanması - E.G., M.Ç.; Yazının kaleme alınması - E.G.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Study concept and design - E.G., A.T.; Acquisition of data - T.K., A.T.; Analysis and interpretation of data - E.G., M.Ç.; Preparation of the manuscript - E.G.

## KAYNAKLAR

1. Todd SR, Marshall GT, Tyroch AH. Acute gastric dilatation revisited. *Am Surg* 2000; 66: 709-710.
2. Turan M, Sen M, Canbay E, Karadayi K, Yildiz E. Gastric necrosis and perforation caused by acute gastric dilatation: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 302-304. [\[CrossRef\]](#)
3. Bortul M, Scaramucci M, Tonello C, Spivach A, Liguori G. Gastric wall necrosis from organo-axial volvulus as a late complication of laparoscopic gastric banding. *Obes Surg* 2004; 14: 285-287. [\[CrossRef\]](#)
4. Lim JE, Duke GL, Eachempati SR. Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation, gastric wall pneumatosis and portal venous gas. *Surgery* 2003; 134: 840-843. [\[CrossRef\]](#)
5. Chaun H. Massive gastric dilatation of uncertain etiology. *Can Med Assoc J* 1969; 100: 346-348.
6. Adson DE, Mitchell JE, Trenkner SW. The superior mesenteric artery syndrome and acute gastric dilatation in eating disorders: a case report of two cases and a review of the literature. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 103-114. [\[CrossRef\]](#)
7. Luncă S, Rikkers A, Stănescu A. Acute massive gastric dilatation: severe ischemia and gastric necrosis without perforation. *Rom J Gastroenterol* 2005; 14: 279-283.
8. Holtkamp K, Mogharrebi R, Hanisch C, Schumpelick V, Herpertz-Dahlmann B. Gastric dilatation in a girl with former obesity and atypical anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 372-376. [\[CrossRef\]](#)
9. Koyazounda A, Le Baron JC, Abed N, Daussy D, Lafarie M, Pinsard M. Gastric necrosis caused by acute gastric dilatation. Total gastrectomy. Recovery. *J Chir (Paris)* 1985; 122: 403-407.