

Çift kontrastlı kolon incelemelerinde mobil çekum insidansı

Orhan Oyar, Ahmet Yeşildağ, Murat Özalp, Ufuk Kemal Gülsoy

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı baryumlu kolon radyografilerinde, mobil çekum anomalisinin görülme sıklığını belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Değişik nedenlerle tetkik edilen 450 ardışık olgunun çift kontrast kolon tetkiki retrospektif olarak incelenmiştir. Çekum, yerleşim ve pozisyon ile gösterdiği yer değişikliği açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 450 olgunun 9'unda mobil çekum anomalisi saptanmıştır. Bu 9 olgunun 3'ünde çekum mediale deviye olarak gözlenirken, 4'ünde kendi üzerine katlantı yapmış, 2'sinde ise yüksek konumda izlenmiştir. Tüm mobil çekum olgularında ortak klinik bulgu sağ alt kadrana ağrısı ve karında şişkinlik olarak belirlenmiştir.

SONUÇ

Çalışma grubumuzda mobil çekum anomalisinin %2 oranında görüldüğünü saptadık. Bu anomali, volvulusa neden olabilmesi ya da farklı yerleşimi ile apandisitte değişik semptomatoloji oluşturabilmesinden dolayı önemlidir.

Mobil çekum, sağ kolon mezenterinin lateral peritona fiksasyonundaki yetersizlik sonucu, çekumun serbest ve rotasyona olması şeklinde tanımlanmakta; çekumun anormal yerleşimi ile kendini göstermektedir. Bu çalışmada radyoloji rutininde gerçekleştirilen baryumlu kolon incelemelerinde, mobil çekum anomalisinin görülme oranını belirlemek, ayırıcı tanıda olası varyasyonel-patolojik durumları ve bunların tanınmasında kullanılması gereken radyolojik modaliteleri, literatür bilgileri ışığında gözden geçirmek amaçlanmıştır. Mobil çekum, apandisit farklı semptomatolojide ortaya çıkarması ve volvulus gibi hayatı tehdit edici duruma yol açması nedenleriyle tanımlanması önemli bir antitedir.

Gereç ve yöntem

2001 yılı Ocak ve Temmuz ayları arasında, bölümümüzde çift kontrast kolon tetkiki yapılan olguların grafileri, mobil çekum açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Toplam 450 hastanın 229'u kadın, 221'i erkek olup yaşları 5 ila 75 arasındadır (ortalama yaş 51.5).

Değerlendirmeler inceleme öncesi elde olunan direkt batın grafisi, tetkik sırasındaki kontrastlı spot grafiler ve tetkik bitiminde tüm kolonun görüntülenmesine yönelik ayakta ve yatarak elde olunan masaüstü filmlerle yapılmıştır. Normal olarak sağ fossa iliakada yerleşmiş çekumun, iliak kanat üst kenarı üzerinde yer alması (yüksek konumlu çekum), mediale deviyasyonu, kendi üzerine katlantı göstermesi, yatarak veya ayakta çekilen grafilerde belirgin derecede pozisyon farklılığı göstermesi (ayakta elde olunan grafide iliak fossada lokalizeyken yatarak elde olunan grafide iliak kanat üzerinde yer alması) mobil çekum lehine değerlendirilmiştir. Çekumda yer değişikliği yaratarak mobil çekum görünümüne yol açabilecek patolojik oluşumların dışlanması için çekumda pozisyon anomalisi gösteren tüm olgular ultrasonografik incelemeye alınmıştır.

Bulgular

Değerlendirmeye alınan hastaların 441'inde çekum normal yerleşiminde gözlenmiştir. Üç olguda çekumun mediale doğru deviye olduğu tespit edilmiştir (Resim 1). Dört olguda çekum frontal doğrultuda kendi üzerine katlantı göstermiştir (Resim 2). Bunların 3'ünde apandiks erektil morfolojide ve kraniyale doğru dönük bir şekilde gözlenmiştir (Resim 3). Ayakta ve yatarak elde olunan masaüstü radyogramlarında

O. Oyar (E), A. Yeşildağ, M. Özalp, U. K. Gülsoy
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Isparta

Gelişi: 02.07.2001 / Kabulü: 04.04.2002



Resim 1. Mediale doğru deviyе çekum



Resim 2. Deviyе ve kendi üzerine katlantı gösteren çekum

belirgin derecede pozisyon değişikliği gösteren, yüksek konumlu 2 çekum belirlenmiştir (Resim 4). Çekumda pozisyon değişikliği gözlenen olguların, benzer görünümüne yol açabilecek patolojilerin dışlanmasına yönelik gerçekleştirilen kontrol batın ultrasonografi (US) incelemelerinde, çekumda yer değişikliği yaratabilecek intra ve/veya ekstraparitoneal kitlesel oluşum saptanmamıştır. Buna göre toplam 450 olgunun 9'unda (%2) çekumun normalde farklı pozisyon gösterdiği dikkati çekmiş ve mobil çekum olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma

Çekum, kalın barsağın başlangıç bölümü olup sağ kolonik mezenterin lateral peritona sabitlenmesi neticesinde sağ fossa iliakada yer almaktadır. Embriyolojik gelişim sırasında bu sabitlenmenin yetersizliği neticesinde mobil çekum anomalisi gelişmektedir (1,2). Mobil çekum olgularında gerçekleştirilen operasyonlarda çekum ve çıkan kolonun 15-18 cm'lik bir segmentinde lateral peritona yapışıklık olmadığı belirlenmiştir (1). Fiksasyon yetersizliğinden dolayı çekum ve çıkan kolonda yüksek konumda sonlanım, mediale deviyasyon gözlenebilir

(3,4). Hatta, inguinal kanala doğru herniye bile olabilir (3). Bazen de çekum, kendi üzerine katlantı gösterek, çıkan kolonun önünde, düz bir şekilde uzanır. Oblik pozisyonda elde olunan grafilerde kolaylıkla belirlenebilen bu durum çekal baskül olarak da adlandırılmaktadır (5). Çekumun pozisyonu ile ilgili gösterdiği tüm bu değişiklikler mobil çekum adı altında değerlendirilir (5). Çalışmamızda, çekumun yüksek konumda sonlanması, mediale veya çıkan kolon üzerine olan deviyasyonları mobil çekum adı altında değerlendirilmiştir.

Çekumun anormal pozisyonu mobil çekum dışında malrotasyona bağlı da görülebilir (6). Malrotasyonda çekumun pozisyonu oldukça tanısal olup sağ üst kadranda ya da batın sol tarafında yerleşmiştir (6,7). Olaya genellikle kolonun diğer bölümleri de eşlik eder. Çekumun vücut pozisyon değişikliğine göre yer değişikliği mobil çekumdaki kadar değildir. Bu açıdan çalışmamızda çekumun vücut pozisyonu ile yer değişikliği gösterip göstermediği dikkate alınmıştır.

Hematom, apendiks apsesi, Crohn hastalığı gibi sağ iliak oluktaki kitleler, ektopik sağ böbrek, büyük abdominal (intra ve ekstraparitoneal) ve

pelvik tümöral oluşumlar da çekumda bası ve yer değişikliği yaratabileceğinden mobil çekum anomalisinden ayırt edilmeleri gerekir (6). Bu tür patolojik durumların, çekumda dıştan basıya ve yer değişikliğine, haustralarda yassılaşma veya silinmeye yol açması ayırıcı tanıda önemli birer kriter olmakla birlikte kesin tanıda olası kitlelerin ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi diğer radyolojik modalitelerle doğrulanması gerekir. Bu türden patolojik durumlarda, mobil çekumdan farklı olarak, çekumda gaz yokluğu da söz konusu olacağından tetkik öncesi çekilmiş direkt batın radyogramlarında batın gaz dağılımının dikkatlice değerlendirilmesinde fayda vardır (6). İntestinal malrotasyon, ince barsakların sağda, kolonun solda yerleşimi, süperior mezenterik damarların anormal ilişkisi ve pankreasın unsinat prosesinin aplazisi ile BT'de de teşhis edilebilir (8). Ancak bu konuda baryumlu üst gastrointestinal sistem ve kolon grafilerinin yol göstericiliği ve tanı doğruluğu diğer modalitelerden daha yüksektir (9).

Çekumda ve sağ hemikolonda yarıya doğru yer değişikliği sağ hemidiyafragmada evantrasyon ya da para-



Resim 3. Kendi üzerine katlantı gösteren ve apendiksi erektil morfolojide çekum



Resim 4. Sağ iliak kanatın üzerinde, yüksek konumda sonlanan çekum

lizi sonucu da olabilir (6).

Çalışmamızda, mobil çekum tanısı, olası tümöral-inflamatuvar kitlesel lezyonların batın ultrasonografisi ile kontrol edilip dışlanmasından sonra kesinleştirilmiştir. Yüksek konumda çekuma sahip 2 olgunun sağ hemidiyafragmasında evantrasyo veya paraliziyeye bağlı bir yükselme saptanmıştır. Ayrıca bu olguların baryumlu üst gastrointestinal sistem incelemelerinde, ince barsak anslarında malrotasyona sekonder pozisyon anomalisi gözlenmemiştir.

Mobil çekum sendromu, radyolojik görünüm olarak çekul volvulusa da benzemekle birlikte klinik görünüm bakımından volvulustan farklı olarak kronik sağ alt kadranda ya da periumbilikal bölge ağrısı ve abdominal gas distansiyonu ile karakterizedir (1,2). Bununla birlikte mobil çekumdaki fiksasyon yetersizliği, parsiyel obstrüksiyonun veya volvulusun gelişimi için bir yatkınlık oluşturur (6). Ayrıca çekumdaki pozisyon değişikliğine apendiks de eşlik etmesi, normalden daha farklı yerde bulunan apendiks ise olası apandisitte beklenenden farklı semptomatoloji yaratarak hekimi yanıltması söz konusudur.

Konu ili ilgili az sayıdaki literatürde

çekum ve asendan kolonun anormal mobilitesinin %10-20 sıklıkla görüldüğü rapor edilmektedir (10). Wolfer ve ark. otopsi serilerinde bu anormal mobiliteyi popülasyonun %11.2'sinde saptamışlardır (11). Bizim serimizde bu oran %2 düzeyinde saptanmış olup literatürdeki rakamların altında kalmaktadır. Bu farklılığın, çalışma kapsamına aldığımız olguların, belirli bir periyotta, semptomatik olup kolon filmi çekimi için gönderilmiş ardışık hastalardan teşekkül etmesi; tarama amaçlı çekimleri kapsamaması veya bölgesel-yapısal özelliklerden kaynaklanmış olması muhtemeldir.

Mobil çekum sendromlu tüm hastalarda ortak semptom karında distansiyonla birlikte olan, gaz çıkarmakla ve hareketle azalan kronik ancak intermittan sağ alt kadranda ağrısıdır (1). Olgularımızda gözlemlediğimiz semptomlar sıklık sırasına göre kronik sağ alt kadranda ağrısı, karında şişlik-şişkinlik, konstipasyon olup literatür verileri ile bağdaşmaktadır.

Mobil çekumlu hastaların, çekokeksi adı verilen, serbest parçanın fiksasyonuna yönelik, lateral peritoneal flap kullanılarak tedavi edildiği ve mevcut semptomların ameliyat sonrasında gerilediği veya kaybolduğu bildirilmek-

tedir (1,2). Ayrıca çekokeksi, çekumu sabitleyerek olası bir volvulusu önlemede etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (1).

Sonuç olarak, günlük rutin radyoloji pratiğimizde gerçekleştirdiğimiz kolon grafileri ile kolaylıkla saptayabileceğimiz mobil çekum anomalisinin kesin tanısının, bu görünümü oluşturabilecek diğer patolojik-varyasyonel durumların, direkt grafileri, US ve BT gibi radyolojik görüntüleme modalitelerinden yararlanılarak eliminasyonu yapıldıktan sonra konması doğru olacaktır. Mobil çekum, hayatı tehdit eden volvulusa neden olabilmesi veya beraberindeki apendiks farklı yerleşimi ile olası bir apandisitte değişik semptomatoloji yaratabilmesi nedenleriyle bilinmesi ve tespit edilmesi gereken bir anomalidir.

THE INCIDENCE OF MOBILE CECUM DETECTED BY DOUBLE CONTRAST BARIUM ENEMA

PURPOSE: The purpose of this study is to determine the incidence of mobile cecum anomaly on barium enema.

MATERIALS AND METHODS: Colon radiographs of 450 consecutive patients taken for various reasons were inspected retrospectively. Radiographs were evaluated with respect to localization and position of the cecum.

RESULTS: Mobile cecum was detected in 9 of a total 450 patients. The cecum was seen deviated medially in three cases, folded upwards in four cases and highly positioned in 2 cases. The common symptom and clinical finding in all cases were right lower quadrant pain and abdominal distention.

CONCLUSION: We found that the mobile cecum occurred in 2% of our study group. This anomaly is important because it may cause volvulus and variable symptoms in acute appendicitis.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:384-387

Kaynaklar

1. Rogers RL, Harford FJ. Mobile cecum syndrome. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:399-402.
2. Lee YJ, Lee YA, Liu TJ, Chang TH. Mobile cecum syndrome: a report of two cases. *Chung Hua I Hseueh Tsa Chih (Taipei)* 1996; 5:380-383.
3. Bannister LH. Alimentary system. Chapter 12, In Gray's Anatomy eds: Williams PL, Bannister LH, Berry MM, Collins P, Dyson M, Dussek JE, Fergusson MWJ. Thirty-eight edition, Churchill Livingstone, New York, 1995, 1774.
4. Monie IW. Anatomy-normal and abnormal development. In: Alimentary Tract Roentgenology, eds: Margulis AR, Burhenne HJ. Second edition, The C.V. Mosby Company, Saint Louis 1973, 48.
5. Sutton D. Textbook of Radiology and Medical Imaging. Chapter 32-Colon, Fourth edition, Churchill Livingstone, New York, 1987; 906.
6. Burgener FA, Korman M. Differential Diagnosis in Conventional Radiology. Chapter 3, Displacement of abdominal organs. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1985; 480-482.
7. Long FR, Kramer SS, Markowitz RI, Taylor GE. Radiographic patterns of intestinal malrotation in children. *Radiographics* 1996; 16:547-556.
8. Zissin R, Rathaus V, Oscadchy A, Kots E, Gayer G, Shapiro-Feinberg M. Intestinal malrotation as an incidental finding on CT in adults. *Abdom Imaging* 1999; 24:550-555.
9. Torres AM, Ziegler MM. Malrotation of the intestine. *World J Surg* 1993; 17:326-331.
10. Meyers JR, Heifetz CJ, Baue AE. Cecal volvulus. *Arch Surg* 1972; 104:594-599.
11. Wolfer JA, Beaton LE, Anson BJ. Volvulus of the cecum. Anatomical factors in its etiology: report of a case. *Surg Gynecol Obstet* 1942; 73:882-894.