

AKUT DİVERTİKÜLİTLERE YAKLAŞIM

Dr. Aylin ARSLAN

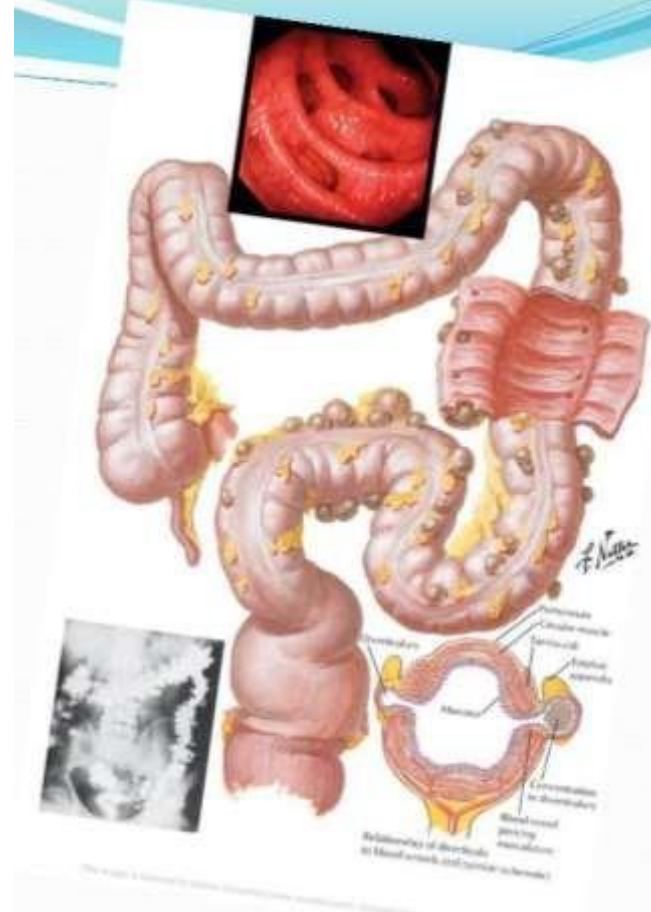
*Prof Dr Cemil Taşçioğlu Şehir
Hastanesi*

Genel Cerrahi Kliniği



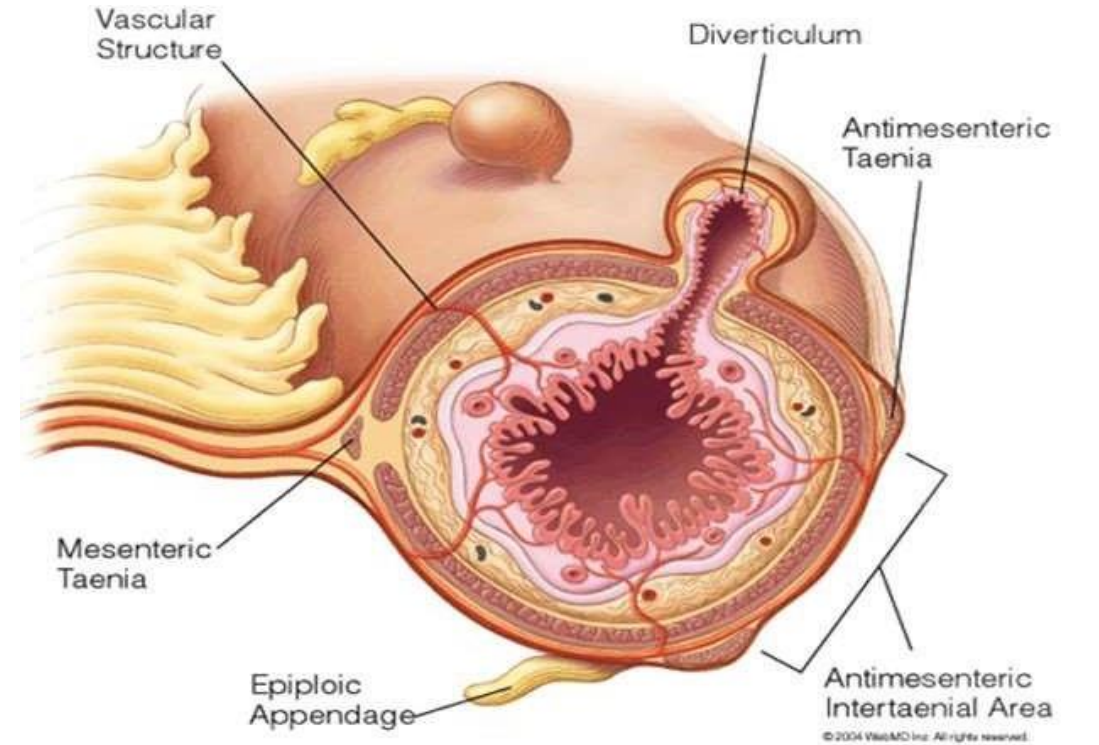
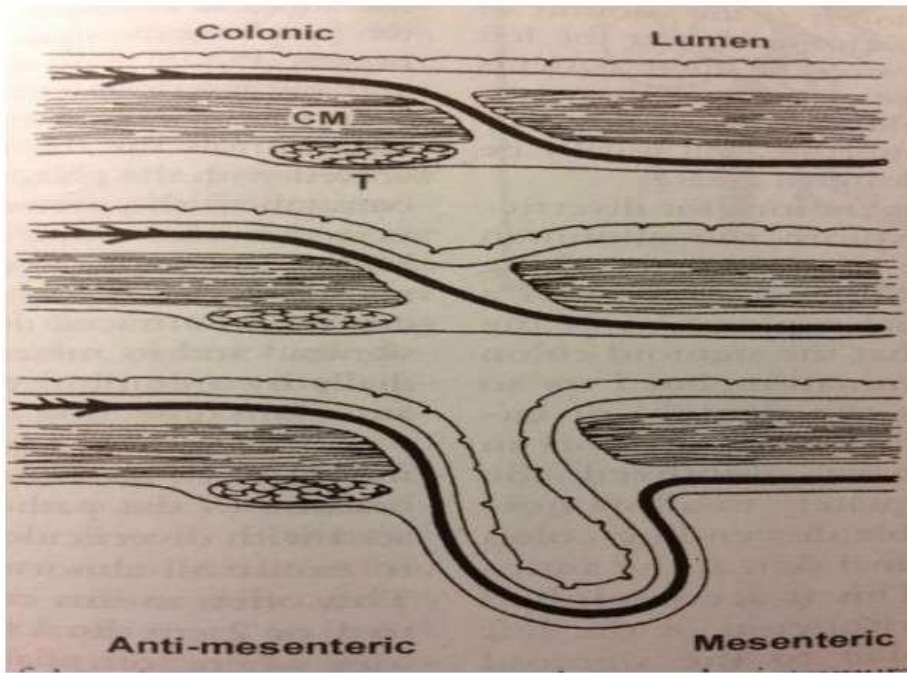
Tanım

- Divertikül içi boş organ duvarından dışarı uzanan anormal kese veya poş olarak tanımlanır
- Gerçek divertikül: barsak duvarının tüm katlarını içerir
- Yalancı divertikül ya da psödodivertikül:tüm katları içermez sadece bir kısım yapıları içerir(örn: mukoza)

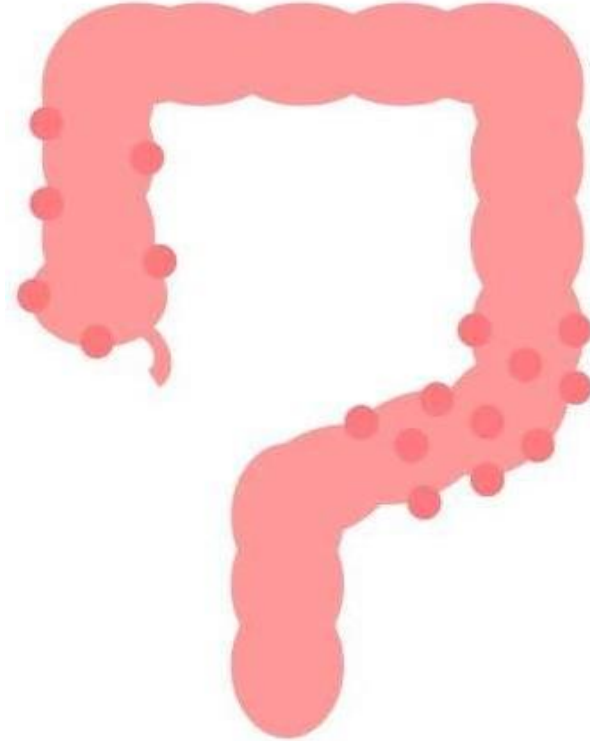


Tanım

Kan damarlarının barsak duvarına girdiği yerlerde olur

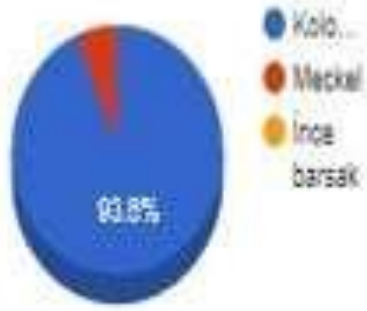


- Asya toplumlarında divertiküllerin %70'i sağ kolonda



- Avrupa ve Amerikada divertiküllerin %90'ı sigmoid kolonda ve sadece %15 hastada sağ kolon divertikülleri mevcut

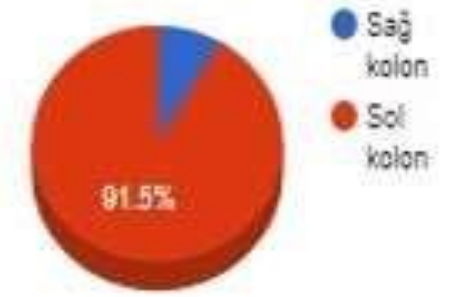
GIS divertikülitleri



Divertikülitler

Genel Özellikler						Lokasyon		
Toplam	Kadın	Erkek	Medikal	Opere	Ex	Kolonik	Meckel	İnce bar
264	127	137	187	73	7	247	16	1

Kolonik divertikülitler



Kolonik Divertikülitler

Toplam	Kadın	Erkek	Medikal	Opere	Ex	Kolonik	İnce barsak
247	123	124	187	58	7		
O Yaş	EB Yaş	EK Yaş	O Yatış	PO yatış	En uzun yatış		
55.58	97	16	4.9	10.5			

SolKolon	Sağ Kolon	Bilateral	Çekal
226	21		17

Hinchey evreleme

Hinchey 1	Hinchey 2	Hinchey 3	Hinchey 4	Boş
160 %0.0	25 %0.0	32 %0.0	5 %0.0	%
H E1 Exler	H E2 Exler	H E3 Exler	H E4 Exler	Boş
0: %0	1: %14.29	4: %57.14	2 : %28.57	%

Medikal	Hartman P.	Anterior R	Lavaj	Perkütan	Medikal Ex	Hartman Ex	Anterior Ex	P lavajı ex	Perkütan ex
187: %0.0	29: %0.0	3: %0.0	10: %0.0	8: %0.0	: %yok	5: %71.43	1: %14.29	1 : %14.29	: %yok

Etyoloji

- Divertiküloz bir yoksunluk hastalığıdır: diyetle lif yoksunluğu
- Az dışkı hacmi
- Uzun transit zamanı
- Artmış lümen içi basınç



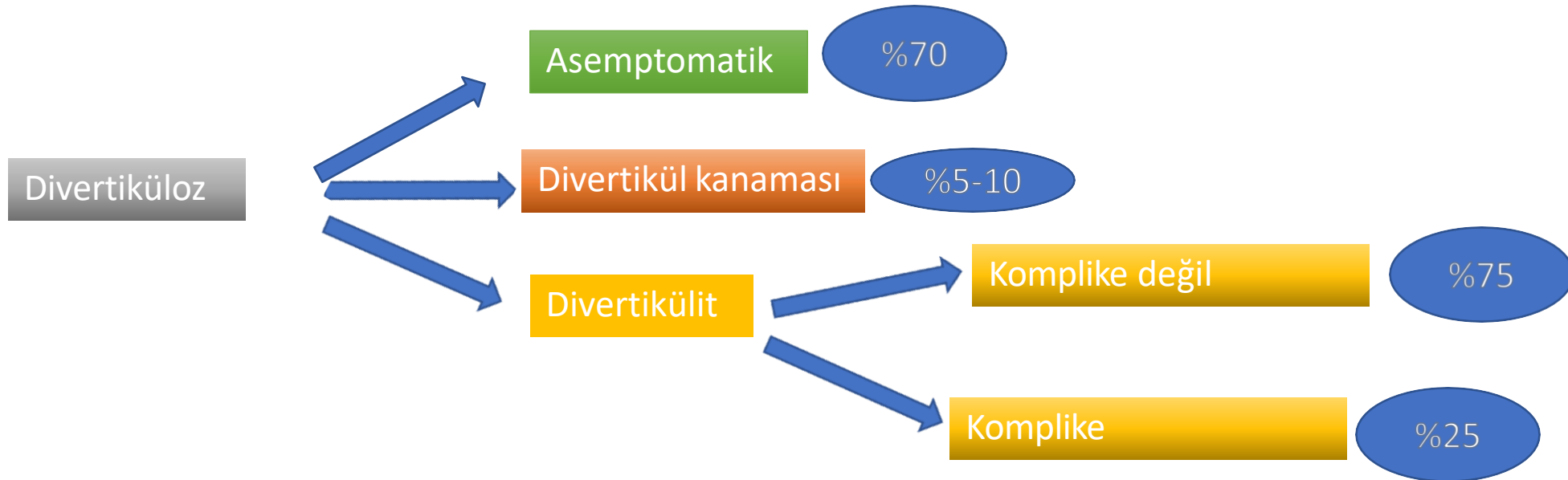
Divertiküler hastalık spektrumu

Divertikülozis

Divertikülit

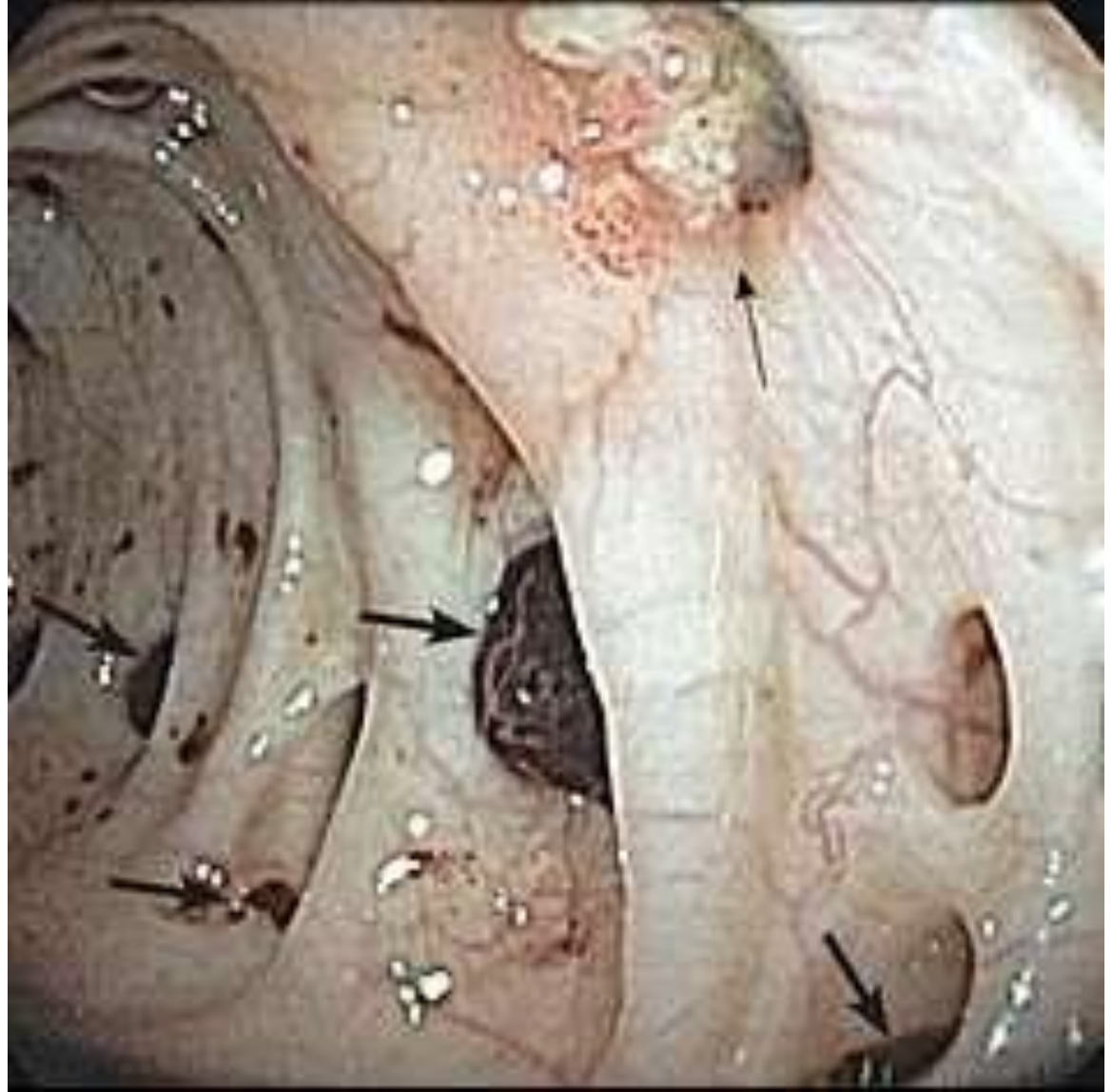
Divertiküler
kanama

Divertikülozun doğal seyri



Divertikülit

- Divertikülde olan mikroperforasyon-inflamasyon flegmon oluşumuna yol açar.
- Divertikülü olan hastalarda sıklık %10-%25 arasında
 - %75 komplike olmayan
 - %25 komplike
- Divertiküloz tanısından sonra geçen süre ile sıklık artar
 - 5 yılda %10
 - 20 yılda %35



Risk faktörleri

- Azalmış fizik aktivite
- NSAID kullanımı
- Sigara kullanımı
- Herhangi bir sebepten olan kabızlık
- Yaşla görülme sıklığı artar
- Diyet
- Obezite

Semptomlar

- Ateş
- Sol alt kadran ağrısı
- Düzensiz barsak hareketleri
- Çeşitli üriner yakınmalar

Bulgular

- Klasik triad:
 - ateş,
 - sol alt kadran ağrısı,
 - Lökositoz
- Nadiren kitle hissedilir
- Obstrüksiyon: distansiyon+hassasiyet
- Perforasyon: peritonit+sepsis

Laboratuvar

- Lökositöz (%20-40 hastada normal)
- ↑ ESR
- ↑ CRP (öz. 50 mg/dl üstü)
- GGK?
- KCFT
- β -HCG

Tanı

- USG gerçek zamanlı kolay ulaşılabilen ve BT'ye götürülemeyecek kritik hastaların tanısında önemli rol oynayabilir.
- Ayırıcı tanıları konusunda yardımcı
- Kısıtlamaları:
 - Yapan kişiye bağımlı,
 - Obez hastalarda yetersiz değerlendirme,
 - Serbest gaz ve derin yerleşimli abseleri tespit etmede zorluk

BT tanı kriterleri

- ❖ Sigmoid divertikül varlığı
- ❖ Perikolonik yağlı dokunun infiltrasyonu
- ❖ Kalınlaşmış kolon duvarı ($>4\text{mm}$)
- ❖ Kalınlaşmış kolon duvarında sıvı ya da kontrast birikimi
- ❖ İnflame sigmoid kolonla birlikte olan pelvik abse
- ❖ İnflame sigmoid kolonla birlikte pelvis dışı abse ve/veya peritonit
- ❖ Fistül oluşumu (öz. Sigmoidovezikal)

- 
- 
- Karsinomdan ziyade divertikülit düşündüren bazı bulgular
 - ❖ Normal ve hastalıklı kolon arasında keskin değil kademeli geçiş
 - ❖ Anormal segmentte normal mukoza
 - ❖ Uzun etkilenmiş kısım (>6 cm)
 - ❖ Sağlam mukoza varlığında kolonu deforme eden intramural kitle.

Mezenterik infiltrasyon

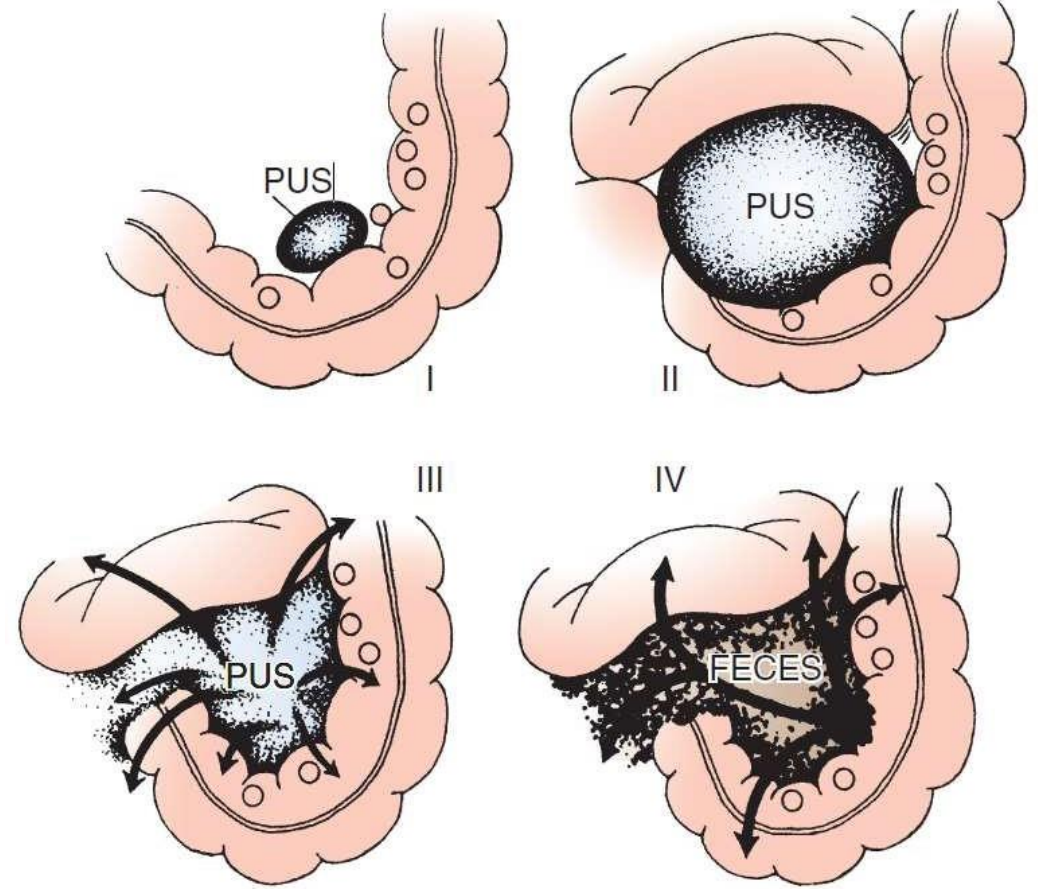
**Kalınlaşmış
barsak duvarı**



Divertikül

Hinchey sınıflaması

- Evre I: perikolik abse ile olan divertikülit
- Evre II: uzak bölgede olan abse (pelvik)
- Evre III: pürülan peritonit
- Evre IV: fekal peritonit



Toplam hasta sayısı: 231... Ortalama yas: ...Kadın sayısı:114... Erkek sayısı:117... Ex sayısı:7

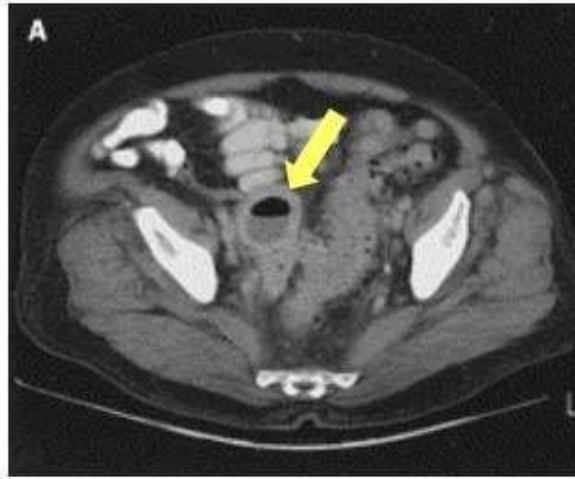
Sol kolon Divertikülitli hastaların özet istatistiksel tablosu

Toplam	Kadın S	Erkek S	Exitus S	En büyük	En küçük	Ortalama y.	Ort Yatış /gün	Ort Postop Yatış /gün	Çekal D.	SolKolon D
231	114	117	7	97	23	55.39	4.9	10.7	17	222

HINCHEY 1	HINCHEY 2	HINCHEY 3	HINCHEY 4	BOŞ KOLON	HINCHEY 1 Exler	HINCHEY 2 Exler	HINCHEY 3 Exler	HINCHEY 4 Exler
160 : %72.1	25 : %11.3	32 : %14.4	5 : %2.3	: %	0: %0	1: %14.29	4: %57.14	2 : %28.57

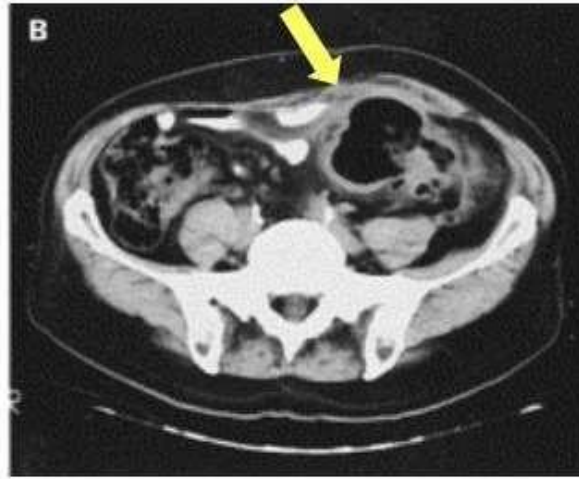
Medikal	Opere olan	Hartman Prosedürü	Anterior	Lavaj	Perkütan	Medikal Exler Exler	Hartman Exleri Exler	Anterior Exleri	P lavajı exleri	
176: %79.3	54: %	28: %12.6	3: %1.4	10: %4.5	7: %3.2	: %yok	5: %71.43	1: %14.29	1 : %14.29	: %yok

Divertiküler apse BT görüntüleri



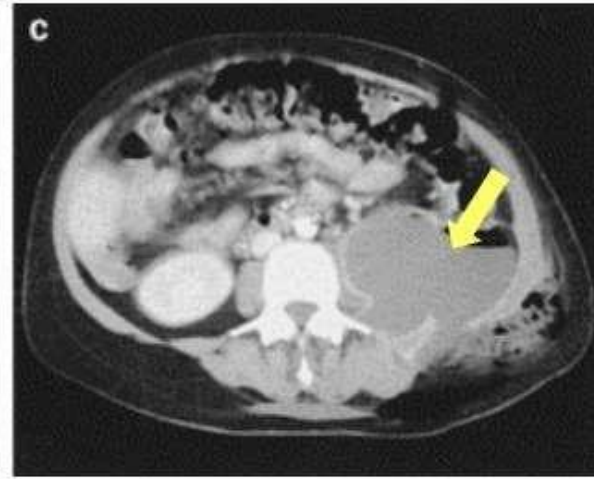
Sigmoid divertikülitte sınırlı apse

Hinchey Evre I



Büyük, hava içeren divertiküler apse

Hinchey Evre II



Retroperitona penetre büyük divertiküler apse

Kolonoskopi??

- Akut dönemde perforasyon riskini arttırdığından önerilmiyor
- Akut dönemden 6-8 hafta sonra
- Tanıyı doğrular, maligniteyi ekarte eder
- Güncel yaklaşımda ilk ataktan sonra kılavuzlar rutin kolonoskopiyi öneriyor.



- 319 hastaya atak sonrası kolonoskopi
 - 23 (%2.1) hastada kolon kanseri
 - Apsesi olanlarda 6.7 kat
 - Lokal perforasyonu olanlarda 4 kat
 - Fistül olanlarda 18 kat artmış risk
- Sonuç: kolonoskopinin rutin kullanılması öneriliyor

ORIGINAL CONTRIBUTION

Is Colonoscopy Still Mandatory After a CT Diagnosis of Left-Sided Diverticulitis: Can Colorectal Cancer be Confidently Excluded?

K. C. Lau, M.B.B.S., F.R.A.C.S.¹ • K. Spilsbury, Ph.D.² • Y. Farooque, M.B.B.S.¹
S. B. Kariyawasam, M.B.B.S., F.R.A.C.S.¹ • R. G. Owen, M.B.B.S.¹
M. H. Wallace, M.S., F.R.C.S.^{1,3} • G. B. Makin, M.B.B.S., F.R.A.C.S.¹

¹ Department of Surgery, Fremantle Hospital, Fremantle, Western Australia, Australia

² Curtin Health Innovation Research Institute – Population Health, Curtin University, Perth, Western Australia, Australia

³ Department of Surgery, University of Western Australia, Perth, Western Australia, Australia

- Malignite risk oranları
 - Komplike olmayan %0.7
 - Komplike %10.8
- Komplike olmayanlarda düşük riskten dolayı rutin kolonoskopi gerekli olmayabilir
- Komplike divertikülit hastalarında kolonoskopi yapılmalıdır.

META-ANALYSIS

Systematic Review and Meta-analysis of the Role of Routine Colonic Evaluation After Radiologically Confirmed Acute Diverticulitis

Prashant V. Sharma, FRACS, Timothy Eglinton, FRACS,* Phil Hider, FAFPHM, RACP,† and Frank Frizelle, FRACS**

Ayırıcı tanı

- Kolon kanserleri
- İBH
- İskemik kolit
- Pyelonefrit
- Apandisit
- PİH
- İBS

Ayırıcı tanı

- Crohn düşündüren bazı bulgular
 - Rektal kanama
 - Perianal inflamasyon
 - Atipik fistüller
 - Ekstraintestinal bulgular
 - Çoklu ameliyatlar
 - Post-op komplikasyonlar
- Divertikülit hastaları daha yaşlıdır ve daha lokalize ağrı tarifler
- Devam eden ishal inflamatuvar barsak hastalığının göstergesidir.

- Divertikülozlu hastalarda divertikülit andıran karın ağrıları olabilir. (SUDD)
- Ağrılı divertiküloz tanımı karın ağrısı atakları ve düzensiz barsak alışkanlıklarını tarifler.
- Bu durum ve diğer bir karın ağrısı nedeni irrtabl barsak sendromu (İBS) yüksek lifli diyet, artmış sıvı alımı ve antispasmotik ilaçlarla tedavi edilir.

- Komplike olmamış divertikülit
- Komplike divertikülit

Komplike olmayan divertikülit

- Karın ağrısı, ateş, artmış lökosit
- Tanı klinikle konur
- Abse, perforasyon, stenoz, fistül yoktur
- BT
 - Şart değil
 - Başvuruda ciddi klinik bulgu varsa
 - Atipik semptom
 - Hastayı tekrar değerlendir

Komplike olmayan divertikülit

- >%70 hastada tam düzelme sağlanır.
- Tablonun yatışıp, düzelmenin sağlanmasından sonra malignite ekastasyonu açısından kolonoskopi yapılabilir.

Komplike divertikülit

- Abse
- Fistül
- Serbest perforasyon
- Jeneralize peritonit
- Barsak tıkanıklığı

Fistül

- %5'ten az hastada fistül görülür
- Tanı klinik ile konur.
- Çoğu, görüntülemeye görülemez
- En sık %50-%65 oranında kolovezikal fistüller görülür.
- Kolovajinal fistüller genelde histerektomi olan kadınlarda görülür.
- Kolokütanöz fistüller nadiren spontan olurlar ve Crohn hastalığı şüphesini arttırmalıdır.

Fistül

- Amaç fistüle neden olan patolojiyi saptamak(kanser?, İBH? Divertikülit?
- Amaç: akut atağı tedavi etmek, elektif rezeksiyon+anastomoz
- Tek aşamalı fistül rezeksiyonu ve primer anastomoz %75 hastada yapılabilmekte

Jeneralize peritonit

- Akut divertikülitlerin %1-%2'sinde görülür.
- Mortalite: %20-30
- Hinchey III-IV
- Steroid kullanan bağışıklığı baskılanmış hastalar risk altındadır.
- Acil ameliyat gerektirir.

Barsak tıkanıklığı

- Divertiküler hastalık için yapılan ameliyatların %10'unda barsak tıkanıklığı saptansa da, akut divertikülit hastalarında yüksek dereceli tıkanıklık riski %3 civarındadır.
- Barsak tıkanıklığı olan %10 hastada sebep olarak divertikülit saptanabilir.
- Çepeçevre duvar kalınlaşması ve fibrozis, pelvise yapışan kolon duvarındaki açılanma artışı obstrüksiyon sebebidir.
- Hastalar kronik kabızlık ve incelmış dışkılamadan şikayet eder.
- Tıkanıklık zaman zaman total olsa da tipik olarak kısmidir.

Tedavi

- Medikal tedavi %70-80 hastada başarılı olur.
- Hinchey evre I ve II: antibiyotik ve drenaj
- Hinchey evre III ve IV : cerrahi
 - %1-2 vakada görülür
 - Mortalite %20-%30

Toplam hasta sayısı: 231... Ortalama yas: ...Kadın sayısı:114... Erkek sayısı:117... Ex sayısı:7

Sol kolon Divertikülitli hastaların özet istatistiksel tablosu

Toplam	Kadın S	Erkek S	Exitus S	En büyük	En küçük	Ortalama y.	Ort Yatış /gün	Ort Postop Yatış /gün	Çekal D.	SolKolon D
231	114	117	7	97	23	55.39	4.9	10.7	17	222

HINCHEY 1	HINCHEY 2	HINCHEY 3	HINCHEY 4	BOŞ KOLON	HINCHEY 1 Exler	HINCHEY 2 Exler	HINCHEY 3 Exler	HINCHEY 4 Exler
160 : %72.1	25 : %11.3	32 : %14.4	5 : %2.3	: %	0: %0	1: %14.29	4: %57.14	2 : %28.57

Medikal	Opere olan	Hartman Prosedürü	Anterior	Lavaj	Perkütan	Medikal Exler Exler	Hartman Exleri Exler	Anterior Exleri	P lavajı exleri	
176: %79.3	54: %	28: %12.6	3: %1.4	10: %4.5	7: %3.2	: %yok	5: %71.43	1: %14.29	1 : %14.29	: %yok

WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting

Komplike olmayan

- Evre 0 divertikül, kolon duvarında kalınlaşma veya perikolik yağlı dokuda yoğunluk artışı

Komplike

- Evre 1a perikolik hava baloncukları veya apse olmadan az miktarda perikolik sıvı (etkilenen kolon segmentine en fazla 5 cm mesafede)
- Evre 1b Apse $\leq$ 4 cm
- Evre 2a Apse $>$ 4 cm
- Evre 2b Uzak mesafede hava (inflame barsak alanına >5 cm uzakta)
- Evre 3 Serbest hava olmaksızın yaygın sıvı (barsakta perforasyon yok)
- Evre 4 Uzak mesafede serbest hava ile birlikte olan yaygın sıvı (barsakta perforasyon mevcut)

Tedavi-komplike olmamış divertikülit

- Ayaktan tedavi- Ne zaman?
 - Hafif semptomlar
 - Periton irritasyon bulguları yok
 - Oral alımı tolere edebilen hastalar
 - Ailesel destek alınabilen hastalar
- Bu hastalar berrak sıvı diyet, oral antibiyotik ile tedavi edilebilir
- Aerob ve anaerob organizmaları kapsayan antibiyotik (*Escherichia coli*, *Streptococcus* türleri ve *Bacteroides fragilis*)

- AVOD çalışması: Çok merkezli RKÇ (2012)
- İsveçten 10, İzlandadan 1 cerrahi merkezi
- 623 hasta
- Komplike olmayan divertikülitte antibiyotik verilen/verilmeyen
- Komplikasyon oranları benzer (%1.9-%1.0)
- HKS aynı (3 gün)
- **Sonuç: akut komplike olmayan divertikülitte antibiyotik iyileşmeyi hızlandırmadığı gibi komplikasyon ve nüksleri de engellemez.**

Randomized clinical trial

Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis

A. Chabok¹, L. Pahlman², F. Hjern³, S. Haapaniemi⁴ and K. Smedh¹, for the AVOD Study Group

¹Colorectal Unit, Department of Surgery, and Centre for Clinical Research Uppsala University, Västmanlands Hospital, Västerås, ²Colorectal Unit, Department of Surgical Sciences, Uppsala University, Uppsala, ³Division of Surgery, Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital, Karolinska Institute, Stockholm, and ⁴Department of Surgery, Vrinnevi Hospital, Norrköping, Sweden

Correspondence to: Dr K. Smedh, Department of Surgery, Central Hospital, SE-72189 Västerås, Sweden (e-mail: kenneth.smedh@rv.se)

- DIVER çalışması: çokmerkezli RKÇ, *Ann Surg Jan 2014*
- İspanya 5 hastane, 132 hasta
- Komplike olmayan divertikülit hastalarında (BT ile doğrulanmış) ayaktan ve yatarak tedavi karşılaştırılmış. (Ab verilmiş)
- Tedavi başarısızlığı benzer
- Maliyet ayaktan hastada 3 kat daha az
- Yaşam kalitesinde anlamlı fark yok.
- Sonuç: seçilmiş komplike olmayan divertikülitlerde ayaktan tedavi güvenli ve etkili bir tedavidir.

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Outpatient Versus Hospitalization Management for Uncomplicated Diverticulitis

A Prospective, Multicenter Randomized Clinical Trial (DIVER Trial)

Sebastiano Biondo, MD, PhD, Thomas Golda, MD, PhD,* Esther Kreisler, MD, PhD,* Eloy Espin, MD, PhD,†
Francesc Vallribera, MD, PhD,† Fabiola Oteiza, MD, PhD,‡ Antonio Codina-Cazador, MD, PhD,§
Marcel Pujadas, MD,§ and Blas Flor, MD, PhD||*

- Hastane yatışı ne zaman?
 - Yaşlı hasta
 - Bağışıklığı baskılanmış
 - Ciddi komorbiditelerin varlığı
 - Yüksek ateş / ciddi lökositoz
- Barsak istirahati / intravenöz sıvı
- Geniş spektrumlu antibiyotik

➤ Bağıışıklığı baskılanmış hastalar sebeplerine göre 5 grupta değerdendirilir:

- Grup I, kronik kortikosteroid tedavisi alanlar;
- Grup II, transplant hastaları;
- Grup III, malignite hastaları;
- Grup IV, kronik böbrek yetmezliğı;
- Grup V, diğder immünsüpresif tedavi alanlar

- Eğer düzelme devam ederse hasta taburcu edilip 7-10 gün oral antibiyotik devam edilebilir.
- Konservatif medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda komplikasyon açısından değerlendirme yapılarak alternatif tanılar düşünülmeli ve gerekirse cerrahi planlanmalıdır.

Komplike olmuş divertikülit (Hinchey evre I)

- Küçük perikolik apseler
- Girişimsel işlem olmadan geniş spektrumlu AB tedavisi ve barsak istirahati
- Eğer hastanın birkaç gün içerisinde ağrı, ateş, hassasiyet ve lökositozunda düzelme olmazsa absenin devam ettiğini düşündürür
- Bu durumda  Perkütan drenaj

Hinchey Evre II

- Tek aşamalı operasyon (rezeksiyon+anastomoz?)
- İki aşamalı operasyon (Hartmann prosedürü?)
- BT eşliğinde drenaj?



Hinchey Evre III ve IV

Cerrahi acil olarak kabul
edilir ve ameliyat gerektirir.



Cerrahide amaçlar

- Sepsisi kontrol altına almak
- Hastalıklı tüm dokuyu uzaklaştırmak
- Mümkünse intestinal bütünlüğü saėlamak ($\pm$ stoma)
- Morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek

Acil cerrahi girişim

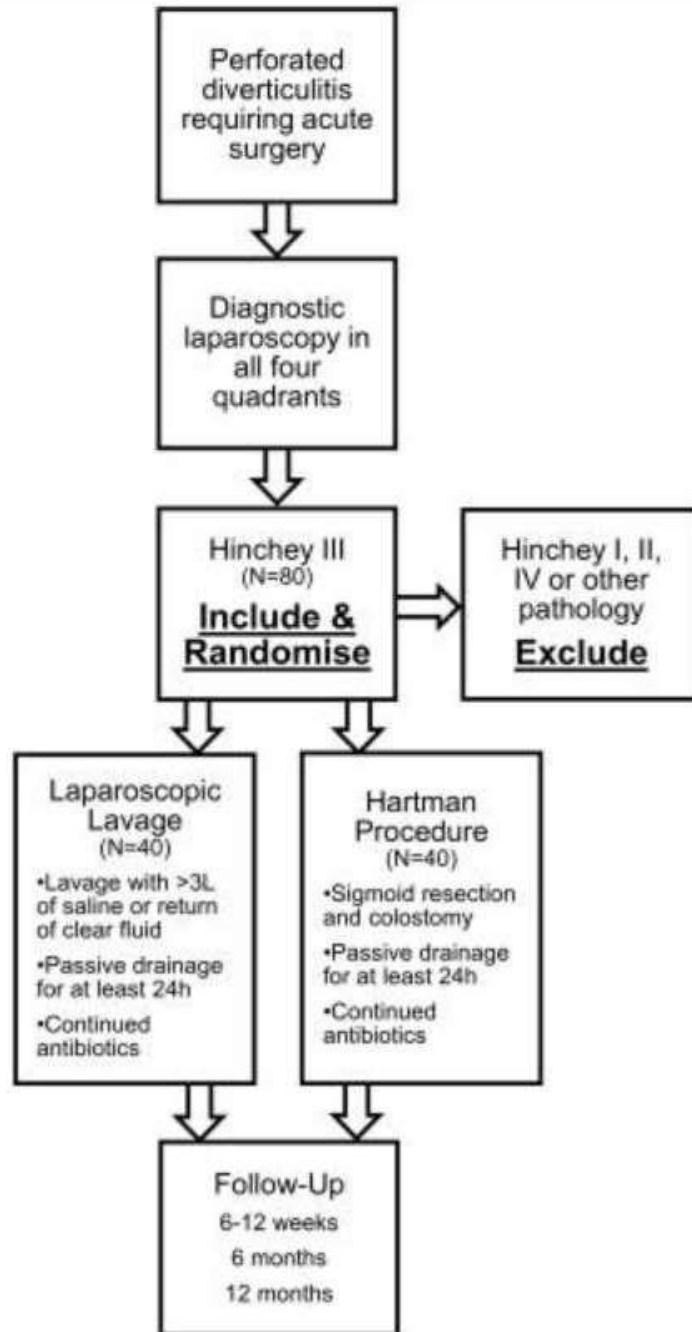
- Salem ve Flum ve ark. Meta-analiz çalışması
- 569 vaka, 50 merkezin incelendiği bir meta-analizde primer anastomoz (PA) ve Hartmann prosedürü (HP) karşılaştırılmış.
- Mortalite ve morbiditenin HP grubunda yüksek olduğu görülmüş.
- Sonuç: PA güvenli bir yöntemdir.
- Bu yüzden sol kolon divertikülitlerinde
 - PA+saptırıcı ileostomi yapılabilir
 - Yüksek stoma kapatılabilirliği
 - Düşük komplikasyon oranları ile güvenilir, kısa hastanede yatış ve düşük maliyet

Laparoskopik lavaj

- Perfore divertikülitler için çok uygulayan merkezlerde vaka seçimi ile kullanımı artmıştır.
- Laparaskopi deneyimi ve becerisinin artması, BT görüntülemedeki gelişmeler kullanımını yaygınlaştırdı.
- İlk kez İrlandada 1996 yılında O'Sullivan ve ark. Tarafından tanımlanmıştır
 - 2009'da 100 hasta yayınladılar-%93 başarı
 - 2012'de 427 hastada %14 morbidite bildirmişler
- Genelde Hinchey III vakalarda kullanılıyor.
- Başarısızlıkları:
 - Fistül oluşumu
 - Devam eden sepsis-yetersiz yıkama- gözden kaçan sıvı birikimleri

Treatment of acute diverticulitis laparoscopic lavage vs. resection (DILALA): study protocol for a randomised controlled trial

[Anders Thornell](#),¹ [Eva Angenete](#),² [Elisabeth Gonzales](#),² [Jane Heath](#),² [Per Jess](#),³ [Zoltan Läckberg](#),⁴ [Henrik Ovesen](#),³ [Jacob Rosenberg](#),⁵ [Stefan Skullman](#),⁶ and [Eva Haglind](#),² the Scandinavian Surgical Outcomes Research Group, SSORG ssorg@vgregion.se



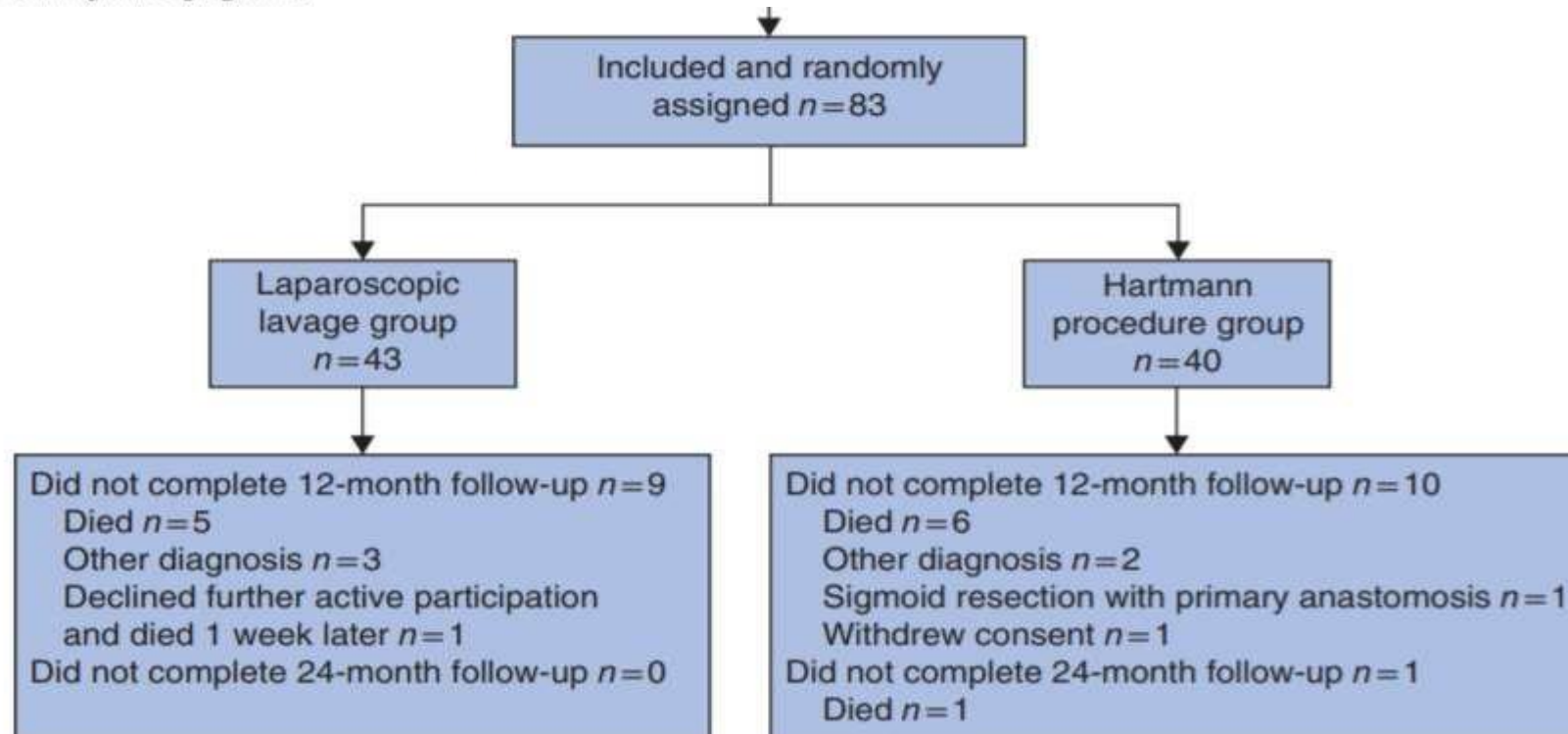
- DILALA çalışması-2011’de yayınlanmış
- LL ile HP karşılaştırması
- 40-40 randomize prospektif
 - 6-12 hafta
 - 6 ay
 - 12 ay

Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis

A. Kohl¹, J. Rosenberg¹, D. Bock³, T. Bisgaard², S. Skullman⁴, A. Thornell³, J. Gehrman³, E. Angenete³ and E. Haglind³ 

¹Centre for Perioperative Optimization, Department of Surgery, Herlev Hospital, Herlev, and Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, and ²GastroUnit, Surgical Division, Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Hvidovre, Denmark, and ³Department of Surgery, Institute of Clinical Sciences, Scandinavian Surgical Outcomes Research Group, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sahlgrenska University Hospital/Östra, Gothenburg, and ⁴Department of Surgery, Skövde Hospital, Skövde, Sweden

Correspondence to: Professor E. Haglind, Department of Surgery, Institute of Clinical Sciences, Scandinavian Surgical Outcomes Research Group, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sahlgrenska University Hospital/Östra, SE-416 85 Göteborg, Sweden (e-mail: eva.haglind@vgregion.se)



	Laparoscopic lavage (<i>n</i> = 43)	Hartmann's procedure (<i>n</i> = 40)	Unadjusted analysis		Ratio (adjusted analysis) ^{†‡}
			Ratio [†]	<i>P</i>	
Patients who had ≥ 1 reoperation	18	27	0.55 (0.36, 0.84)	0.012	0.49 (0.30, 0.81)
No. of secondary operations per patient					
0	25	13			
1	12	17			
2	3	8			
≥ 3	3	2			
Mean(s.d.)	0.63(0.90)	1.08(1.16)	0.51 (0.31, 0.87)	0.024	0.47 (0.27, 0.83)
No. of admissions per patient*	1.37(1.48)	1.50(1.45)	0.76 (0.50, 1.18)	0.221	0.72 (0.46, 1.11)
Total duration of hospital stay per patient (days)*	18(14)	24(25)	0.34 (0.11, 1.03)	0.114	0.73 (0.35, 1.49)
No. of patients with a stoma at 24 months	3	9			

Elektif cerrahi

- Bir kez komplike divertikülit atağı geçiren hastalar
- İki kez hastane yatışı gerektirecek kadar ciddi divertikülit atağı geçiren hastalar
- Akut divertikülit atağı geçiren genç ve bağıışıklığı baskılanmış hastalar
- Çoğu perforasyon ve komplikasyonlar ilk atakta olur
- Bu nedenle komplike olmayan atak sonrası elektif rezeksiyon, sonraki acil cerrahi gereksinimini ve genel mortaliteyi etkilemeyebilir
- Elektif sigmoid rezeksiyon kararı hasta özelinde planlanmalıdır.

Rezeksiyon sonrası nüks?

- Kolektomi sonrası nüks divertikülit nadirdir (%3-13)
- En fazla %3 hastada tekrar rezeksiyon gerektirir.
- Nüksün en önemli belirteci anastomoz seviyesidir.
- Kolorektalden ziyade kolosigmoid anastomozda nüks 4 kat daha fazladır.
- Nüksü azaltmak için üst rektuma anastomoz yapılmalıdır.

Özet

- Kolonoskopi tüm hastalarda yapılamasa da en azından komplike olanlarda atak sonrasında yapılmalı
- Komplike olmayan hastalarda yatış ve antibiyotik gerekmebilir.
- Elektif cerrahi kararı hasta özelinde verilmeli
- Acil rezeksiyonlarda PA+saptırıcı ileostomi Hartmann prosedüründen daha iyi sonuçlara sahip
- Laparoskopik lavaj giderek kullanımı artan bir yöntem
- Nüksü azaltmak için anastomoz seviyesi rektumda olmalı

Teşekkür ederim...