

# Nadir Görülen Nedeni Bilinmeyen Ateş Olgusu: Ogilvie Sendromu

## A Rare Case of Fever of Unknown Origin: Ogilvie Syndrome

Semiha ORHAN,<sup>a</sup>  
Nurettin AY,<sup>b</sup>  
Kadriye TANAS<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Genel Cerrahi Kliniği,  
<sup>c</sup>İç Hastalıkları Kliniği,  
Oltu Devlet Hastanesi, Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 17.01.2012  
Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Semiha ORHAN  
Oltu Devlet Hastanesi,  
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum,  
TÜRKİYE/TURKEY  
semihaorhan@yahoo.com

**ÖZET** Ogilvie sendromu, mekanik bir neden olmaksızın, kolonun belirgin dilatasyonu ile karakterize gastrointestinal sistem hastalığıdır. Patogenezi; tam olarak aydınlatılmamış olan bu sendromun, etiolojisinden medikal ve cerrahi pek çok patoloji sorumlu tutulmaktadır. Elektrolit imbalansı, sistemik enfeksiyonlar, bazı ilaçlar, bazen de nörolojik hastalıklar bu duruma neden olabilir. Enterik sinir ve kas sistemindeki dejenerasyonlara bağlı olarak da görülür. Ogilvie sendromu, kendine özgü laboratuvar ve fizik muayene bulguları olmadığı için ancak düşünüldüğünde tanı konulabilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayakta direkt batın grafisinde ve ultrasonografide, kolonda massif genişleme vardır. Çalışmamıza 10 günden beri ateş yüksekliği nedeni ile takip edilen 42 yaşında erkek hasta alındı. İntraoperatif olarak tanısı konuldu. Olgumuzda preoperatif ayakta direkt batın grafisinde kolonik dilatasyon tespit edilmedi. Erken tanı ve tedavinin ciddi morbidite ve mortaliteyi önlediği bu sendromun; başlangıç tedavisi konservatiftir ve neostigmin tedavisi genellikle başarılıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonik psödo-obstrüksiyon; neostigmin

**ABSTRACT** Ogilvie syndrome is a gastrointestinal system disease which is characterized with significant dilatation of 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. Many factors have been associated with this syndrome which include electrolyte imbalance, systemic infection, drugs, and occasionally, neurologic disease. It may be due to myogenic and neurogenic degeneration in the intestines. Having no specific clinic and laboratory criteria, Ogilvie syndrome apparently could be diagnosed if preoperatively presumed. Plain radiography and ultrasonography reveal massive dilatation of the colon. Here we present a 42-year-old man admitted to hospital with high fever lasting for 10 days. Preoperative plain radiography revealed no colonic dilatation. Diagnosis of Ogilvie syndrome was done intraoperatively. As early diagnosis and therapy significantly decrease the incidence of mortality and morbidity, the initial treatment is conservative, and neostigmine treatment is generally successful.

**Key Words:** Colonic pseudo-obstruction; neostigmine

Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2012;19(2):88-90

Ogilvie sendromu ya da diğer adıyla akut kolonik psödoobstrüksiyon mekanik obstrüksiyon olmaksızın kolonun aşırı derecede dilatasyonu ile obstrüksiyon bulguları oluşturan sendromdur ve ilk kez 1948 yılında Ogilvie tarafından tarif edilmiştir.<sup>1</sup>

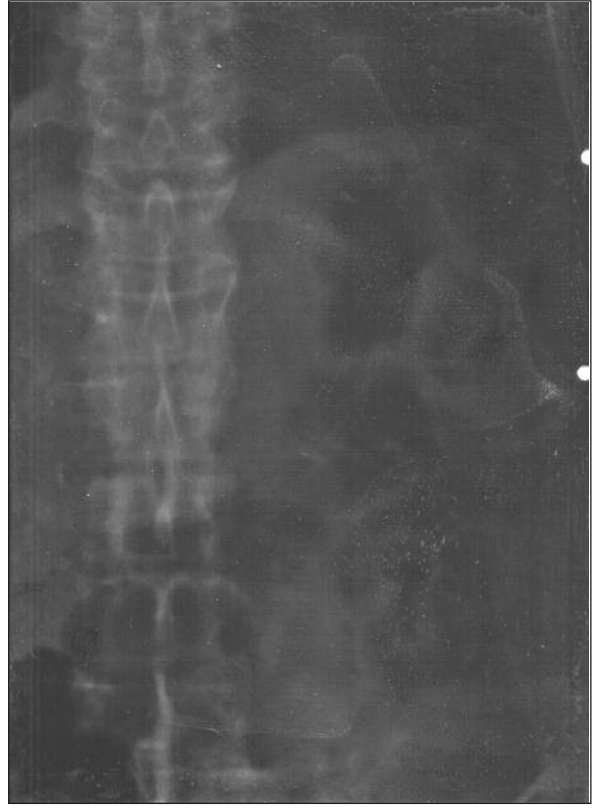
Psödoobstrüksiyon akut veya kronik şekilde bulgu verebilir. Akut şekilde en sık kronik böbrek, solunumsal, serebral veya kardiyovasküler bo-

zukluğu olan hastaları etkiler. Akut form genellikle kolonu tutar, kronik şekli ise gastrointestinal kanalın diğer kısımlarını etkileyebilir, subakut ve kısmi barsak tıkanıklığı oluşturabilir ve periyodik olarak tekrarlama eğilimindedir.<sup>2</sup>

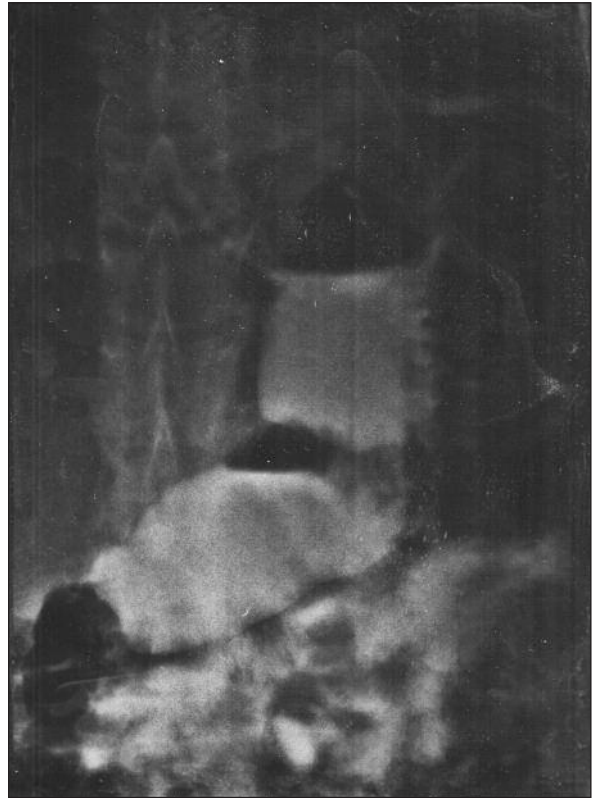
Hastalığın spesifik tedavisi konservatif yaklaşım ve uygulama olanağı varsa kolonoskopik dekompresyondur.<sup>3</sup> Günümüzde parasempatomimetik bir ajan olan neostigminin tedavide etkili olduğu gözlemlenmiştir.<sup>2</sup>

## OLGU SUNUMU

Kırk iki yaşında erkek hasta, 10 günden beri devam eden ateş yüksekliği ve halsizlik şikâyetleri ile Oltu devlet hastanesi enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Gaz gaita deşarjı mevcuttu. Fizik muayenede; ateş 37.7 °C, akciğer muayenesi doğal, batin muayenesinde; rebound, defans, hassasiyet, distansiyon yoktu, bağırsak sesleri normaktif idi. Diğer sistem muayenesi normaldi. Laboratuvar bulguları normaldi. Ateş etiyolojisini araştırmak için kan kültürü, idrar kültürü, Rose bengal ve Wright aglütinasyon testleri yapıldı. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Rose bengal ve Wright aglütinasyon testleri negatifti. Yatışının 3. günü karın ağrısı, bulantı şikâyeti başladı. Gaz gaita deşarjı mevcuttu. Fizik muayenede; ateş 38 °C, batin muayenesinde minimal distansiyon vardı ve bağırsak sesleri normoaktif idi. Laboratuvar değerlerinde AST:144 U/L, ALT:249 U/L, GGT:193 U/L, CR:0,6 mg/Dl, ÜRE: 12 mg/Dl, Hb:12,9 g/dL, Hct:39,6 %, WBC: 12,000 L/UL, PLT:174,000 K/UL, CRP: 19,33 mg/dL. Ayakta direkt batin grafisi çekildi. Kolonik gaz mevcuttu, dilatasyon yok idi (Resim 1). Ampirik olarak seftriakson 2x1 g intravenöz (iv) tedavi başlandı. Genel cerrahi tarafından değerlendirilen olgunun oral alımı kesildi. Nazogastrik sonda takıldı, sıvı resüsitasyonu uygulandı ve hasta takip edildi. Takibinin 3. gününde hastanın ateşinin 38 °C, peritoneal irritasyon bulguları gelişmesi üzerine eksplorasyon kararı alındı. Eksplorasyonda kolonda aşırı dilatasyon mevcuttu ve mekanik obstrüksiyon yoktu. Hastaya rektal tüp distansiyon ve bulantı şikâyetleri gelişmesi üzerine çekilen direkt batin grafisinde dilate kolon tespit edildi (Resim 2). Monitörizasyon eşliğinde 2,5 mg neostigmin iv ve-



RESİM 1: Belirgin dilatasyon olmadan kolonik gaz mevcuttu.



RESİM 2: Hastanın ayakta direkt grafisinde kolonda aşırı dilatasyon görünümü.

rildi. Üçüncü dakikada gaz deşarjı başladı ve 10 dakika içerisinde batın distansiyonu geriledi. Neostigmin tedavisinden sonra hasta nüks açısından bir hafta takip edildi. Yapılan fizik muayene ve kontrol direkt batın grafileri ile durumunun düzeldiği görüldü. Şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Ogilvie sendromunun kesin patogenezi anlaşılamamıştır. Ailesel visseral miyopati, bağırsak duvarının otonomik innervasyonunu tutan diffüz bir motilite bozuklukları, nöroleptik ilaçlar, opioidler, şiddetli metabolik hastalık, mikstödem, diabetes mellitus, üremi, primer hiperparatiroidizm, lupus, skleroderma, parkinson hastalığı ve travmatik retroperitoneal hematoma bilinen nedenlerindedir. Patogeneizde rol oynadığı düşünülen bir mekanizma parasempatik sistemi baskılayan aşırı sempatik aktivitedir.<sup>2</sup>

Ogilvie sendromununun 50 yaş üzeri sağlık problemleri olan erkeklerde daha sık görülmesine rağmen bizim olgumuz 42 yaşında ve yandaş patolojisi bulunmamaktadır.<sup>4</sup>

Ogilvie sendromlu hastalarda tekrarlayan ataklar, bulantı, kusma, kramp tarzında abdominal ağrı ve abdominal distansiyon görülür. Karın timpaniktir ve genellikle hassas değildir, bağırsak sesleri genellikle normaktiftir. Ateş bağırsak perforasyonunu gösterir ancak perforasyon olmadan da %30

olguda ateş olabilir.<sup>5,6</sup> Olgumuz ateş etiyolojisini araştırmak için servise yatırıldı. Preoperatif olarak batın muayenesinde distansiyon ve direkt batın grafisinde kolonik dilatasyon yok idi. Sadece 10 gün devam eden nedeni aydınlatılamayan ateş yüksekliği mevcuttu. Bu nedenle; Ogilvie sendromu nedeni bilinmeyen ateş nedenlerinden biri olabilir.

Laboratuvar bulguları tanı koyduracak özellikte değildir. Hafif dereceli lökositoz hemen hepsinde vardır. Direkt karın grafisinde sıvı görülmesizin gazla dolu dilate bir kolon, psödoobstrüksiyonu düşündürmelidir. Belirgin hava sıvı seviyesi ise mekanik obstrüksiyonu düşündürmelidir.<sup>7</sup>

Erken dönemde müdahale edilmezse yüksek oranda morbidite hatta mortaliteye neden olur. Konservatif yaklaşım; oral alımın kesilmesi, nazogastrik dekompresyon, iv sıvı tedavisi, rektal tüp uygulaması, kontrastlı kolon grafisi ve lavman şeklinde olup, cerrahi girişim, konservatif tedaviye yanıt alınamayan, peritoneal irritasyon bulgularının ortaya çıktığı olgularda önerilir.<sup>2</sup> 2000 yılında Trevisani ve ark. tek doz neostigmin uygulaması ile 28 hastanın 26'sında başarı sağlandığını bildirdiler.<sup>8</sup>

Sonuç olarak; Ogilvie sendromuna preoperatif tanı koymak her zaman mümkün değildir. Bizim olgumuzda olduğu gibi intraoperatif tanı konulabilir, Ogilvie sendromu nedeni bilinmeyen ateşin nadir sebeplerinden olabilir. Başlangıç tedavisi konservatif ve neostigmin tedavisi genellikle başarılıdır.

## KAYNAKLAR

1. Dorudi S, Berry AR, Kettlewell MG. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 1992; 79(2):99-103.
2. Mahmoud N, Rombeau J, Ross HM, Fry RD. [Colon and rectum]. *Modern Cerrahi Pratiğin Biyolojik Temeli*. Ulusoy AN, Topgül K, çeviri editörleri. Bölüm 48. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. p.1424-5.
3. Richards WO, Williams LF Jr. Obstruction of the large and small intestine. *Surg Clin North Am* 1988;68(2):355-76.
4. Kaya B, Bulut NE, Bat O, Okuducu M, Altun H, Memişoğlu K. [Does Ogilvie's syndrome cause significant morbidity and mortality in older patients?]. *The New Journal of Medicine* 2011;28(4):228-30.
5. Ravo B, Pollane M, Ger R. Pseudo-obstruction of the colon following cesarean section. A review. *Dis Colon Rectum* 1983;26(7):440-4.
6. Tavusbay C, Atahan K, Genç H, Damburacı N, Ekinci N. [Chronic intestinal pseudoobstruction]. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011; 21(1):36-40.
7. Colemont LJ, Camilleri M. Chronic intestinal pseudo-obstruction: diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 1989;64(1):60-70.
8. Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. Neostigmine: safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000;43(5):599-603.