

Barsak obstrüksiyonu yapan anormal konjenital band: İki olgu sunumu

Haluk SARIHAN, Mustafa İMAMOĞLU, Rahmi AKYAZICI, Musa ABEŞ, Ali ÇAY, İrfan TAŞDELEN
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

Summary

Anomalous congenital bands causing intestinal obstruction: Report of two cases

Two cases with intestinal obstruction due to anomalous congenital bands are presented. Localization of bands were between ascending colon and terminal ileum in both cases. Obstruction mechanisms were compression of bowel by band in one patient and volvulus in other patient. Simple excision of band relieved obstruction in one patient and ileocecostomy was performed for established intestinal necrosis and peritonitis in other patient. In this article etiology, sites of obstruction, obstruction mechanisms and treatment of anomalous congenital bands were discussed.

Key words: Intestinal obstruction, anomalous congenital bands, childhood

Giriş

Adheziv bandlar, vitellin arter/ven ile omfalomezenterik kanal gibi embriyolojik yapıların kalıntılarından kaynaklanan konjenital bandlar, çocukluk dönemi barsak obstrüksiyonunun sık sebepleridir (1,3,5). Anormal konjenital bandların (AKB) dışardan basısına bağlı parsiyel obstrüksiyon veya barsağın band etrafında dönmesi sonucunda tam obstrüksiyon tablosu ise nadirdir (2).

Klasik kitaplarda bu bandlara birkaç satırla değinilmişken, literatürde de sadece Akgür ve ark.'nın 8 olguluk serisi ve Touloukian'ın 2 olgusu yayınlanmıştır (2,6). Kliniğimizde barsak obstrüksiyonu nedeni ile ameliyat edilen iki olguda AKB saptandı. Olgularda bilinen embriyolojik yapıların kalıntılarından farklı yerleşimlerde band bulunması ile tanı

konuldu. Yayınlanmış olgularda AKB'nin en sık görülme yeri terminal ileum ile çıkan kolon arasındadır (2). Hakkında yeterli bilgi olmayan AKB vakalarının sayısı arttıkça hem etyolojinin tam olarak açıklanması hem de belli bir sınıflandırmanın yapılmasının kolaylaşacağını düşündüğümüz için bu makaleyi yazdık (1,3,5).

Olgu Sunumu

Olgu 1: 8 aylık erkek, 3 gündür safralı kusma, karında şişlik ve 36 saattir gaita çıkarmama yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde cilt ve mukozaları kuruydu, karında hassasiyet ve defans vardı, kitle palpe edilmedi. Rektal tuşe bulguları normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde Hiponatremi ve Lökositoz saptandı. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsağa ait hava-sıvı seviyeleri mevcuttu ve kolonda hiç gaz yoktu. Damar yolu açılarak gerekli İV sıvı tedavisine başlandı ve nazogastrik tüp takıldı. Genel durumunun düzelmesini takiben olgu acil ameliyata alındı. Göbek üstü transvers kesi ile yapılan laparotomide terminal ileum mezosundan çıkan ve kolonun mezosuna uzanan 10 cm'lik bir band görüldü. Terminal ileumun son 20 cm'lik kısmı bu band etrafında dönerek nekroze olmuştu ve peritonit mevcuttu. Nekroze kısım çıkarıldıktan sonra ileoçekostomi yapıldı. Ameliyattan sonra problemi olmayan olgu 12. günde taburcu edildi. İlk ameliyatından 6 hafta sonra ileoçekostomisi kapatıldı ve ikinci ameliyatı sonrası da sorunsuz olarak taburcu edildi.

Olgu 2: 8 yaşında erkek çocuk 24 saat önce başlayan şiddetli sağ alt kadran ağrısı ve safrsız kusma yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde zaman zaman karın sağ kadranında ağrının olduğunu söylüyordu. Fizik muayenesinde vücut ısısı 37.0 C idi,

karın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti vardı, defansı yoktu. Rektal tuşe bulguları normaldi. Ayakta direk karın grafisinde sağ alt kadranda "işaretçi loop belirtisi" mevcuttu. Karın ultrasonografisinde genişlemiş barsak ansları dışında bir patoloji saptanmadı. Beyaz küresi: $13.000/mm^3$, kan biyokimyası normaldi. Olgu akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alındı, laparotomide apendiks normal olarak bulundu, ancak çıkan kolon mezozundan terminal ileuma uzanan ve içinde damar bulunan bir band saptandı. İleoçekal valvin 25 cm'lik proksimal kısmı band etrafında dönmüştü, band ileoçekal valvin 10 cm proksimalindeki ileuma bası yapıyordu. Band eksize edildi ve ek olarak apendektomi yapıldı. Ameliyat sonrası bir sorunu olmayan olgu dördüncü günü şifa ile taburcu edildi. Bandın histopatolojik incelemesi sonucu sinir pleksusu ve damar içeren 5 mm kalınlığında fibrotik bir yapı olduğu saptandı.

Tartışma

Çocukluk çağında banda bağlı barsak obstrüksiyonları, sıklıkla laparotomi veya karın içi inflamatuvar olaylar sonrası oluşan yapışıklıklara bağlı bandlar, vitellin arter/ven, omfalomesenterik kanalın embriyolojik artıkları ve Ladd bandları gibi nedenler sonucu görülmektedir (1-5). Daha nadir bir neden, anormal konjenital bandlardır (2,6). AKB'ların etyolojisi açık değildir, ancak Akgür ve ark. (2) bu bandların gastrointestinal bir anomaliden çok mezenterik bir anomali olduğu düşüncesindedirler. Çıkan kolon ve terminal ileum arasında yerleşen bandların çıkan kolon mezenterinin bir parçasının karın arka duvarı yerine medial yapılar ile füzyonundan kaynaklanabileceğini savunmaktadırlar.

Yayınlanan olguların tümünde, bizimkiler de dahil, AKB tek bir band şeklindedir. AKB olgularının hastaneye en sık gelme yakınması barsak obstrüksiyonu ile ilgili belirtiler ve bulgulardır (2,6). Klinik belirtiler ve radyolojik bulgular, barsak obstrüksiyonunun seviyesine ve parsiyel veya tam olmasına bağlı olarak değişir. Büyük çocuklarda ise (8 yaşındaki

hastamız gibi) aralıklı karın ağrısı önemli bir belirtidir. Yine de AKB tanısı çoğunlukla barsak obstrüksiyonu nedeniyle yapılan laparotomiler sırasında tesadüfen konulur. AKB'a bağlı barsak obstrüksiyonu direk basıya, band etrafında barsağın dönmesine veya internal herniyasyona bağlı olarak oluşabilir. Literatürdeki olguların % 70'inde barsak obstrüksiyonu direkt basıya bağlıdır.

Olgularımızın birinde basıya, diğerinde ise band etrafında barsağın dönmesine bağlı barsak obstrüksiyonu oluşmuştu. Literatürdeki olguların obstrüksiyon seviyeleri % 70'inde terminal ileumda, % 20'sinde jejunumda ve % 10'unda çıkan kolonda iken olgularımızın ikisinde de obstrüksiyon terminal ileumdaydı (2,6). Akgür ve ark.'nın 3 olgusunun histolojik incelemesinde, bizim olgumuzda olduğu gibi, 3 mm'den kalın kan damarı ve sinir pleksusu mevcuttur.

Sonuç olarak mezenter gelişim anomalisi sonucu oluştuğu düşünülen AKB'ların çocukluk dönemi barsak obstrüksiyonlarının nadir bir sebebi olarak ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Akgür FM, Tanyel C, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Adhesive small bowel obstruction in children: The place and predictors of success for conservative treatment. J Pediatr Surg 26:37, 1991
2. Akgür FM, Tanyel C, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Anomalous congenital bands causing intestinal obstruction in children. J Pediatr Surg 27:471, 1992
3. Barlas M, Dilsiz A, Abasıyanık A, Gökçora Hİ, Yücesan S: Dügümlenmiş Meckel divertikülü nedeniyle oluşan intestinal obstrüksiyon. Pediatrik Cerrahi Dergisi 2:54, 1988
4. Erdener A, İlhan H, Yazıcı M, Balık E: Çocuklarda Meckel divertikülü. EÜTF Dergisi 29:308, 1990
5. Filston HC: Other causes of intestinal obstruction, in Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, et al (eds): Pediatric Surgery. Chicago, IL, Year Book, 1986, p:897
6. Touloukian R: Miscellaneous cases of small bowel obstruction, in Welch KG, Randolph JG, Ravitch MM, et al (eds): Pediatric Surgery. Chicago, IL, Years Book, 1979, p:961