

Çocuklarda gastrik volvulus

Özden ÇAKMAK, Cengiz KOÇYİĞİT

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara

Summary

Gastric volvulus in children

Three patients with gastric volvulus were treated at Department of Pediatric Surgery of Dr. Sami Ulus Children's Hospital, Ankara between the years 1986-1992. Two patients were aged three and one was two years old at the time of diagnosis. The volvulus was mesenteroaxial in two patients and it could not be defined in the last one. One of the cases was associated with a left sided posterolateral diaphragmatic hernia. In this report, the three patients presented are discussed and the related literature is reviewed.

Key words: Gastric volvulus, childhood

Giriş

Gastrik volvulus ilk kez Berti tarafından tanımlanan cerrahi bir hastalıktır^(2,4,6,8). Çocuklarda nadirdir ve 1990 yılına kadar yaklaşık 55 olgu bildirilmiştir⁽¹⁰⁾. Midenin bir kısmının diğeri çevresinde anormal derecede rotasyonu olarak tanımlanır. Olguların yaklaşık % 65'i diyafragma anomalileri ve gastrik hiatal bağlantılarda yetmezlikle birlikte (2).

Predispozan anomalilerin (diyafragma hernisi, evantrasyon v.b.) saptanmadığı idyopatik gastrik volvulus çocukluk çağında seyrek (6). Bildirilen olguların çoğu akut ve sekonder tiptir. Kusma veya abdominal distansiyon yakınmaları olan hastaların ayırıcı tanılarında kronik idyopatik gastrik volvulus da düşünülmelidir.

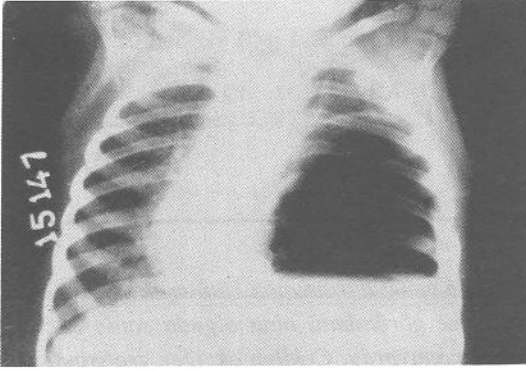
Olguların Sunumu

1. olgu: Z.Ş., 2 yaşında, erkek olgu. Öyküsünden daha önce 3 kez akciğer enfeksiyonu nedeniyle izlendiği belirlenen olgu, kriptom tonsillit tanısıyla tedavi

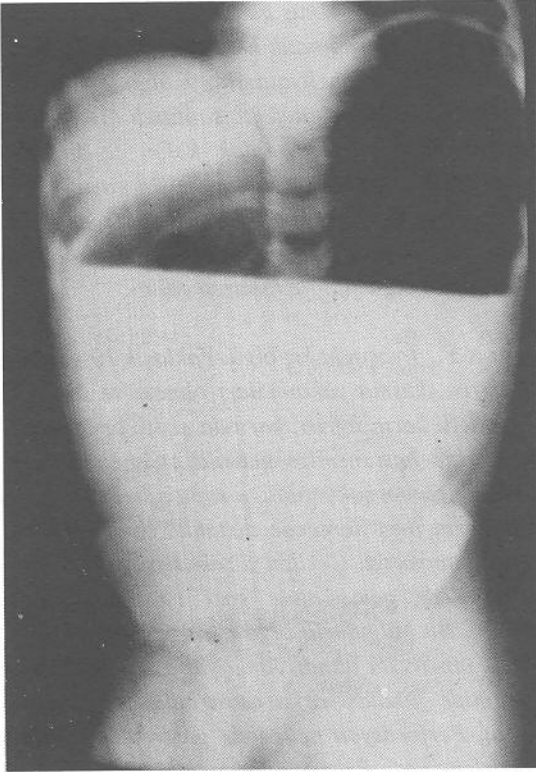
altındayken genel durumunun kötüleşmesi ile getirildi. Siyanoze görünümlü olan olguda solda akciğer sesleri alınamıyordu. Çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksın 2/3'ünü büyük bir mide gazının doldurduğu görüldü (Resim 1). Olguya nazogastrik sonda takılmaya çalışıldı, ancak sonda ilerletilemedi. Ağızdan baryum verilerek çekilen grafide, özofagustan mideye geçiş olmadığı, kuş gagası görünümü bulunduğu izlendi. Diyafragmatik herni ve akut mide volvulusu ön tanısı ile ameliyata alınan olguda sol posterolateral diyafragma defekti saptandı. Defekten karaciğer sol lobu, mide, dalak, kolon ve ileumun herniye olduğu, ayrıca mezenteroaksiyal gastrik volvulus geliştiği saptandı. Organlar redükte edilerek volvulus düzeltildi, defekt primer kapatıldı. Ameliyat sonrası 8. gün olgu şifa ile taburcu edildi.

2. olgu: N.Y., 3 yaşında kız olgu. Yaklaşık 10 gündür karın ağrısı, kusma yakınmaları olması ve bir gün önce şiddetli karın ağrısı, karında şişlik ortaya çıkması üzerine hastanemize getirildi. Genel durumu kötü olan olgunun şokta olduğu saptandı. Fizik muayenede karın ileri derecede distandü idi ve barsak sesleri alınmıyordu. Çekilen direkt karın grafisinde ileri derecede geniş mide gazı olduğu görüldü (Resim 2). Bu bulgularla olgu akut gastrik volvulus tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyatta gastrik volvulus ve mide fundusu arka duvarında perforasyon saptandı. Perforasyon nedeniyle gastrik volvulusun tipi belirlenemedi. Primer onarım ve gastropoksi uygulandı. Olgu ameliyat sonrası 11. günde şifa ile taburcu edildi.

3. olgu: E.O., 3 yaşında, kız olgu. 3 gün önce başlayan epigastrik ağrı, karında şişlik ve kusma yakınmaları olan olgunun fizik muayenesinde karın distandü, sağ alt kadran ve göbek çevresinde sınırları iyi saptanamayan dolgunluğu mevcuttu. Bu bulgularla karında kitle şüphesiyle yapılan ultrasonografide, gıda artıkları ile dolu atonik mide ve volvulus

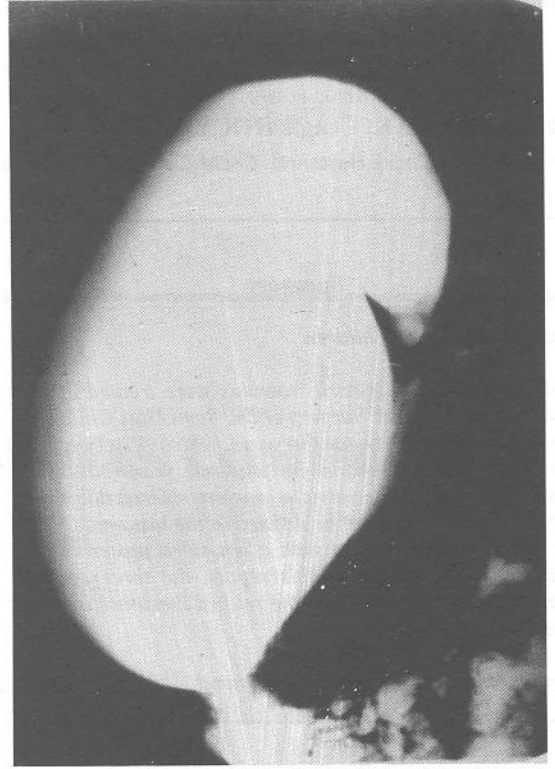


Resim 1. Birinci olgunun başvurusunda çekilen PA akciğer grafisi.



Resim 2. İkinci olguda ileri derecede genişlemiş mide gazi.

düşünüldü. Çekilen baryumlu grafide mezenteroaksiyal volvulus tanısı kondu (Resim 3). Ameliyata alınan olguda mezenteroaksiyal volvulus saptandı, volvulus düzeltildi. Mide arka duvarında iskemik kısım mevcuttu. Ancak gözlem sırasında bu kısmın dolaşımının giderek düzeldiği saptandı. Gastropeksi uygulanarak ameliyat sonlandırıldı. Olgu herhangi bir komplikasyon gelişmeden şifa ile taburcu edildi.



Resim 3. Üçüncü olguda baryumlu grafide mezenteroaksiyal mide volvulusu.

Tartışma

Normal mide; gastrofrenik, gastrohepatik, gastrosplenik, gastrokolik ligamanlarla ve duodenumun peritoneal fiksasyonu ile sabit pozisyonda tutulur (2,3,4,9,12). Kadavra çalışmalarında normal mide 180 dereceden fazla döndürülemezken, ligamanların kesilmesi ile 180 dereceden daha fazla döndürülebilmektedir (6,12). Gastrik volvulusun etyolojisinde bu ligamanların yokluğu veya yetersizliği, özellikle birlikte herni, evantrasyon gibi diyafragma defektlerinin bulunması önemli rol oynar (6,8). Sıvı dolu büyük mide, distandü kolon ve mobil dalak, gastrik volvulus oluşmasında predispozan faktörlerdir (2,6).

Ayrıca özellikle erişkin olgularda koledokoduodenal bant, peptik ülserasyon, gebelik ve over kisti ile ilişkili gastrik volvulus tanımlanmıştır (11). İki tip gastrik volvulus vardır; organoaksiyal ve mezenteroaksiyal. Üçüncü olarak kombine tip kabul edilebilir (8,9). Organoaksiyal volvulusta rotasyon, pilor ve özofagogastrik bileşkeyi birleştiren bir doğru üzerindedir.

Mezenteroaksiyal volvulusta ise büyük ve küçük kurvaturalardan geçen bir doğru üzerindedir. Kombi- ne tipte ise mide her iki doğrultuda da döner. Literatürde organoaksiyal volvulus daha sık bildirilmiştir (8,11).

Gastrik volvulusta klinik görünüm, rotasyon ve obstrüksiyonun derecesine bağlıdır. Genellikle midenin 180 dereceden daha az torsiyonu vasküler dolaşımı bozmaz ve parsiyel volvulus olarak isimlendirilir. 180 dereceden fazla torsiyon, tam gastrik obstrüksiyon ve strangülasyona neden olur (12). Tam obstrüksiyon ilk kez Borchardt tarafından tanımlanan klinik triad ile sonuçlanır:

1) Kusamama ve öğürme, 2) Şiddetli epigastrik ağrı ve distansiyon, 3) Mideye nazogastrik sonda geçirilememesi (2,4,6,8,12). Ancak çocuk olgularda, özellikle bebeklerde, bu belirtiler güvenilir değildir ve başka hastalıklarda da ortaya çıkabilir (1,2).

Akut gastrik volvulusta klinik bulgular nonspesifiktir, fakat yüksek gastrointestinal kanal obstrüksiyonunu düşündürür. Çocuk, beslenmeden kısa bir süre sonra meydana gelen ve giderek şiddetlenen, akut başlangıçlı kusma ile getirilir. Genellikle epigastri- umda distansiyon vardır. Barsak sesleri azalmıştır veya yoktur. Teşhis ve tedavide gecikme iskemik, gangren ve gastrik perforasyonla sonuçlanır (6,9). Ayrıca intratorasik gastrik volvulusun biliyer obstrüksiyona neden olabileceği bildirilmiştir (7).

Bizim burada bildirdiğimiz 3 olgunun klinik bulgularına bakıldığında; 2 olgumuzda kusma, karında şiş- lik yakınmalarının ön planda olduğu görülmektedir. Kusma yakınması olmayan, intratorasik gastrik vol- vuluslu olgumuzda ise; çekilen baryumlu grafide özofagustan mideye geçiş olmadığı, özofagogastrik bileşkede tam obstrüksiyon bulunduğu gözlenmek- tir. Bir olgumuzda gastrik duvarda iskemik, diğerin- de gastrik perforasyon saptanmıştır. Direkt grafiler ve baryumlu üst gastrointestinal grafiler, gastrik vol- vulusun tanısının konulmasında önemli oranda yar-

dımcıdır. Son zamanlarda gastrik volvulusun tanısın- da bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonansın kullanılabileceği bildirilmiştir (5). Akut volvulus uygun resüsitasyonu takiben cerrahi girişim gerekti- rir. Ameliyat sırasında volvulus düzeltilir, birlikte bulunan anomaliler onarılır ve gastropeksi uygula- nır. Kronik gastrik volvulus bazen endoskopik giri- şimle düzeltilebilir (8).

Gastrik volvulusta mortalite oranı son 30 yılda % 6.3 olarak bildirilmiştir (10). Karın ağrısı, epigastrik distansiyon olan bir çocukta gastrik volvulus da düşünlmeli, uygun tetkiklerle kesin tanı konulabilme- lidir. Böylece morbidite ve mortalite oranları müm- kün olduğunca azaltılabilecektir.

Kaynaklar

1. Dudgeon DL: Lesions of the Stomach. Ashcraft KW, Holder TM (ed) "Pediatric Surgery", Pennsylvania, WB Saunders, 1993, p:295
2. Cameron AEP, Howard ER: Gastric volvulus in child- hood. J Pediatr Surg 22:944, 1987
3. Campbell JB: Neonatal gastric volvulus. Am J Radiol 132:723, 1979
4. Carter R, Brewer LLL, Hishaw DB: Acute gastric vol- vulus. Am J Surg 140:99, 1980
5. Chiechi MV, Turner JH, Abbitt PL: Gastric herniation and volvulus: CT and MR apperance. Gastrointest Radiol 17:99, 1992
6. Honna T, Kamii Y, Tsuchida Y: Idiopathic gastric volvu- lus in infancy and childhood. J Pediatr Sur 7:707, 1990
7. Lamovliatte H, Bernard PH, Lefebvre P, Boulard A, Arnal JC, Saric J, Quinton A: Hernie hiatale avec volvulus intrathorasicque: Une cause rare d'ictere obstructif. Gastro- enterol Clin Biol 16:89, 1992
8. Patel NM: Chronic gastric volvulus: Report of a case and review of literature. Am J Gastroenterol 80:170, 1985
9. Rossi CD, Cerasoli G, Tosi C, De Chiara F, Ghinelli G: Intrathorasic gastric volvulus in an infant. Pediatr Surg Int 8:146, 1993
10. Şenocak ME, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Chron- ic gastric volvulus in children: A ten year experience. Z Kinderchir 45:159, 1990
11. Varma JS, Wyatt JP, MacIntyre IMC: Gastric volvulus caused by giant ovarian cyst. JR Coll Surg Edinb 37:194, 1992
12. Ziprkowski MN, Teele RL: Gastric volvulus in child- hood. Am J Radiol 132:921, 1979