

# Anorektal malformasyonlu bir hastada magnetik rezonans görüntüleme

Tanju AKTUĞ, Gülsün EROĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi, Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

## Özet

Magnetik rezonans görüntüleme (MRG), anal atrezili hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde inkontinans nedenleri konusunda geniş bilgi veren bir tetkiktir. Ameliyat sonrası inkontinans ile başvuran bir olgumuzda MRG sonuçlarımız ve bu sonuçların tedavi planlanması ve uygulanmasındaki etkileri tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Anal atrezi, MRG

## Summary

**Magnetic resonance imaging in a patient with anorectal malformation**

Magnetic resonance imaging (MRI) is a very useful examination in evaluating the patients with anal atresia both in the preoperative and postoperative period. MRI is performed in an incontinent patient after pull-through surgery. The MRI findings and its capability on planning the treatment is discussed.

**Key words:** Anal atresia, MRI

## Giriş

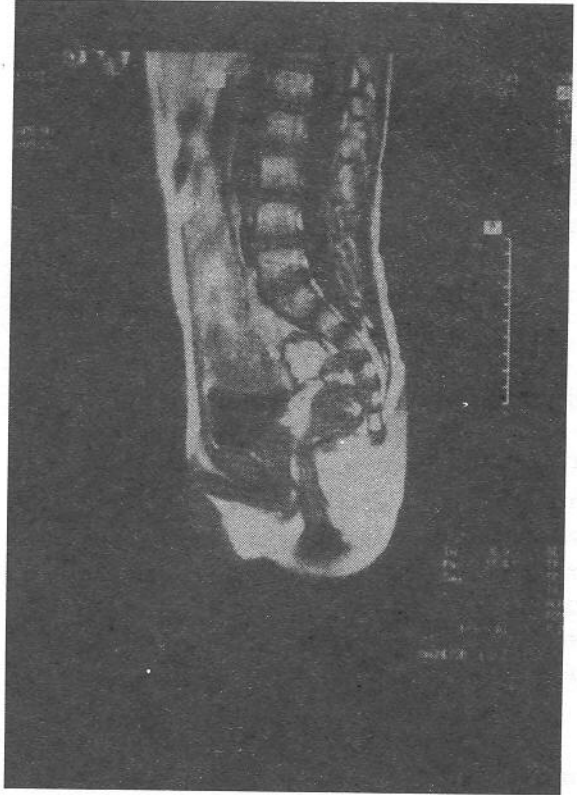
Yüksek tip anorektal malformasyonlu hastalarda düzeltici ameliyatlardan sonra gaita kontinansı her zaman istenilen düzeyde olmamaktadır. Ameliyat sonrası inkontinansın başlıca üç nedeni vardır: Konjenital anatomik bozukluklar, yetersiz cerrahi sonuç veya fonksiyonel uyumsuzluk<sup>(9)</sup>. Bu üç nedenin ayrılmasında çok planla kesit alabilmesi, yumuşak dokuları ayırma gücü ve iyonize radyasyon vermemesi ile magnetik rezonans görüntüleme (MRG) son derece yararlı bir tanı yöntemidir<sup>(1,5,8,10)</sup>.

Postoperatif gaita inkontinansı nedeni ile kliniğimize başvuran bir olguda MRG inkontinans nedenlerinin ayırımında kullanılarak, kontinansın sağlanmasında önemli bir yol gösterici olmuştur.

## Olgu Sunumu

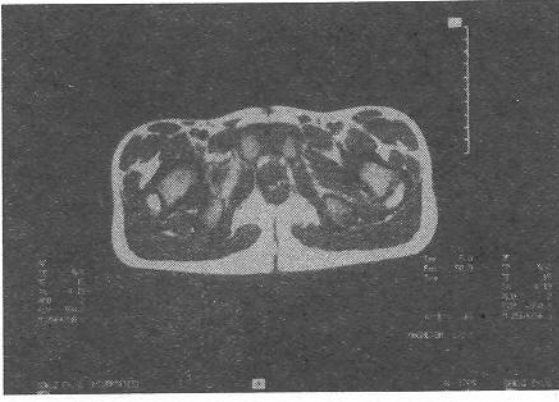
7 yaşında, erkek hasta, günde 5-6 kez gaitasını iç çamaşırlarına kaçırma ve hemen hiç tuvalete dışkılamama yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinden anal atrezi ile doğduğu, yurt dışında kolostomi, bir yaşında Kiese-wetter tipi pullthrough ameliyatı ile anüsünün açıldığı öğrenildi. Bu ameliyattan sonra çeşitli kereler benzer

yakınmalar ile çeşitli tedaviler gördüğü öğrenildi.



Şekil 1. Pelvisin sagittal MR kesitinde koksigeal agenezi görülmektedir.

Adres: Dr. Tanju AKTUĞ, Dokuz Eylül Üniversitesi Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Inciraltı, İzmir



Şekil 2. Pelvisin aksiyel MR kesitinde çizgili kas kompleksi sapan biçiminde görülmekte ve neorektum bu sapanın içinden geçmektedir.

Fizik incelemede sistem bulguları doğal, gelişmesi normal sınırlarda idi. Rektal tuşede rektal mukozanın litotomi pozisyonunda saat 7 hizasında dışarı uzandığı, perianal bölgenin fibrotik dokular ile çevrili olduğu ve rektumun yumuşak gaita ile dilate olduğu saptandı. Puborektalise ait bir aktivite belirlenemez iken eksternal sfinktere ait güçsüz de olsa aktivite vardı.

Hasta Siemens Magnetom (1.0 Telsa) magnetik rezonans cihazı ile incelendi. T1 ağırlıklı sekans kullanılarak pelvisin her üç düzlemde kesitleri alındı. Sagittal kesitlerde (Şekil 1) koksiksin olmaması dışında vertebral veya spinal bir anomali saptanmadı. Aksiyel kesitte (Şekil 2) çizgili kas kompleksi sapan biçiminde görüldü ve neorektumun bu sapanın içinden geçtiği belirlendi. Bu bulgular ile hastada anatomik ve cerrahi olarak bir inkontinans nedeni bulunmadığı saptandı. Aileye bulgular açıklanarak tuvalet eğitiminin önemi vurgulandı. Hastaya bir ay süre ile laksatifler ve sabahları kahvaltayı izleyen lavman ve daha sonra gliserin supozitivar ile rektum boşaltılması önerildi. Bu tedavi ile gaita kaçırma giderek azaldı ve bir ayın sonunda yalnızca akşamları verilen laksatif ile tedavi sürdürüldü. İki ay sonunda yalnızca boş posalı diyet ile, gaita kaçırma hemen tümü ile kesilmişti. Dört ay sonraki kontrolde ayda yalnızca bir kez gaita kaçırması olması dışında her gün normal defekasyon sağlandığı saptandı.

## Tartışma

Yüksek tip anorektal malformasyonlu çocuklarda kontinansın sağlanması birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörlerden tedavide etkili olunamayan vertebral veya spinal anomalilerin direkt grafiler yanısıra, bilgisayarlı tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ile ameliyat öncesi araştırılması cerrah ve hasta açısından yararlı olacaktır (2,6,7). Ameliyat sonrası inkontinans yakınması ile başvuran hastalarda ise neorektumun çizgili kas kompleksi

ile ilişkisi seçilecek tedavi yöntemini belirler.

Günümüzde BT ve MRG bu amaçla kullanılabilirlerdir. Her iki tetkikte pubokoksigeal düzeyde alınan aksiyel kesitlerde çizgili kas kompleksi sapan biçiminde görülmekte ve neorektum bu sapanın çatalının içinde beklenmektedir. Neorektumun santral yerleşmemesi veya tümü ile bu sapanın dışında yer alması uygunsuz cerrahiye göstererek düzeltici bir ikincil operasyona endikasyon oluşturmaktadır. İki yöntemin birbirine üstünlükleri araştırıldığında ise BT kesitlerinde perirektal yağ dokusunun kas kompleksi ile karışabilmesi, MRG'de ek olarak eksternal sfinkterin de değerlendirilebilmesi ve iyonize radyasyon tehlikesinin olmaması MRG'yi öne çıkartmaktadır. Olgumuz gibi ameliyat öncesi değerlendirme yapılmamış hastalarda sagittal kesitler ile spinal kanal ve vertebral yapıların ayrıntılı incelenebilmesi MRG'nin ek bir üstünlüğüdür.

Fonksiyonel defekasyon sorunlarının tedavisinde bol posalı diyet, hastanın düzenli defekasyona alıştırılması ve ilaç kullanımı gibi kolay uygulanabilir tedavi yöntemleri yanısıra aile ve çocuğun psikolojik yapısının düzeltilmesi de oldukça önemlidir (3,4). Ağır bir konjenital anomali, ağır ameliyatlar ve olası bir anatomik yetersizlik korkusu ile karşıkışıya kalan hastamız ve annesi gibi kişilerde psikolojik düzelme tedavinin önemli bir unsuru olan motivasyonu da sağlamaktadır. Tetkik için sıra beklenir iken önerilen tedaviye aldirmayan anne, tetkikin normal çıkması ile panikten kurtulmuş ve olaya aktif olarak katılmıştır. MRG, ailenin de gözünde canlandırabileceği bir görüntü vererek, ebeveynin çocuğuna ve belki de daha önemlisi çocuğun kendisine inancını tazelemiştir.

## Kaynaklar

1. Ambjörnsson E, Malmgren N, Mikaelsson C, Laurin S, Okmian L: Computed tomography and magnetic resonance tomography findings in children operated for anal atresia. *Z Kinderchir* 45:178, 1990.
2. Balık E, Erdener A, Alper H, Sayan A, Tanesi C, Yetkin Z, Numanoğlu I: The role of computerized tomography in the evaluation of ano-rectal malformations and Hirschsprung's disease. IV. Uluslararası Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur. İstanbul, Ağustos 1989, Bildiri Özetleri Kitabı A-82.
3. Bulut M, Tekant GT: Children with encopresis: problems and possible solutions IV. Uluslararası Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur. İstanbul, Ağustos

1989, Bildiri Özetleri Kitabı, A-79.

4. Leape LL: Functional constipation. "Pediatric Surgery". Fourth Ed. Welch KC et al (Ed) Chicago Year Book Med publs 1986, s:1039.
5. Mezzacappa PM, Price AP, Haller JO, Kassner EG, Hansbrough F: MR and CT demonstration of levator sling in congenital anorectal anomalies. J Comput Assist Tomogr 11:273, 1987.
6. Ong NT, Campo M, Fowler R: Computerized tomography in the management of imperforate anus patients following rectoplasty. Pediatr Surg Int 5:241, 1990.
7. Pringle KC, Sato Y, Soper RT: Magnetic resonance

- imaging as an adjunct to planning an anorectal pull-through. J Pediatr Surg 22:571, 1987.
8. Sato Y, Pringle KC, Bergman RA, Yuh WTC, Smith WL, Soper RT, Franken EA: Congenital anorectal anomalies: MR imaging. Radiology 168:157, 1988.
9. Templeton JM, O'Neill JA: Anorectal malformations. "Pediatric Surgery". Fourth Edr. Welch KC et al (Ed). Chicago Year Book Med publs 1986, s:1032.
10. Vade A, Reyes H, Wilbur A, Gyi B, Spigos D: The anorectal sphincter after rectal pull-through surgery for anorectal anomalies: MRI evaluation. Pediatr Radiol 19:179, 1989.