

Çocuklarda Gastrointestinal Duplikasyonlar

M. Ali ALTIN^x, Türkan PATIROĞLU^{xx}, Süleyman BALKANLI^{xxx}

Özet: Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde oluşabilen duplikasyonlar, barsak duvarı ile çok yakın ilişkili kistik ve tübüler yapılardır. Duplikasyon semptomları, kitlenin lokalizasyon ve büyüklüğüne göre değişebilir. Hiç semptom vermediği gibi yerine göre mide ya da barsaklara bası yapışık olduğu barsağın torsiyon ve volvulusu, perforasyon ve kanama gibi acil müdahale gerektiren durumlara neden olabilir. Kliniğimizde iki yıl içerisinde beş duplikasyon vakası saptadık. Bunların dördü akut karın tablosu ile acil olarak opere edilmişlerdi. Bu nedenle her yaşta akut karın tablosu oluşturabilecek bu konjenital anomali vakalarımızı takdim etmeyi ve konudaki literatürü gözden geçiren tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: İntestinal duplikasyon

Gastrointestinal Duplication in Children

Summary: Duplications are cystic or tubular malformations that may occur in any part of gastrointestinal tract from mouth to anus having close relationship with intestine. Symptoms change according to the size and localization of duplication; it may either cause intestinal or gastric obstruction, or torsion and volvulus of the intestine which causes perforation and bleeding leading the patient to urgent operation. We presented five intestinal duplication cases which have been seen in Erciyes University Hospital, Department of Pediatric Surgery in last two years. Four of them had emergency operation because of acute abdomen. Our purpose is to present the cases of congenital malformation which may occur at any age causing acute abdomen in children and to discuss our cases under the light of current related literatures.

Key words: Intestinal duplication

Gastrointestinal (Gİ) duplikasyonlar özofagus dahil sindirim sisteminin bütün bölümlerinde rastlanılabilen, çocukluk yaş grubunda daha çok meydana getirdiği komplikasyonları ile tanınan konjenital bir anomalidir (1). Yenidoğan dönemi dahil olmak üzere çocuklarda abdominal kitle, invaginasyon, Gİ, kanama, intestinal volvulus ve obstrüksiyon gibi akut karın tablosu ortaya çıkarılabilir. Bazen duplikasyonlar yine çocukların konjenital hastalıklarının bazılarında olduğu gibi uzun süre sessiz kalarak hayatın herhangi bir döneminde de ortaya çıkıp semptom verebilirler (5).

İntestinal duplikasyonlar sıklıkla terminal ileumu tutarsada genelde Gİ traktusun her kesiminde görülebilir (3). Duplikasyonun büyüklüğü bulunduğu organa göre değişir, gastrik ve ileal duplikasyonlar diğer intestinal duplikasyonlara nazaran daha büyük hacimli kitleler yaparlar (4). Kistik intestinal duplikasyonlar, tübüler yapıda olan duplikasyonlara nazaran daha erken semptom verirler dolayısıyla teşhis edilmeleri daha erken dönemde olmaktadır (1). Tübüler olan intestinal duplikasyonlarda en sık karşılaşılan semptom kanamadır (9).

^x Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Doç.Dr.

^{xx} Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı Yard.Doç.Dr.

^{xxx} Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Yard.Doç.Dr.

Vakalar

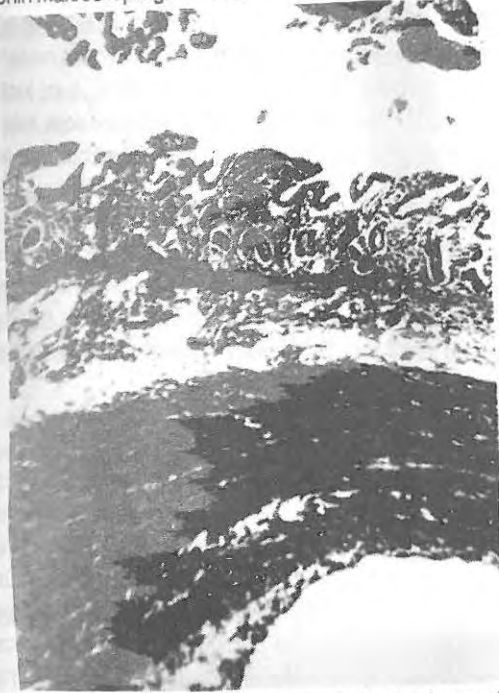
Vaka 1: 3.5 aylık erkek hasta, bir günlük kusma ve gaita yapamama şikayeti ile getirildi. Fizik muayenesinde karnı distandü idi, sağ alt kadranda kitle palpe ediliyordu. Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri görüldü (Resim 1). İnvaginasyon ön tanısı ile kliniğe yatırılarak baryumlu kolon grafisi çekildi. Baryumun ileo-çekal bölgede takıldığı ve ileuma geçirilemediği tesbit edildi. Operasyonuna karar verilen hastanın yapılan cerrahi eksplorasyonunda, ileo-çekal valvin yaklaşık 40cm proksimalinde 4x5 cm boyutlarında, kistik kitle ile karşılaştı (Resim 2). Kist, komşu barsak dokusu ile birlikte eksize edilir İleo-ileal tek sıra uç uca anastomoz yapıldı. Histopatolojik inceleme, kist duvarının barsak duvarındaki kas tabakasının devamı olduğunu ve alttaki epitelin intestinal tipte mukoza içerdiğini gösterdi (Resim 3). Şifa ile taburcu edilen hastanın kontrollerinde, normal büyüme ve gelişme gösterdiği, herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi.



Resim 1. Birinci vakanın ayakta çekilen direkt karın grafisinde gaz-sıvı seviyeleri.



Resim 2. Birinci vakada ileo-çekal bölgede ortalama 40cm proksimalde bulunan kistik kitlenin makroskopik görünümü



Resim 3. Kistik kitlenin histopatolojik incelemesinde, kist duvarında intestinal mukoza ile kapalı olduğu görülür (HEX63).

Vaka 2: Beş aylık erkek çocuğu, kusma ve kanlı gaita çıkarma şikayeti ile getirildi. Hikayesinden, son bir aydır önce sarı, sonra kahverengi kusmalarının olduğu, üç gündür gaitasının kanlı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde büyüme ve gelişme geriliğinin yanısıra karnında aşırı derecede distansiyon saptandı. Direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri vardı. Baryumlu kolon grafisinde ,splenik fleksuradan proksimale geçiş sağlanamadı ve invaginasyon ön tanısı ile acil ameliyata alındı.

Yapılan eksplorasyonda, ileo-çekal valvin takriben 10 cm distalinde lümen içinde boyutları ortalama 5x6cm çapında kitle ile karşılaşıldı. Invagine segment içinde yer alan lezyon mevcut barsak segmenti ile birlikte rezekte edilerek ileo-koliktek sıra anastomoz yapıldı. Kistik kitle açıldığında içerisinde berrak ve koyu bir sıvı mevcuttu. Histopatolojik incelenmesinde kist duvarının kolon mukozası ile dşşeli olduğu gösterildi. Postoperatif iyi seyir gösteren hasta yatışının yedinci günü şifa ile taburcu edildi.

Vaka 3: Sekiz aylık erkek hasta, 6 aydan beri devam eden kusma , kabızlık şikayeti ile getirildi. Son üç gündür hiçbir şey yemediği ve devamlı kustuğu öğrenildi. Fizik muayenesinde umblikusun solunda derin palpasyonla ağrılı bir kitle tesbit edildi. Akut karın ön tanısı ile opere edilen hastamızda, terminal ileumda 15x10cm çapında kistik kitle ile karşılaşıldı, kist, komşu barsak ile rezekte edilip uç uca tek sıra anastomoz yapıldı. Histopatolojik incelemede barsak ansının gangrene olduğu ve kistik yapının gastrik mukoza içerdiği gösterildi.

Vaka 4: Üç yaşında erkek hasta, karnında, aralıklı ağrı ve ağrı ile beraber ele gelen şişlik ve sağ inmemiş testis şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ alt kadranda 6x4 cm büyüklüğünde orta sertlikte mobil kitle palpe edildi ve sağ inmemiş testis saptandı. Yapılan abdominal ultrasonografide birisi 30x30 mm diğeri 63x52 mm boyutlarında lipom olarak yorumlanan iki adet kitle tesbit edildi. İntraabdominal kitle nedeniyle ameliyat edilen hastanın gastrointestinal sistem eksplorasyonunda terminal ileumda, çekumla bitişik iki adet kistik oluşum bulundu. Kitlelerle birlikte çekum rezekte edilip ileo-kolik uç uca tek sıra anastomoz yapıldı. Histopatolojik incelemede kistin içinin sarı renkli sıvı ile dolu, kist duvarının intestinal tipte epitel ile dşşeli olduğu görüldü. Post operatif sekizinci günü şifa ile taburcu edildi.

Vaka 5: Yedi günlük erkek hasta, doğduğundan beri gaita çıkaramama ve kusma şikayeti ile getirildi. İntestinal atrezi ön tanısı ile acil ameliyata alınan hastada çıkan kolonda atrezi ve kistik kitle tesbit edildi. Kist ile birlikte transvers kolon ortasına kadar kolon rezeksiyon yapıp ileo-kolik uç uca tek sıra anastomoz yapıldı. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelenmesinde kolonun kistik duplikasyonu tanımlandı. Hastamız postoperatif 12. gün sepsis nedeniyle exitus oldu.

Tartışma

Gastrointestinal duplikasyonlar, bulunduğu barsak segmenti vasıtasıyla müşterek bir mezo yapısı, duvarında düz adale ve içerdiği çeşitli tiplerdeki intestinal mukozayla tanımlanan çocukların konjenital bir hastalığıdır. Tübüler ve kistik karakterdeki özellikleriyle iki ayrı kategoride incelenmesi, hastalığın teşhis ve tedavisinde olduğu gibi semptomatojisinde de gereklilik arzeder (2). Kistik duplikasyonların boşluğa bakan yüzeylerinin barsak endoteli ile dşşeli olması zamanla kistik kitlelerin büyük hacimlere ulaşması durumunda teşhis edilmelerine yardımcı olmaktadır (8). Halbuki tübüler duplikasyonlarda semptomlar daha geç ortaya çıkmaktadır. Kistik duplikasyonlarda genellikle kitle ve invaginasyon, halbuki tübüler duplikasyonlarda içerdiği heterotopik doku nedeniyle kanama daha ön plandadır (11). Heriki intestinal duplikasyon tipinin de yukarıdaki özellikleri gözönüne alındığında vakaların büyük bir kısmı akut karın tablosu ile acil cerrahi müdahaleyi gerektirmektedirler. Vakalarımızdan dördünde bu şekilde duruma karşılaşılmıştır.

Duplike olan barsak, kanlanmasını genellikle komşu olduğu barsak segmentinden karşılar ve bunun sonucu olarak iki barsak parçası arasında çok yakın bir ilişki doğmasına neden olur. Bu durum özellikle cerrahi işlem sırasında zorluklara neden olup, istenmeyen bazı durumlara sebebiyet verebilmektedir (7). Duplikasyonların % 50 sinde lokalizasyon ileum ve ileumun terminal kısmı olup, gastrointestinal traktusun özofagusdan rektuma kadar bütün bölgelerinde tek veya multipl duplikasyonlar görmek mümkündür (3). Vakalarımızdan birinde kolonda çift kistik duplikasyon bulunmuştur.

Terminal ileuma sık yerleşim gösteren kistik duplikasyonlar, komşu bulunduğu barsağa baskı ya da invaginasyon yaparak semptomatik hale gelmektedir. Vakalarımızdan üçünde invaginasyon tesbit edilerek acil ameliyat yapılmıştır. Duplikasyonlarda kız/erkek oranı duodenal vakaların dışında erkeklerin lehine olup, duodenal duplikasyonlarda bu oran eşit olarak rapor edilmektedir (5).

Gastrointestinal duplikasyonlarda tedavi, vakaların büyük bir kısmında acil girişim şeklindedir ve komplikasyonlara yatkındır. Kanama, volvulus, abdominal kitle, invaginasyon ve intestinal obstruksiyon çocuklarda akut karına sebep olan olaylardır (5).

Gastrointestinal duplikasyonlarda tedavi, vakaların büyük bir kısmında acil girişim şeklindedir ve komplikasyonlara yatkındır. Kanama, volvulus, abdominal kitle, invaginasyon ve intestinal obstruksiyon çocuklarda akut karına sebep olan olaylardır (5). Duplike barsakların müşterek mezosu, adale yapımındaki beraberlik, kitlenin büyüklüğü, tübüler yapının uzunluğu ile duodenal duplikasyonlardaki anatomik bölgenin hassasiyeti cerrahi bazen radikal girişimlere zorlayabilir (11). Fizeksiyon yapmak bazen zorluk çıkartabilir ve özellikle pankreatikobilier sisteme zarar verebilmesi yönünden kist ile duodenum arasında pencere açmak veya kistojejunostomi yapmak şikayetleri ortadan kaldıracaktır (4).

Duplikasyonlar gastrik mukoza içerdikleri zaman ülserasyon ve kanama hatta perforasyon en ciddi komplikasyonlardır. Müsküler yapı bırakılarak mukozanın soyularak çıkarılması çeşitli tehlikeleri olmakla beraber semptomların kaybolmasını sağlamaktadır (10). Uzun tübüler duplikasyonlarda komşu yapılara zarar vermeden iki barsak kısmının müştereken rezeksiyonu ve anastomoz denenebileceği gibi bazı hallerde özellikle fazla barsak çıkarılmasına mani olmak için duplike olan barsağın distali intestinal kanala anastomoz edilebilmektedir (11).

Günümüze kadar 250 duplikasyon vakasının yayınlandığı gözönüne alındığında cerrahi eksplorasyonda bu hastalar eğer yenidoğansa anüler pankreas, malrotasyon, superior mezenterik arter basısı gibi patolojiler ile de karşılaşabilmektedir (10). Künt karın travmaları sonucu gelişen cerrahi işlem anında da bu tip vakalarla karşılaşmak mümkündür (9).

Çocuklarda akut karın nedeni ile yapılacak tetkiklerde ve cerrahi kararlarda, intestinal duplikasyon olabileceği de düşünülürse daha emniyetli , daha hazırlıklı hareket edilerek bu gibi hastalarda başarılı olmak mümkün olabilir kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Ackerman NB: Duodenal cysts, diagnosis and operative management. *Surgery* 76: 330-333, 1974.
2. Basu R, Forshall I, Rickham PP: Duplications of the alimentary tract. *Br J Surg* 47: 477-484, 1960.

3. Favara BE, Ralph AF, Akers OR: Enteric duplications 37 cases A vascular theory of pathogenesis. *Am J Dis Child* 122: 501-506, 1971.
4. Hyman PE, Brennan MF, Head G, et al: Hyperamylasemia, duodenal duplication and pleural effusion in hereditary spherocytosis. *Dig Dis Sci* 26: 81-84, 1981.
5. İmmamoğlu KH, Walt AJ: Duplication of the duodenum extending into the liver. *Am J Surg* 133: 628-632, 1977.
6. Inouye Wy, Farrell C, Fitts WT et al: Duodenal duplication, case report and literature review. *Ann Surg* 162: 910-916, 1965.
7. Leenders EL, Osman MF, Suilarochana K: Treatment of duodenal duplications with international review. *Am Surg* 26: 368-371, 1970.
8. Soper RT: Enteric Duplications. *Çocuk Cerrahisi El Kitabı*. Copyright by Hacettepe University, Ankara 1985, ss 66-69.
9. Vellacott KD: Intramural hematoma of the duodenum. *Br J Surg* 67: 36-38, 1980.
10. Wayne ER, Burrington JD: Management of 97 Children with duodenal obstruction. *Arch Surg* 107: 857-860, 1962.
11. Wrenn EL: Tubular duplication of the small intestine. *Surgery* 52: 494-498, 1962.