

**PARADUODENAL HERNİLİ BİR HASTADA, YANLIŞLIKLILA
YAPILAN JEJUNO - KOLOSTOMİ**

Dr. Yücel ARITAŞ*

ÖZET : Paraduodenal herni, bir intestinal rotasyon ve fiksasyon anomalisidir. Buradaki makalede, intestinal obstruksiyon komplikasyonuna neden olan bir paraduodenal herni vakası takdim edilmektedir.

**INADVERTENT JEJUNO - COLOSTOMY IN A PATIENT WITH
PARADUODENAL HERNIA**

SUMMARY : Paraduodenal hernia is an abnormality of intestinal rotation and fixation. In this paper a case of paraduodenal hernia, complicated with intestinal obstruction is presented.

KEY WORDS. Paraduodenal hernia, inadvertent jejunocolostomy.

Malrotasyon, özellikle yeni doğan döneminde, akut mekanik intestinal obstruksiyonun önemli nedenleri arasında yer alır (2, 4, 5) ve midgut'ın normal rotasyonunun durması ile ilgilidir. Burada malrotasyonun özel bir tipi olan paraduodenal herniye (2, 7, 8) sekonder olarak gelişen akut mekanik intestinal obstruksiyona sahip bir çocukta yanlışlıkla yapılan jejunocolostomi ve bunun cerrahi yolla düzeltilmesi işlemi, literatür verileriyle karşılaştırılarak incelenmiştir.

VAKA TAKDİMİ : 25.11.1985 tarihinde, pediatri servisine kontrol edilemeyen ishal, solukluk ve yaygın ödem nedeniyle başvuran 26 aylık erkek çocuğun (A,Ö., Prot. No : 342002) anemnezinin incelenmesinde, 30.1.1985 tarihinde başka bir hastanede akut mekanik intestinal obstruksiyon ön tanısıyla hastaya laparotomi yapıldığı, yaygın adezyonlar nedeniyle pasajı sağlayabilmek için side-to-side ileo-transversostomi yapıldığı öğrenildi. Hastanemize müracaatında labaratuvar tetkiklerinde, Hb : % 3.3 gr., Löko-

(* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti.

sit : 11.200/mm³, NPN : % 10 mg, Na : 138 mEq/lt, K : 3.4 mEq/lt, Cl : 100 mEq/lt, Total protein : % 5.4 gr., Albumin : % 2.5 gr. olarak bulundu. Baryumlu kolon grafisinin çekilmesi sırasında, opak maddenin 5 dakikalık süre içinde tüm ince barsakları doldurduğu, oral yoldan baryum verilerek çekilen grafilerde ise opak maddenin süratle kolona geçtiği görüldü (Resim I).



Resim 1 : Yanlışlıkla yapılan jejunu - kolostomi nedeniyle, baryumlu kolon grafisinde tüm ince barsakların süratle dolması.

15 günlük hiperalimentasyon tedavisi ile diğer supportif tedbirlerin alınmasını takiben Hb : % II gr'a, Total Protein % 6 gr'a Albumin : % 3.3 gr'a yükseldi. 10.12.1985 tarihinde yapılan abdominal eksplorasyonda tüm ince barsakların ileri derecede distansiyona uğradığı, şeffaf periton özelliğinde ikinci bir zarla örtülü ol-

dukları saptandı. Bu örtü ile ince barsakların aralarında mevcut yaygın adezyonlar açıldı. İleoçekal bölge mobildi. İnce barsaklar ise periton boşluğunun daha ziyade sağ tarafına yerleşmişti. Olay klasik olarak II C tipi bir malrotasyondur. Bu malrotasyon (paraduodenal herni) sonucu, anastomozda ileum yerine, Treitz ligamentinden 50 cm distalden, jejunum ansı transvers kolona side - to - side olarak anastomoz edilmişti. Kontrol edilemeyen diarenin gerçek nedeni bu anastomozdu. Bu nedenle anastomoz bölgesi rezeke edildikten sonra, jejunumla jejunum arasında, ayrıca transvers kolonun açık kalan iki segmenti arasında uç - uca anastomozlar yapılarak intestinal pasaj, doğal haline dönüştürüldü. Postoperatif gidiş olaysızdı. Bütün vital bulgular pozitif olarak gelişti. Başvuru sırasında ağırlığı 8500 gr. olan çocuk 6. ay sonundaki kontrolünde 12.500 gr'a ulaştı. Bütün biyokimya değerleri normal sınırlar içinde idi.

TARTIŞMA : Barsakların rotasyon hareketinin I.safhası embriyonik hayatın 5 - 10 uncu haftasında olur, midgut'ın büyük bir kısmı ekstraembriyonik celom içindedir.

Rotasyonun 2. safhasında ise 10. hafta sonuna doğru, midgut tam olarak celomic boşluğa dönmüş ve saat yelkovanının tersi istikamette 270 derecelik bir dönüşle rotasyonunu tamamlamıştır (2). Duodenum bu safhada transvers kolonun arkasında ve superior mezenterik arterin önündedir. Bu safha ile ilgili anomaliler, 1) Nonrotasyon, 2) Malrotasyon, 3) Tersine rotasyon ve 4) Paraduodenal hernilerdir (2).

Paraduodenal herniler aynı zamanda internal hernilerin bir subgrupudur. Duodenumun sağında (1/3) veya solunda (2/3) olabilir (7).

Zimmerman ve Laufman'a göre, paraduodenal herni midgut'ın prearterial veya postarterial segmentinin inkomplet rotasyonu ile ilgilidir (8). Eğer prearterial segment, postarterial segmentin mesenterisi içinde rotasyon gösterir ve burada durursa ve postarterial segment normal rotasyon sürecini devam ettirirse, posterior abdominal duvara fikse olur. Bu durumda ince barsaklar mesenterik bir kese içinde kalacaktır ve inferior mesenterik damarlar kesenin

posterior kenarı boyunca uzanacaklardır. Böylece paraduodenal herni oluşur (2, 6, 7).

Eğer bunun tersine olarak, vakamızda da olduğu gibi, postarterial segment prearterial segmentin mesenterisi içinde tersine bir rotasyon gösterirse ve prearterial segment normal rotasyon ve fiksasyonunu tamamlarsa, ince barsaklar yine bir kese içinde kalacaktır. Bu durumda ise sağ tarafta paraduodenal herni gelişecektir (2).

Literatürde konu ile ilgili olarak Synder ve Chaffin 40 yenidoğan dönemi malrotasyon ve duodenal obstruksiyon vakası bildirmişler (6), Gardner ve Hart'ın 105 malrotasyon vakasından 88'inde mesenterik volvulus komplikasyonu ortaya çıkmıştır (5). Devlin 7 midgut malrotasyonunun, intermittent ağrı, kusma ve diare ile seyrettiğini bildirmiştir (4). Wang ve Welch'in 50 vakalık malrotasyon serisinin 5'ini paraduodenal hernili hastalar oluşturmaktadır (7). Buradaki ortak özellik ince barsakların normalden kısa oluşları ve açık renkli bir mezenterik kese ile sarılmalarıdır (7).

Brine ve Fraser 1956'da barsağın tersine rotasyonu nedeniyle gastrektomiden sonra yanlışlıkla gastroileostomi yapıldığını bildirmişler (3), Wang ve Welch ise buna benzer iki vaka takdim etmişlerdir (7).

Bu nedenle gastrointestinal cerrahide bu tip anomalileri hatırdanda bulundurmalı ve yanlışlıkla yapılmış by-pass operasyonlarını normal pasaja sağlayacak şekilde tekrar revizyona tabi tutmak gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arıtış Y, Yılmaz M : Malrotasyonun özel bir tipi. Paraduodenal herni. Kayseri Üniversitesi Tıp Fak. Mecmuası 4 : 155 - 160, 1982.
2. Bill AH : Malrotation of the intestine. In Ravitch MM, Welch KJ, Benson CD (eds) : Pediatric Surgery. Year Book Med Pub, Chicago 1979, pp 912 - 923.
3. Brine JAS, Fraser TR : Unintentional gastroileostomy after partial gastrectomy. Lancet 2 : 237 - 239, 1956.
4. Devlin BH : Midgut malrotation causing intestinal obstruction in adult patients. Ann Roy Coll Surg Eng 48 : 227 - 230, 1971.
5. Gardner, CE, Hart D : Anomalies of intestinal rotation as a cause of intestinal obstruction. Arch Surg 29 : 943 - 948, 1934.
6. Synder WH, Chaffin L : Embryology and pathology of the intestinal tract : Presentation of 40 cases of malrotation. Ann Surg 140 : 360 - 364, 1954.
7. Wang C, Welch SE : Anomalies of intestinal rotation in adolescent and adults. Surgery 54 : 839 - 844, 1963.
8. Zimmerman LM, Laufman HL : Intra - abdominal hernias due to developmental and rotational anomalies. Ann Surg 138 : 82 - 86, 1953.