

Ayın olgusu

Ayhan Söğüt¹, Kamil Varım Numanoğlu², Ceyda Acun¹, Gonca Üstündağ¹

Olgu

4 günlük kız hasta bir gün önce fark edilen kusma ve makattan kan gelmesi yakınmasıyla acil kliniğimize getirildi. Doğumda K vitamini yapıldığı ve ailede kalıtsal bir kanama hastalığı olmadığı öğrenildi.

Fizik muayene

Genel durumu orta, ikterik, yenidoğan refleksleri hipoaktif, turgoru azalmış, karın çökük, karaciğer kot altında 3 cm palpabl ve barsak sesleri hipoaktif idi. Anal bölge muayenesinde saat 9 hizasında bir adet fissür vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın bezinde pıhtılı ve taze kan saptandı. Nazogastrik aspirasyonda yaklaşık 40 ml safralı drenajı mevcuttu.

Laboratuvar incelemeleri

Beyaz küre 9600/mm³, hemoglobin 15,8 g/dl, hematokrit %47, trombosit 266 000/mm³, MCV 106 fL, periferik yaymada %80 polimorfonükleer hücre, %16 lenfosit, %4 monosit vardı. Aktive parsiyel tromboplastin zamanı 36 sn (42,6±8,62), protrombin zamanı 13,1 sn (12,4±1,46), fibrinojen 327 mg/dl (312 ±75), ALT 17 Ü/L, AST 39 Ü/L, total bilirubin 15,6 mg/dl, direkt bilirubin 1,6 mg/dl, C-reaktif protein (++++) idi. Diğer biyokimyasal incelemeler ve kan gazı normaldi. Ayakta direkt batın grafisi ve baryumlu kolon grafisi çekildi (Resim I,II).



Resim I



Resim II

¹ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ZONGULDAK

² Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, ZONGULDAK

Yazışma adresi: Dr. Ayhan Söğüt, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 67600 Kozlu/ZONGULDAK

Tel: 0 372 261 01 69/ 15 79

Faks: 0 372 261 01 55

e mail: ayhansogut29@yahoo.com

Alındığı tarih: 4.12.03, kabul tarihi: 1.7.04

Tanı-Tartışma

Resim 1: Ayakta direkt batın grafisi: Sağ üst kadranda yaklaşık 1 cm çapında gaz gölgesi dışında tüm batın kadranslarında “gazsız” görünüm dikkat çekicidir.

Resim 2: Baryumlu kolon grafisi: Çekumun sol üst kadrana malpozisyonu ve opak maddenin kolon proksimalinde tırbüşon “corkscrew” benzeri görünümde dağıldığı izlenmiştir.

Yenidoğanda alt gastrointestinal sistem (GİS) kanamasının önemli bir nedeni: Midgut Volvulus

Çocukluk çağında GİS kanamaları hekimleri ve aileleri telaşlandıran önemli bir sorundur. Gastrointestinal sistem kanama nedenleri çocukluk çağında yaş gruplarına göre farklılıklar gösterir. Yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan alt GİS kanama nedenleri sırasıyla anal fissür, nekrotizan enterokolit ve midgut volvulusudur (1). Midgut volvulus; rotasyon anomalisi nedeniyle orta bağırsak mezenterinin dar yapışması sonucu süperior mezenterik arter aksı üzerindeki bağırsakların saat yönünde torsiyone olması sonucu ortaya çıkan, iskemi ve nekrozla sonuçlanabilen ciddi bir anomalidir. Hastaların önemli bir kısmı ilk bir haftada klinik bulgu verir (2). Hastalığın ilk klinik bulgusu daha önceden sağlıklı olan bir bebekte aniden ortaya çıkan safralı kusmadır. Başlangıçta proksimal intestinal obstrüksiyon olur ve distal kolon boşalır. Bu nedenle alt abdomen skafoid (çökük) görünümündedir. Daha sonra gelişen intestinal iskemi ve mukozal bütünlüğün bozulması intraluminal kanama ve hematokezyaya yol açar. Hastalığın ilerlemesiyle tam obstrüksiyon ve nekroz ortaya çıkar. Bu evrede hastalarda abdominal distansiyon, hipovolemi, asidoz ve septik tablo gelişir (3).

Midgut volvulus tanısında öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları önemlidir. Kesin tanıda kontrast radyografiler ve doppler ultrasonografi kullanılır. Kontrastlı grafilerde tanı koyucu bulgular; Treitz bağının anormal şekilde sağ tarafa yerleşmesi, duodenal obstrüksiyon, abdomenin sağ tarafında jejunal loop'un dolması, çekumun veya çıkan kolonun abdomenin sol tarafında bulunması, opak maddenin tırbüşon “corkscrew” görüntüsü biçiminde izlenmesi gibi bulgulardır (4). Direkt grafiler tanısız olmamakla birlikte akut duodenal obstrüksiyon bulgusu olan “double-bubble” görünümünü, gazsız karın görünümünü veya bazen de distal intestinal obstrüksiyon bulguları verebilir (5).

Doppler ultrasonografi son yıllarda şüpheli olgularda superior mezenterik akımın değerlendirilmesinde tarama aracı haline gelmiştir. Bu yöntemle süperior mezenterik ven ve arterin dönmiş mezo kökünde girdap şeklindeki tipik akım patterni “whirlpool”

gösterilebilmektedir (6).

Midgut volvulus düşünülen hastanın tedavisi acil cerrahidir. Hastalar cerrahiye alınmadan önce kusma ve üçüncü boşluğa sıvı-elektrolit kaybı nedeniyle hızlı sıvı-elektrolit replasmanı yapılır ve zaman kaybetmeden ameliyata alınır. Operasyonda bağırsak ansları düzeltilir. Duodenuma bası yapan doğuştan bantlar “ladd” prosedürü ile açılır. Yaygın nekroz veya perforasyon durumunda rezeksiyon, birincil anastomoz veya ostomi yapılır (3).

Acil kliniğimize kusma ve rektal kanama ile getirilen hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar incelemeleri sonucunda, hastada alt GİS kanamaya yol açabilecek anne kanı yutulması, pıhtılaşma bozuklukları ve nekrotizan enterokolit gibi nedenler ekarte edildi. Hastada belirgin anal fissür saptanmakla beraber, safralı kusma ve ayakta direkt batın grafisinde gazsız abdomen görünümü izlendi. Bu nedenle çekilen baryumlu kolon grafisi ile hastaya midgut volvulus ön tanısı kondu. Hasta hızlı sıvı-elektrolit replasmanını takiben operasyona alındı. Operasyonda nonrotasyon anomalisi mevcuttu. Orta barsağın dar bir mezenter tabanı üzerinden saat yönünde volvule olduğu ve yaklaşık 20 cm'lik jejunal ansın nekroze olduğu görüldü. Doğuştan bantlar açılarak rezeksiyon ve uc uca anastomoz yapıldı.

Sonuç olarak; alt gastrointestinal kanama ile gelen yenidoğanlarda hayatı tehdit eden ve acil cerrahi girişim gerektiren midgut volvulus ayıncı tanıda mutlaka düşünülmeli ve ekarte edilmelidir.

Kaynaklar

1. Arensman RM. Gastrointestinal Bleeding. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG ed (s). Pediatric Surgery. St. Louis: Mosby, 1998: 1253- 6.
2. Seashore JH, Touloukian RJ. Midgut volvulus. An ever-present threat Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 43- 6.
3. Touloukian RJ, İde Smith E. Disorders of Rotation and Fixation. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG ed (s). Pediatric Surgery. St. Louis: Mosby, 1998: 1199- 14.
4. Schey WL, Donaldson JS, Sty JR. Malrotation of bowel: Variable patterns with different surgical considerations. J Pediatr Surg 1993; 28 : 96.
5. Kassner EG, Kottmeier PK. Absence and retention of small bowel gas in infants with midgut volvulus: mechanisms and significance. Pediatr Radiol 1975; 4: 28- 30.
6. Pracros JP, Sann L, Genin G. et al., Ultrasound diagnosis of midgut volvulus: the "whirlpool" sign. Pediatr Radiol 1992; 22: 18- 20.