

DUODENUM ÖN YÜZ DİVERTİKÜLÜ OLGU SUNUSU

M.E. İRFANOĞLU*, İ. COŞKUN**, A.R. HATİPOĞLU***, R. TAŞ***

ÖZET

Çocukluğundan beri epigastriumunda ağrı ve dolgunluk yakınmaları olan ve yapılan radyolojik ve endoskopik tetkiklerinde duodenum ön yüz divertikülü saptanan 21 yaşındaki kadın hasta, medikal tedaviden yarar görmemesi üzerine kliniğimize yatırıldı. Divertikülektomi ve transvers şekilde duodenum tamir ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası yakınmaları geçen hasta, iki yıldır kontrolümüz altında bulunmaktadır. Oldukça nadir rastlanan patoloji, klinik ve cerrahi özellikleri ile gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Duodenum, Divertikül.

SUMMARY

DUODENAL ANTERIOR WALL DIVERTICULUM A CASE REPORT

A 21-year old woman has been admitted in our clinic with the complaints of epigastric pain and fullness. A diverticulum was diagnosed at the anterior wall of the duodenum using radiologic and endoscopic techniques. Diverticulectomy and transversly duodenal wall repair was carried out with success since the patient had no benefit from the medical treatment. The patient has been found symptom free for two years. This rare entity and its clinical and surgical aspects were also discussed.

Key words: Duodenum, Diverticula.

GİRİŞ

Duodenum divertikülleri, bazan tüm duodenum duvarının da katıldığı, duodenum mukozasının dışa ya da içe doğru kıvrılmasıdır (1, 2, 3). Kör bir uçla sonlanan ve duodenuma açılan kese olarak tanımlanır (4). Gerçek insidansı bilinmemekle beraber, klinikte ve otopside bulunmasına bağlı olarak değişir (3). Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış-

* T.Ü. T.F. G. Cerrahi A.B.D., Prof. Dr.

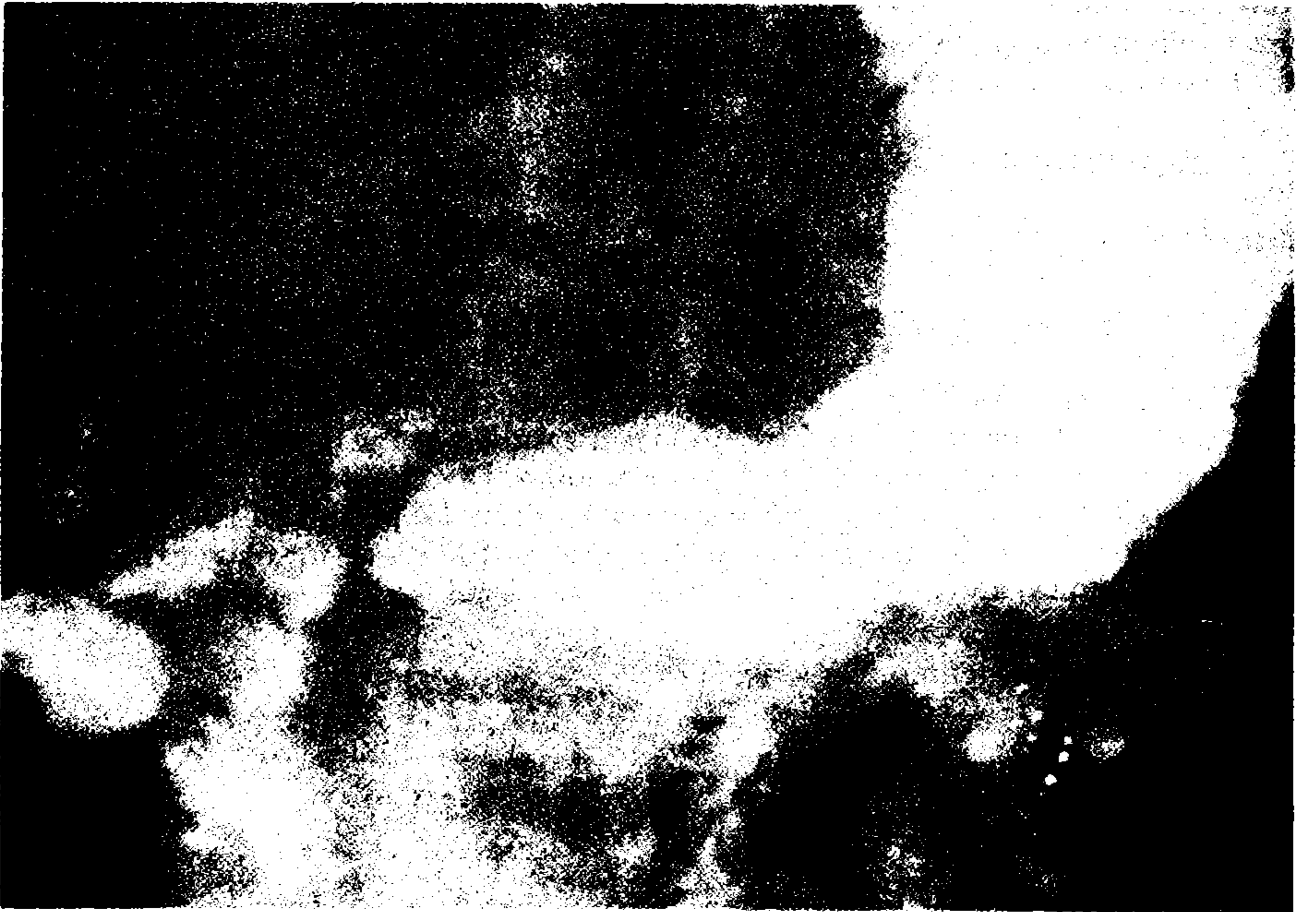
** T.Ü. Tıp Fak. G. Cerrahi A.B.D., Yard. Doç. Dr.

*** T.Ü. Tıp Fak. G. Cerrahi A.B.D., Araştırma Grv. Dr.

tır (5, 6). Tetkik ve tedavisini kliniğimizde yaptığımız hastada saptanan duodenum ön yüz divertikülü nadir görülmektedir. Bu nedenle duodenum divertikül bilgimiz literatür ışığında gözden geçirildi.

OLGU

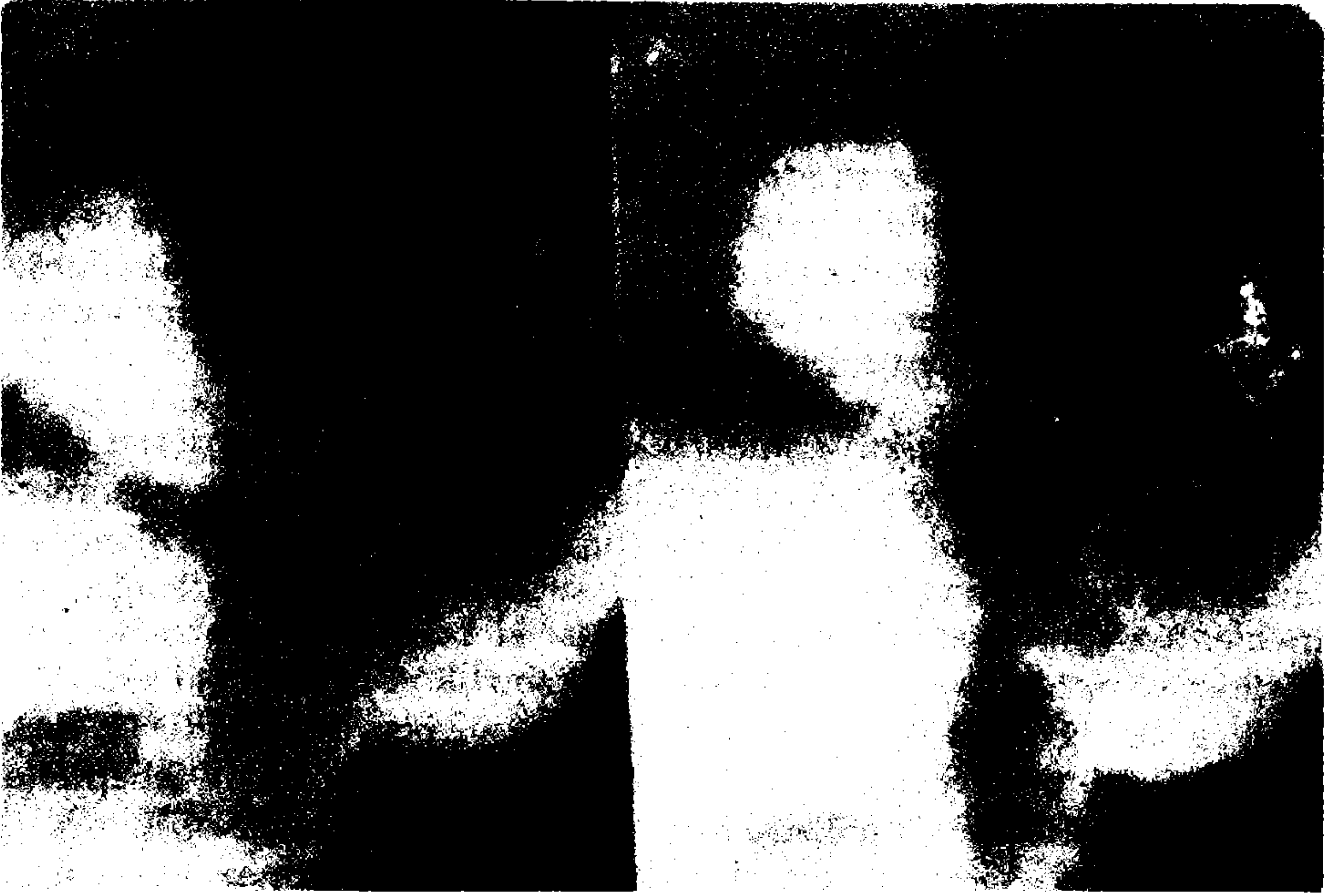
F.C., kadın, 21 yaşında, 3 yıllık evli, prot. no: 2187. Çocukluğundan beri epigastriumda zaman zaman yanma ve yemeklerle ilişkisi olmayan, künt vasıfta ağrı yakınmaları var. Son bir yıldır epigastriumda dolgunluk hissi tanınıyor. Bu yakınmalarla hekime giden hastaya, peptik ülser, özellikle tipik belirti vermeyen duodenal ülser olabilir düşüncesiyle baryumlu mide-duodenum grafisi çektilmiş. Duodenum ikinci kıta ön yüzde, kaidesi geniş olmayan divertikül saptanmış (Resim 1 ve 2). Bu



Resim 1. Duodenum ikinci kıta önyüzdeki divertikülün radyolojik görünümü.

radyolojik bulgular hastaya söylendikten sonra medikal tedaviye başlanmış. Epigastriumda duyduğu nörovejetatif distansiyon yakınması düzelmeyince gastroskopik tetkik önerilmiş. Endoskopide divertikül boyunun dar olduğu saptanmış. Radyolojik olarak da büyük olan divertikülün, yakınmaları açıklayıcı düşüncesiyle operasyonla çıkarıl-

masına karar verildi. Divertikülektomi ve kanama kontrolünü takiben, transvers şekilde 4/0 atravmatik suturelerle, tek kat, seromüsküler duodenum tamiri yapıldı. Postoperatif dönemde hastanın yakınmaları tamamen geçti.



Resim 2. Aynı divertikülün değişik açıdan görünümü.

TARTIŞMA

Duodenum divertikülleri, patolojik-anatomik tarifle ekstra ve intraluminal olarak ikiye ayrılır (1, 3). Intraluminal duodenum divertikülleri son derece nadir olup, dünyada 80 olgu bildirilmiştir (3, 6). Divertiküllerin %60-75'i duodenum ikinci kıtasında, daha çok medial duvarında ve periampuller bölgededir (1, 2, 3, 4, 5, 6). Geri kalanlar ise, duodenumun diğer bölümlerinde, lateral ya da medial duvarda yer alırlar (3). Bazı serilerde ise, divertiküllerin %96'sının ikinci kıtada medial veya lateralde yer aldığı bildirilmektedir (2). Olgumuzda rastladığımız ön yüz divertikülü ise alışılmış bir lokalizasyon değildir.

Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen yazarlardan bir bölümü konjenital olduğunu kabul etmektedir (5). Vaka-mızda semptomların erken çocukluk döneminden beri var oluşu konje-

nital kökenli olduğunu düşündürmektedir. Bazı yazarlar ise parsiyel bir duodenal diyaframın veya ampulla çevresinde kabalaşmış transvers mukoza kıvrımlarının uzun süre traksiyona uğratılıp genişlemesini ve doğuştan veya edinsel duodenal duvar defektlerini suçlamaktadır (1, 5, 6).

Genellikle soliter olan duodenum divertiküllerine, üst gastrointestinal serilerin %1-5'inde rastlanmaktadır (2, 3). Vakaların %10'u multipldir (1). Endoskopik incelemelerde ve otopsilerde ise bu oran artmakta ve %8-20 arasında bildirilmektedir (3). 40 yaşı altında çok seyrek ve yaş artışıyla insidens doğru orantılıdır (3). İntraluminal olan divertiküllerde cinsiyet dağılımında anlamlı bir fark yok iken ekstralüminal tip, kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (3, 6).

Duodenum divertikülleri genellikle asemptomatik seyrederler (1, 2, 3, 4, 5, 6). Semtom veren vakaların %20 kadarında yakınmalar, vakamızda olduğu gibi, çocukluktan beri vardır (5). Divertiküllerin %90'nından fazlası hiç bir belirti vermez (1, 3). Sıklık sırasına göre epigastrik ağrı, yemeklerden sonra karında dolgunluk hissi ki bunlar hastamızı hekime götüren semptomlardır, bulantı, kusma, kabızlık veya diyare, bazen kolik tarzında ağrı gibi tipik olmayan yakınma ve belirtiler vardır (1, 2, 3, 4, 5, 6). Semptom vermeyen duodenum divertikülleri değişik sebeplerle yapılan üst gastrointestinal sistemin radyolojik veya endoskopik incelemeleri sırasında saptanır ve herhangi bir tedavi gerektirmez. Divertikül duodenumun baryum opaklı hipotonik incelemesinde, duodenum lümenini daraltan, ince radyolüsen bir hatla çevrili kese şeklinde görülür (Şekil 1).

Duodenum divertikülü olgularında en sık görülen komplikasyon perforasyon olup sıklıkla safra yolları ve kalın barsakla fistül oluşturur (2). Divertikül duvarının ülserasyonu ile şiddetli kanamalar olabilir. Bir diğer komplikasyon ise divertikülittir (1, 2, 3). Ampulla Vater'e yakın divertiküllerde safra ile ilgili komplikasyonlar artar ve kolanjit, pankreatit, bilier taş ve obstruktif sarılık gibi komplikasyonlar daha sık görülür. Çünkü perivaterien divertiküllerde safra yolları distorsiyonu, obstrüksiyon ve staz olasılığı daha çoktur (2, 3). Olguların %40'ından çoğunda anuler pankreas, koledokosel, intestinal malrotasyon, mongolizm ve preduodenal portal ven gibi konjenital anomalilerin de var olduğu bildirilmiştir (5). İntraluminal divertiküllerde innervasyon bulunmadığından, divertikül bazen çok büyüyerek tam obstrüksiyona neden olabilir (6). Komplikasyonlarda mortalite %20-33 olarak bildirilmiştir (1, 2). Ol-

gumuzda yukarıda adı geçen anomali ve komplikasyonlardan hiç biri görülmedi ve ameliyattan iki yıl sonra şikayetsiz yaşamını sürdürüyor.

Komplike olmamış ve konservatif tedaviye cevap eden olgularda yakınmaların fazla olduğu dönemlerde spazmolitikler ve analjezikler verilir, gerekirse hiperalimentasyon yapılarak oral beslenme tamamen kesilir. Daha sonra posadan zengin sık ve az öğünlerle tedaviye devam edilir (1, 3). Konservatif tedavide yakınmaların nüks oranı fazladır. Komplike olmuş veya konservatif tedaviye cevap vermeyen ve ameliyatta engel herhangi bir durumun olmadığı durumlarda tedavi, cerrahidir (1, 3). Cerrahi tedavide duodenotomi ve divertikül eksizyonundan sonra duodenum pasaja engel olmayacak şekilde transvers olarak kapatılır (1, 2, 3, 4, 5, 6). Papillayı bulmanın güç olduğu durumlarda, harabiyetinden kaçınmak için, koledoktan duodenuma bir prob gönderilebilir (6). Koledok tıkanmalarında koledokoduodenostomi, perfore olmuş divertikül olgularında ise, eksizyonu takiben, jejunal bir halkadan hazırlanan seroza ile duodenuma yama yapılabilir (2, 3, 6).

Biz vakamızda, duodenum ön yüzüne lokalize olduğu için divertikülü kolayca rezeke ettik ve meydana gelen duodenum açıklığını da tek kat üzerinden transvers şekilde kapattık. Duodenumun ön yüzü, divertiküller için klasik bir lokalizasyon olmadığından, duodenum divertiküllerini tartışarak olgumuzu yayımlamayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Kellner H., Westermeier K., Wuttge R., Goebel F.: *Divertikulosa des Duodenumis*. Disch Med Wischr 113: 511-513, 1988.
2. Kiire C.F.: *Duodenal diverticula and their complications Cent AfJ Med* 32: 223-224, 1986.
3. Townsend C.M., Thompson J.C.: *Small intestine*. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, eds. *Principles of Surgery*. 5th edit. New York, McGraw-Hill Book Company, pp 1210-1211, 1989.
4. Thompson J.C.: *Stomach and Duodenum*. In: Sabiston DC, *Textbook of Surgery*. Philadelphia. W.B. Saunders Company, pp: 677-678, 1977.
5. Keay D.G., Abernety B.C.: *Intraluminal duodenal diverticulum*. J Royal Coll Surg 32: 171-172, 1987.
6. Kubo S., Sakai K.: *A case of intraluminal duodenal diverticulum associated with congenital biliary dilatation*. Am J Gastroenterol 81: 602-606, 1986.