

ÇOCUKLARDA OMFALOMEZENTERİK KANAL ANOMALİLERİ (Beş olgu münasebetiyle)

Bülent Timlioğlu*

Ertuğrul Karahüseyinoğlu**

Nezih Oygür**

Omfalomezenterik kanalın (Om-me. Ka.) obliterasyonu ve kaybolması sırasındaki bazı aksaklıklar bir dizi anomaliye neden olmaktadır. Değişik tiplerdeki bu anomaliler strangulasyon, invaginasyon, kanama, iltihap ve perforasyon gibi ağır komplikasyonlar yapabilirler. Neonatal dönemde Om-me.Ka. anomalilerinin en sık komplikasyonu intestinal tıkanma olup, yaşamı ciddi olarak tehlikeye sokar. Yazımızda 1975--1977 tarihleri arasında rasladığımız, cerrahi girişim nedeni primer olarak Om-me.Ka. anomalisine bağlı, beş olgu takdim edilmiştir. Başka nedenlerle yapılan ameliyatlar sırasında rastlanan vakalar bu seriye dahil edilmemiştir.

Embriyoda primitif barsak ile vitellus kesesi arasında uzanan Om-me.Ka. ve bunun damarları (vitellin arter ve ven), intrauterin hayatın 6-12. haftalarında, önce oblitere olur sonra kaybolur. Bu gelişmedeki eksiklik, lümeni tamamen açık kalan kanallardan, değişik şekillerle kısmen açık kalmış divertikül, kistlere, fistüllere veya oblitere bandlara kadar değişen oluşumlara neden olur (1,4). Bu anomalilerin en sık görüleni divertiküller (Meckel divertikülleri), en az görüleni ise kanal kistleridir. (3). Embriyolojik ve anatomik temelleri kesin olarak 1908 de Meckel tarafından bildirilen divertiküle ilk defa 1598 de Fabricus Hildanus değinmiştir (6). Başka nedenle yapılan ameliyatlarda da sık sık aranması, görülme olasılığını % 2 ye kadar çıkarmıştır (1,2). Distal ileumun antimesenterik tarafında yerleşen bu gerçek divertikülde 1/3 oranında diğer gastro intestinal sistem dokularına da rastlanılmaktadır (1). Bunlar arasında en önemlisi gastrik mukozanın bulunduğu hallerdir. Bu heterotopik mukoza divertikül içinde veya yakın ileum anslarında peptik ülserlere neden olarak perforasyonlar, çocuklarda sık görülebilen masif intestinal kanamalar yapabilir. Divertiküller iltihaplanabildiği gibi, bilhassa çocuklarda invaginasyona neden olurlar.

* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Profesörü

** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Uzman Asistanı

Om-me.Ka. ın tamamen açık kalması ise daha nadir bir anomalidir. Bu durumlarda göbeğin doğumdan sonra normal sürede kapanmadığı, göbekteki fistülden devamlı, kapsamı vakasına göre değişen, bir sekresyonun çıktığı görülür. Bu ıslak göbek olgusu, göbek tarafı açık kalmış kistik kanal artıklarında da vardır, hatta göbekte bariz fistül ağzı görülmese bile önemlidir (4). Om-me.Ka. ın veya vitellin damarların meydana getirdiği bandlar ise strangülasyon ve obstrüksiyonlara neden olmadıkları süre belli olmazlar. Bu komplikasyonlarına nadir olarak ileri yaşlarda da rastlanabilir. Nitekim bu seriye almadığımız 42 yaşındaki bir banyan hastamızda vitellin damar orijinli bir band, intestinal obstrüksiyona sebep olmuştu.

Yukarıda belirttiğimiz nedenlerle geç iyileşen, daimi sekresyon yapan, iltihaplanan göbek olguları, kateter veya stile sokulabilecek bariz bir fistül ağzı görülmese bile dikkatle araştırılmalı, bir anomali bulunur yahut şüphelenilirse komplikasyondan önce tedavi edilmelidir.

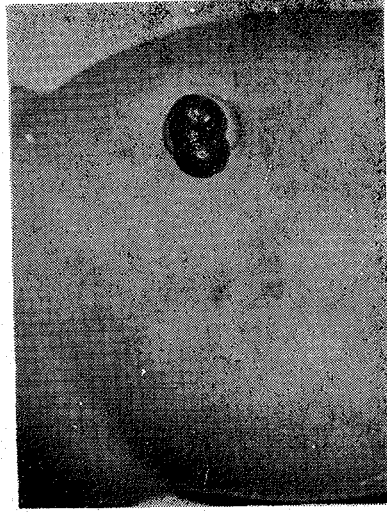
Materyel ve bulgular :

1975 - 1977 tarihleri arasında ameliyat ettiğimiz çocukların beşinde Om-me.Ka. anomalisinin neden olduğu durumlara rastladık. Hastalarımızın ameliyat nedenleri dört vakada intestinal obstrüksiyon, bir vakada umblikal fistülle beraber ıslak göbek olgusu idi. 4,20,22 gün 5 ay ve 4 yaşlarında olan çocuklardan 3 ü erkek 2 si kızdı (Tablo). Hastalarımızın üçünde açık Om-me.Ka. anomalisi vardı. Erkek kız oranı 2/1 di. Bu gurupda bir bebek iyileşmeyen ıslak göbek olgusu ile dikkati çektiği için komplikasyonlardan evvel, diğer iki bebek ise akut intestinal obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilmişti. İntestinal obstrüksiyonla ameliyat edilen ve tam açık Om-me.Ka, anomalisi olan hastalarımızdan birinde, kanalın proksimalindeki ve distalindeki ileum anslarının kanalla beraber «T» şeklinde karın dışına invajine olduğu görüldü (Resim 1). Her iki vakada da Om-me.Ka. etrafında ince barsak ansları strangülasyona uğramıştı. İki vakada da kanal ekstirpasyonu yapılmış, invaginasyon bulunan hastamızda barsak nekrozu nedeni ile ileo-çekal rezeksiyon ve ileo-kolostomi uygulanmıştı.

Göbek fistülü olgusu ile (Resim 2) erken ameliyat edilen hastamızda göbekte distal ileum arasında, geniş lümenli, açık bir Om-me.Ka. ve göbekten a. mesenterika superior un mesenterik köşesine uzanan, vitellin damarlara ait fibröz bir band vardı (Resim 3). Her iki olguda belki en kısa zamanda strangülasyon yapabilecek nitelikte idi. Her iki oluşumda çıkarıldı.



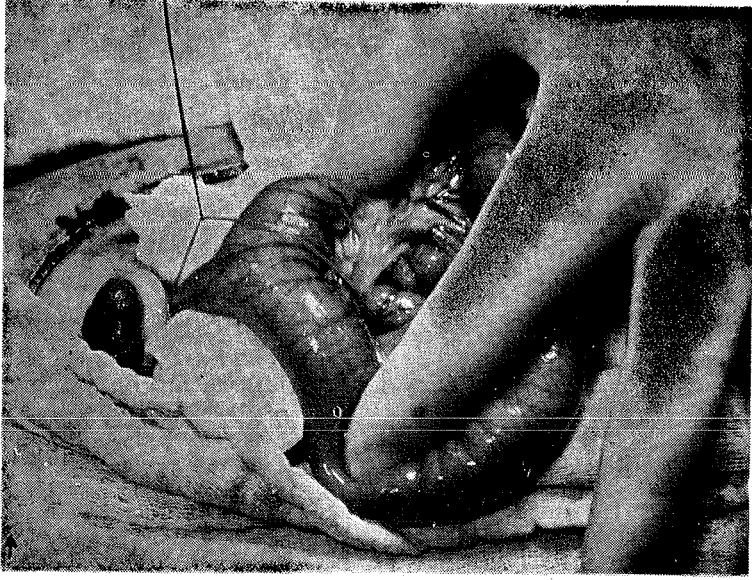
Resim - 1



Resim - 2

TABLO

No	Prot. No :	Cins	Yaş	Bulgular	Ameliyat	Sonuç
1	B.K. 222	Erk.	4 gün	Açık Om-me. Ka. + strangulasyon	om-me Ka Ekstr.	Şifa
2	M.A. 4798	Erk.	20 gün	Açık Om-me. Ka. + Vitellin damar bandı	om-me Ka Ekstr. + Vit. band Ekstr.	Şifa
3	F.B. 2179	Kız	22 gün	Açık Om-me. Ka. + invaginasyon + strangulasyon	om-me Ka Ekstr. + ileo-çekal rez.	Şifa
4	N.A. 1724	Erk.	4 yaş	Meckel Dilver. + İnvaginasyon	Divertikülektomi	Şifa
5	F.A. 3313	Kız	5 ay	Meckel Diver. + İnvaginasyon	Divertikülektomi + ileum rez.	Şifa



Resim - 3

Meckel divertikülü bulunan diğer iki vakada intestinal obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edildi. Ameliyat öncesi yapılan rutin laboratuvar ve röntgen tetkiklerinde ileus bulguları dışında etiyolojik nedene ait bilgi edinilememişti. İkisinde de divertikülün önce barsak içine invagine olduğu, onu ileo-çeko-kolik ingavinasyonun takip ettiği görüldü. Her iki vakada da divertikülün çıkarılması yanında deinvaginasyon yapıldı. Bir hastada nekroz nedeni ile ileum rezeksiyonu gerekti.

Olgularımızda Om-me.Ka. ileo-çekol valvülden 30-50 cm proksimalde distal ileum ile birleşiyordu. Kanalin lümeni 1-1,5 cm. arasında idi. Divertiküller 4,5 cm. uzunluğundaydı. Hastalarımızın hiç birinde başka intestinal organ anomalisi bulunmadığı gibi Om-me.Ka. ların histopatolojik tetkikinde heterotopik dokuya rastlanmadı. Beş hastamızda komplikasyonsuz şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Om-me.Ka.anomalilerini göbek bulguları, abdominal kitleler dışında önceden tanımak olanaksızdır. Bununla beraber, özellikle çocuklarda, ağrı, rektal kanama, ateş, diyare ile başlayan, intestinal obstrüksiyon invaginasyon bulguları bulunan hastalık tablolarında, Meckel divertikülü ve diğer kanal anomalilerini hatırlamak

yardımcı olabilir (1,2,4,5). Heterotopik mide mukozası bulunanlarda 99mTc-P ile yapılan sintigrafiler, kanama vakalarında aortagrafi büyük kistlerde lateral abdominal grafiler tanıda yardımcı olabilir (3,4,6,7). Beş vakamız içinde kanalın tamamen açık olduğu haller çoğunluktadır. Meckel divertikülü olanlarda invaginasyonun, kanal açıklıklarında strangülasyonun olması, peritonit, kanama, heterotopik doku olmaması dikkati çekmektedir. Dördü bir yaşından küçük hastalarımızın biri önceden tanımlanabilmiş, diğerleri akut karın tablosundan sonra kliniğe müracaat etmişlerdir.

ÖZET

İntestinal tıkanma ve göbek fistülü tanısı ile cerrahi girişim uygulanan beş vaka sunuldu. Bu vakalarda temel patolojinin omfalomesenterik kanal anomalisi olduğu saptandı. Konu ile ilgili literatür bilgileri gözden geçirildi.

SUMMARY

The Anomalies of Omphalomesenteric Duct in Children

Five cases diagnosed as intestinal obstruction and umbilical fistula were presented. In these cases, the cause of obstruction was related with the anomalies of omphalomesenteric duct. Literature on this subject has been reviewed.

KAYNAKLAR

1. Colcock, B.P., Braasch, J.W. : Meckels diverticulum. M.P.C.S., 12 : 145, 1968
2. Dorrela, W.L. : Meckel's diverticulum. Swenson Pediatric Surgery. Meredith Corp. USA 1969. pp. 649
3. Grosfeld, J.L., Franken, E.A. : İntestinal obstruction in the neonate due to vitelline duct cysts. Surg. Gynec. Obs., 138 : 527, 1974.

4. Michalland, G., Bensahel, H., Boureau, M. : Un cas exceptionnel l'ombilic suintant. *Annales de Chirurgie Infantile*, 13 : 183, 1972
5. Yamaguchi, M., Takeuchi, S., Awazu, S. : Meckel's diverticulum. *Amer. J. Surg.*, 136 : 247, 1978
6. Weinstein, E.C., Cain, J.C., Remine, W.H. : Meckel's diverticulum. 55 years of clinical and surgical experience. *J.A.M.A.*, 182 : 251, 1962
7. Wine, C., Narwold, D.L., Waldhausen, J.A. : Role of the technetium scan in the diagnosis of Meckel's diverticulum. *J. Pediatr. Surg.*, 9 : 885, 1974