

# Meckel Divertikülünün Yol Açtığı İnce Barsak Volvulusu; Olgu Sunumu

*Volvular Small Bowel Obstruction Due to Meckel's Diverticulum; A Case Report*

Özlem Balcı, Sertaç Akman, İbrahim Karaman, Ayşe Karaman

## Öz

Meckel divertikülü (MD) populasyonun %2 kadarında bulunan gastrointestinal sistemin en sık doğuştan anomalisidir. Olguların çoğunluğu asemptomatiktir, en sık komplikasyonları; inflamasyon, kanama ve barsak tıkanıklıklarıdır. Burada MD'nin oldukça nadir bir komplikasyonu olan 3 yaşında bir volvulus vaka-sı sunuyoruz. Klinik olarak ve görüntüleme yöntemleriyle barsak tıkanıklığından şüphelenilen hastalarda bu komplikasyon ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Meckel divertikülü, çocuk, volvulus

## Abstract

Meckel's diverticulum (MD) is the most common congenital abnormality of the gastrointestinal tract and found in approximately 2% of the population. Most patients are asymptomatic, the most common complications are inflammation, hemorrhage and intestinal obstruction. Here we present a volvulus case that is extremely rare complication of MD, in a 3 years old boy. This complication should be considered in the differential diagnosis when a child presents with the clinical and imaging features of intestinal obstruction.

**Keywords:** Meckel's diverticulum, child, volvulus

## İletişim Adresi:

Ayşe Karaman  
SBU, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM; Çocuk Cerrahisi Kliniği

SBU, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM; Çocuk Cerrahisi Kliniği

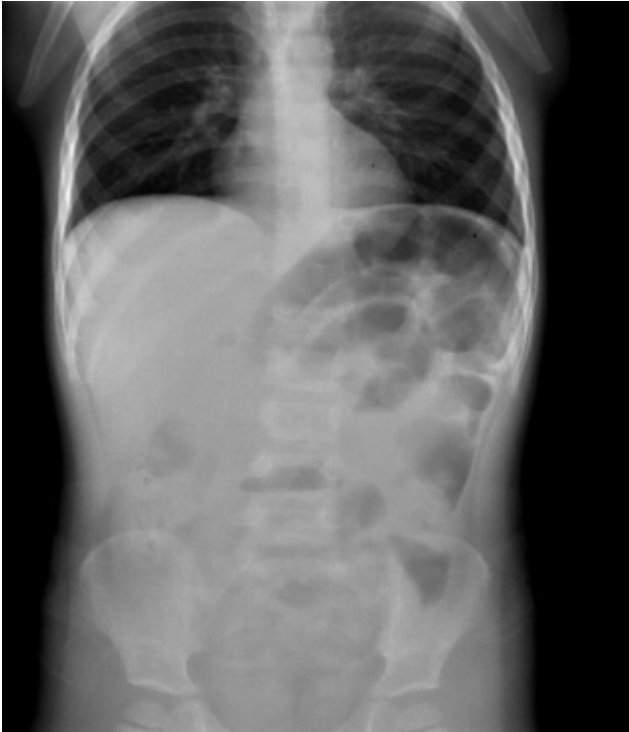
Makalenin Geliş Tarihi: 01.01.2018 Kabul Tarihi: 11.02.2018

## Giriş

Meckel divertikülü (MD) bir omfalomezenterik kanal artığı olarak tanımlanır ve gastrointestinal sistemin en sık görülen doğumsal anomalisidir<sup>(1)</sup>. Populasyonda görülme sıklığı %2'dir<sup>(1,2)</sup>. Olguların çoğunluğu asemptomatik olup, yaşam boyu sessiz kalabilir. Bir komplikasyon geliştiğinde ya da başka nedenlerle yapılan batin ameliyatlarında tesadüfen rastlanıp MD tanısı konabilir. Hayat boyu MD'ye bağlı komplikasyon gelişme oranı %4-16 olarak tanımlanmıştır<sup>(3,4)</sup>. İnflamasyon, kanama ve barsak tıkanıklıkları en sık komplikasyonlarıdır. Çocukluk çağında en sık karşılaşılan komplikasyonu kanama iken erişkin çağda en sık barsak tıkanıklık kliniği ile tanı alır<sup>(4,5)</sup>. Burada özellikle çocuklarda nadiren görülen, barsak tıkanıklık kliniği ile tanı alan 3 yaşında bir çocukta MD'ye bağlı gelişmiş volvulus vakası sunuyoruz.

## Olgu Sunumu

Üç yaşında erkek hasta üç gündür olan karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Karın ağrı-



**Resim 1:** Ayakta direkt karın grafisinde ileus görünümü

sı ilk başladığında aralıklı sancı şeklinde iken zamanla devamlı bir hal almıştı. Kusması önce mide içeriği sonra da safralı olmuştu, günde 7-8 kez kusması oluyordu. Şikayetlerine üçüncü gün 39 °C'yi bulan ateş de eklenmiş. Son üç gündür gayta çıkışı da olmayan hastanın fizik muayenesinde yaygın karın hassasiyeti mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde beyaz küresi 16700, CRP değeri 244'tü ve oldukça yüksek tespit edildi. Çekilen ayakta direkt karın grafisinde karın sol üst kadranda dilate barsak ansları dikkati çekti, ileus ile uyumlu idi (Resim 1). Yapılan abdominal ultrasonografisi; batında 16 mm'ye ulaşan serbest mayii ve içi sıvı dolu hareketleri azalmış barsak ansları izlendi, şeklinde rapor edildi. Hasta barsak tıkanıklık nedeniyle acil ameliyata alındı.

Ameliyatta çekum ve apendiks normaldi. İleoçekal valve 60 cm proksimalde oldukça dar tabanlı ve uzun bir MD'nin 30 cm kadar bir ileal segmenti çevreleyip tıpkı bir kement gibi boğarak segmental volvulusa neden olduğu görüldü. Eşlik eden konjenital bant izlenmedi. Et-kilenen ileal ansın dolaşımı bozulmuştu ve gangrenöz görünümdeydi (Resim 2). Bu bölge MD ile beraber rezek edilerek ileal uçlar anastomoz edildi.

Hastanın ameliyat sonrası takiplerinde sorun olmadı. Ameliyat sonrası dördüncü günde oral başlanan hasta, altıncı günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Rezeksiyon materyalinin histopatolojisi gastrik mukoza içeren MD ve ileal ansda hemoraji ve nekroz olarak rapor edildi.

## Tartışma

MD barsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür. İnce barsak mukozası içerebileceği gibi heterotopik gastrik mukoza, hatta pankreatik doku içerebilir<sup>6</sup>.

Çoğunlukla asemptomatiktir. Çocuklarda sıklıkla alt gastrointestinal sistem kanaması şeklinde klinik verirken erişkinde en sık MD komplikasyonu barsak tıkanıklıktır<sup>(3,4,7)</sup>. İçerdiği mukoza tipi, çevre barsaklara ya da göbeğe uzanan konjenital bandın varlığı, göbekte olan bağlantısının devam ediyor olması, MD'nin çapı ve anatomik yapısı klinik semptomları ve gelişebilecek komplikasyonları belirleyen başlıca özelliklerdir<sup>(2,3,8)</sup>. Ektopik



**Resim 2:** Meckel divertikülü ve gangrenöz barsak segmenti; ameliyat görüntüsü

gastrik mukoza içeren divertiküller daha çok kanama ile bulgu verirken doğumsal bant varlığında sıklıkla barsak tıkanıklık tablosu ile bulgu verirler<sup>(1,6)</sup>. Özellikle çocukluk çağında diğer bir barsak tıkanıklık nedeni MD'ye bağlı gelişen invajinasyonlardır. Özellikle tekrarlayan invajinasyon olgularında olası bir MD varlığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Volvulusa bağlı ince barsak tıkanıklığı MD'nin belki de en tehlikeli ve oldukça nadir görülen komplikasyonudur. Genellikle eşlik eden konjenital bir banda bağlı barsakların bu bant etrafında dönmesi sonucu volvulus tablosu gelişebilir<sup>(3)</sup>. Olgumuzda herhangi konjenital bir bant olmamasına karşılık MD'nin kendisi volvulusa neden olmuştur. Olgumuzda dar tabanlı ve uzun anatomik yapısı nedeniyle MD tıpkı bir kement gibi 30 cm lik bir ileal ansı sarmış, burada dolaşım bozukluğu ve gangrenle sonuçlanan volvulusa neden olmuştur. Bu ise oldukça nadir karşılaşılabilecek bir durumdur. Volvulus gelişen vakalarda hastanın klinik bulguları hızla kötüleşme gösterir. Bununla eş zamanlı olarak iskemiye bağlı etkilenen barsak segmentinin dolaşımı da hızla bozular. Tüm bunlar göz önüne alındığında bu vakalarda hızlı tanı koymak ve bir an önce hastayı stabilize edip tedavisini planlamak oldukça önemli ve hayat kurtarıcıdır.

MD tanısı koymak oldukça zordur. Çoğu olgu asemptomatik olduğu için genelde başka nedenlerle yapılan karın ameliyatlarında tesadüfen tanı alırlar. Ektopik gastrik mukoza içeren olgular genellikle ağrısız alt gastrointestinal sistem kanamasına neden olurlar ve Tc-99m perteknetat sintigrafisinde ektopik mukozal aktivitenin gösterilmesi ile tanı alırlar<sup>(5)</sup>. Ancak kanama dışı komplikasyonlarla semptom veren vakalarda kesin tanı koyduran bir test mevcut değildir. Barsak tıkanıklık kliniği ile gelen ve radyolojik olarak ileusu destekleyen bulgular varlığında; ayrıca tekrarlayan invajinasyon kliniği ile gelen hastalarda MD tanısı akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda kesin tanı laparotomi/laparoskopi ile MD varlığının gösterilmesi ile konabilir.

MD tedavisi cerrahi olarak eksize edilmesidir<sup>(1,2,4)</sup>. Asemptomatik olan ve tesadüfen saptanan olgularda MD'ye müdahale edilip edilmemesi konusunda görüş birliği yoktur. Bu vakaların tedavisi tartışmalıdır<sup>(8)</sup>. Semptomatik vakalarda, divertikülün yapısına göre cerrahi seçenekler değerlendirilir. Dar tabanlı, barsak pasajını etkilemeyen ve inflamasyonun barsak içerisine doğru devam etmediği olgularda sadece divertikülün kama şeklinde rezeksiyonu önerilirken; geniş tabanlı, barsak pasajı daraltan, iskemi, gangren ya da nekroz varlığında, ya da inflamasyonun barsak içlerine kadar devam ettiği olgularda ince barsak segmenter rezeksiyonu ve anastomoz işlemi önerilmektedir<sup>(2,3,4,7)</sup>.

MD nadir görülmesine ve çoğunlukla asemptomatik seyretmesine karşılık, hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlarla da karşımıza çıkabilmektedir. Karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvuran ve görüntüleme yöntemleriyle barsak tıkanıklık bulguları izlenen çocuklarda MD ve buna sekonder gelişebilecek volvulus komplikasyonu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med 2006;99(10):501-5.
2. Quarrie R, Lindsey D, Bahner DP. Review of the incidence and management of Meckel's diverticulum. Austin J Surg 2014;1(3):1015.

3. Blevrakis E, Partalis N, Seremeti C, et al. Meckel's diverticulum in paediatric practice on Crete (Greece): a 10-year review. *Afr J Paediatr Surg* 2011;8(3):279-82.
4. Gezer HÖ, Temiz A, İnce E, et al. Meckel diverticulum in children: Evaluation of macroscopic appearance for guidance in subsequent surgery. *J Pediatr Surg* 2016;51(7): 1177-80.
5. Rho JH, Kim JS, Kim SY, et al. Clinical features of symptomatic Meckel's diverticulum in children: comparison of scintigraphic and non-scintigraphic diagnosis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2013;16(1):41-8.
6. Francis A, Kantarovich D, Khoshnam N, et al. Pediatric Meckel's diverticulum: report of 208 cases and review of the literature. *Fetal Pediatr Pathol* 2016;35(3):199-206.
7. Dumper J, Mackenzie S, Mitchell P, et al. Complications of Meckel's diverticula in adults. *Can J Surg* 2006;49(5):353-7.
8. Karaman A, Karaman İ, Çavuşoğlu YH, et al. Management of asymptomatic or incidental Meckel's diverticulum. *Indian Pediatr* 2010;47(12):1055-7.