

İmperfore anüslü bir çocukta kolon atrezisi

Mete KAYA, Mehmet Emin BOLEKEN, M. Erdal MEMETOĞLU, Turan KANMAZ, Selçuk YÜCESAN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

ÖZET

Kolon atrezisi ile birlikte imperfore anüs çok az görülen bir durumdur. Bu olgu sunumunda, imperfore anüs nedeniyle ameliyat edilen bir çocukta ameliyat sırasında saptanan kolon atrezisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: İmperfore anüs, sigmoid web, intestinal atrezi

Colonic atresia in a child with imperforate anus

ABSTRACT

The colonic atresia accompanied with imperforate anus is very unusual condition. Herein, we report a case of imperforate anus associated with colonic atresia detected during operation.

Keywords: Imperforate anus, sigmoid web, intestinal atresia

GİRİŞ

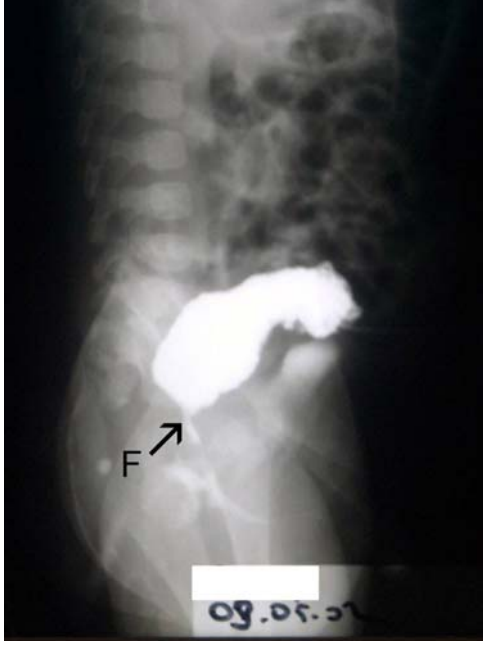
İmperfore anüslü olguların çoğunda diğer organları etkileyen bir veya daha fazla anomaliye rastlanabilmektedir (1). İmperfore anüsle diğer gastrointestinal anomalilerin oldukça geniş bir spektrumunda birlikte görüldüğü çok sayıda olgu ve hasta serisi bildirilmiştir (1-2). Ancak çok az sayıda kolon atrezisi ile birlikte olan olgu rapor edilmiştir (1-5). Bu yazıda imperfore anüslü bir bebekte kesin cerrahi onarım sırasında saptanan sigmoid atrezisi olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

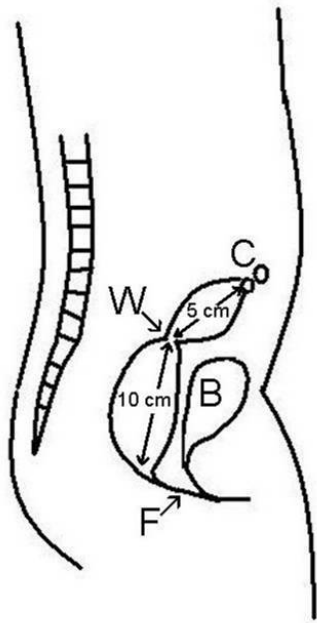
2500 gr erkek bebek, 30 yaşındaki sağlıklı anneden 39 haftalık spontan vajinal yolla doğmuş. Hastaya 12 saatlik iken imperfore anüs ve rektouretral fistül tanıları konularak, başka bir hastanede inen kolondan divize kolostomi yapılmış. Aynı hastanede 8 aylık olduğunda, hastaya başarısız posterosagital anorektoplasti (PSARP) uygulanması sonrasında hasta kliniğimize sevk edildi. Fizik muayenede sol alt kadranda divize sigmoid kolostomi ve perineal sagittal sulkusta sütüre edilmiş eski insizyonu mevcuttu. Rutin laboratuvar incelemelerde Hb:9.6 gr/dL, Htc:%27, BK:

14.200/mm³ olarak ölçüldü. Kan biyokimyasal analizi normal sınırlardaydı. VACTERL anomalileri açısından yapılan incelemelerde bir patoloji saptanmadı. Üretrografide yüksek rektouretral fistül bulundu. Distal kolostogram incelemesinde, rektouretral fistül dışında herhangi bir patoloji tesbit edilmedi. (Resim 1). Hasta kliniğimize başvurduktan 6 ay sonra, hazırlık ve lavmanlar sonrası kesin cerrahi onarım için ameliyata alındı. Cerrahi tedavi olarak Mallard'ın anterior abdomino-sakro-perineal anoplasti yöntemi seçildi. Mukozanın soyulması amacıyla serbestlenen distal kolonun, kolostomi ağzından yapılan pasaj kontrollerinde barsak lümeninin tıkalı olduğu görüldü. Barsak duvarı açıldığında, sigmoid kolonda tip I kolon atrezisi olduğu gözlemlendi. Lümen bir web ile tıkalıydı ancak, çok küçük bir açıklıktan devamlılık gösteriyordu. Atrezik kısım çıkarıldı. Kalan barsak segmentinin mukozası düz kaslardan soyularak, rektouretral fistüle ulaşıldı. Fistül bağlanarak uretranın arkasından, daha önce sakro-perineal olarak oluşturulan yoldan proksimal kolostomi ve inen kolona pull-through uygulandı. Hastanın ameliyat sırasında saptanan tüm anomalileri Resim 2' de şematize edilmiştir. Ameliyat sonrasında

erken ve geç dönemde komplikasyon gelişmeyen hastamız, ameliyat sonrası 12. günde taburcu edildi. 2 yıldan beri takip edilen hastada hafif gaita inkontinansı mevcuttur.



Resim 1. Distal kolostogram incelemesinde rektouretral fistül (F) izleniyor.



Resim 2. Ameliyat sırasında saptanan anomaliler. C:Kolostomi ağzı; W:Sigmoid web; B:Mesane; F:Rektüretral fistül

TARTIŞMA

İmperfore anüs 4000-5000 canlı doğumda bir görülür (1). Embriyolojik olarak, gastrointestinal sistemden ürogenital sistemi ayıran transvers septum (ürektal septum) ve kloakanın gelişim bozukluğundan kaynaklanmaktadır (6,7). Kolon atrezileri çok daha azdır ve yaklaşık 15.000-40.000 doğumda bir görülür (4,6,8,9). Kolon atrezilerinin embriyolojik kökeni tam olarak açıklanamamakla birlikte, intrauterin vasküler yetersizliklerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. İmperfore anüs ve kolonik atrezi birlikteliği için tatmin edici açıklama mevcut değildir.

İntestinal atreziler 1889'da Bland-Sutton (10) tarafından 3 tip olarak sınıflandırılmıştır. Tip-I atrezilerde; barsak lümeni membran, web veya diyafram ile devamlılığı kesintiye uğramıştır ve atrezik bölgedeki mezenter etkilenmemiştir. Tip-II atrezilerde, atrezik her iki barsak ucu birbirlerine fibröz bir band ile bağlıdır. Mezenter etkilenmemiştir veya yoktur. Tip-III atrezilerde ise, her iki atrezik uç arada bir mezenter defekti ile birbirlerinden ayrılmıştır. Hastamızda görülen sigmoid web, tip-I atrezidir.

Literatürün incelenmesinde, benzer özellik taşıyan imperfore anüs ile birlikte görülen üç kolon atrezisi olgusu saptanmış ikisine ulaşılabilmıştır. Ulaşabildiğimiz olgu sunumlarının birinde imperfore anüslü bir olguda cerrahi sırasında tip-I sigmoid atrezisi tanısı konulduğu ve tedavide atrezik kolon segmentinin rezeksiyonu ve perineal anoplasti uygulandığı öğrenildi (9). Ein (6) tarafından sunulan imperfore anüslü bir olguda; tip-I rektal atrezi ve tip-III sigmoid atrezi tesbit edilmiş ve atrezik barsak segmentinin rezeksiyonu sonrası kolon anastomozu ile tedavi edilmiştir.

Olgumuzda da kolon atrezisi kesin cerrahi operasyon sırasında saptandı. Her ne kadar ameliyat öncesi kontrastlı barsak incelemeleri yapıldıysa da, kolondaki bu doğumsal anomali saptanamadı. Tedavide

uyguladığımız cerrahi yöntem ve atrezinin distalde olması nedeni ile kolon rezeksiyonu ve anastomozu yapmadan pull-through uygulanabilmiştir. Yayımlanan olgularda ise, perineal yöntemler tercih edildiğinden kolon rezeksiyonu ve anastomozu uygulanmıştır.

İmperfore anüs ile birlikte kolon atrezisi görülmesi çok nadir bir durum olmakla birlikte, kesin cerrahi onarımdan önce ve ameliyat sırasında kolon atrezisi yönünden olguların daha dikkatli değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kiely EM, Pena A. Anorectal malformations. In: O'Neil JA, Rowe MI, Grossfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds.) Pediatric Surgery. St louis, Missouri: Mosby, 1998; Ch. 95.
2. Hassink EA, Rieu PN, Hamel BC, Sverijnen RS, vd Staak FH, Festen C. Additional congenital defects in anorectal malformations. Eur. J. Pediatr. 1996; 155: 477-82.
3. Pena A. Imperforate anus and cloacal malformations. In: Ashcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, Sigalet DL, Snyder CL (eds.) Pediatric Surgery. Philadelphia: Saunders Company, 2000; Ch. 35.
4. Trusler GA, Mestel AL, Stephens CA. Colon malformation with imperforate anus. Surgery 1959; 45: 328-34.
5. Tosovsky VV, Novak K. Congenital intestinal atresia. Int. Surg. 1969; 51: 438-42.
6. Ein SH. İmperforate anus (anal agenesis) with rectal and sigmoid atresias in a newborn. Pediatr. Surg. Int. 1997; 12: 449-5.
7. Dickinson SJ. Agensis of the descending colon with imperforate anus. Correlation with modern concepts of the origin of the intestinal atresia. Am. J. Surg. 1967; 113: 279-81.
8. Schiller M, Aviad I, Freund H. Congenital colonic atresia and stenosis. Am. J. Surg. 1979; 138: 721-4.
9. Nitta K, Iwafuchi M, Ohsawa Y, Uchiyama M, Yamagiwa I, Hirota M, Naito M, Hirokawa K. A case of congenital colonic atresia associated with atresia ani. J. Pediatr. Surg. 1987; 22: 1025-6.
10. Bland-Sutton JD: Imperforate ileum. Am. J. Med. Sci. 1889; 98: 457-62.

Yazışma adresi:

Mete KAYA,
Harran Üniversitesi Arş. ve Uyg. Hastanesi
Çocuk Cerrahisi AD 63100,
Şanlıurfa
Tlf: 0 (414) 341 00 82
Fax: 0 (414) 315 11 81
E-mail: kayamete@yahoo.com