

Yenidoğanda gastrointestinal sistem obstrüksiyonları-I

Gastrointestinal system obstructuions in neonatal period-I

Ergun Erdoğan

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye***Özet**

Yenidoğanda gastrointestinal sistem obstrüksiyonlarından prenatal dönemde şüphe edilebilir ve postnatal dönemde teyit edilerek tanı konur. Hamile bir annenin gebelik döneminin iyi sorgulanması, gastrointestinal sistem obstrüksiyonlarını düşündürmesi açısından bazı ipuçları verebilir. Ailede veya akrabalarında konjenital bir defektin mevcudiyetine dair bir anamnez çocuğun daha dikkatli muayene edilmesine yol açacaktır. Polihidramnios hemen daima özel bir dikkati gerektiren bir belirtidir. Polihidramnioslu annelerden doğan çocukların %5-10'u gastrointestinal sistem obstrüksiyonuna sahiptir. Doğumdan sonra (Postnatal dönemde) İnceleme tanının konmasında hatta hastaların %90'ında tedavinin planlanması için yeterlidir. (*Türk Ped Arş 2010; 45 Özel Sayı: 35-7*)

Anahtar sözcükler: Anal atrezi, özofagus atrezisi, VATER sendromu

Summary

The suspect of gastrointestinal system obstructions rises in the prenatal period and confirmation and diagnosis are made postnatally. Thorough questioning of gestational period of a pregnant mother gives some clues in terms of gastrointestinal system obstructions. Anamnesis indicating the presence of a congenital defect in the family or relatives would lead to more careful examination of the child. Polyhydramnios is an indication requiring special attention almost everytime. Five to ten percent of the infants born from the mother with polyhydramnios have gastrointestinal system obstructions. Inspection and physical exam, following the birth (in the postnatal period) is sufficient in diagnosis and even planning the treatment for the 90% of the patients. (*Turk Arch Ped 2010; 45 Suppl: 35-7*)

Key words: Esophageal atresia, Hirschsprung's disease, VATER syndrome

Özofagus atrezisi

Özofagus atrezisinin tipleri hakkında bilgi sahibi olmak, Kliniğini değerlendirmede önemlidir. Özofagus atrezisinin 5 ana tipi vardır.

- Distal trakeoözofageal fistüllü özofagus atrezisi, sıklığı %86
- İzole özofagus atrezisi, sıklık %7a
- Trakeoözofageal fistül (H veya N fistül), sıklık %4
- Proksimal trakeoözofageal fistüllü özofagus atrezisi, sıklık %2
- Distal ve proksimal trakeoözofageal fistüllü özofagus atrezisi, sıklık %1'den az

Özofagus atrezisi tanısı prenatal ve postnatal dönemde konur. Özofagus atrezisinde fetus amnios sıvısını yutamaz

ve polihidramnios gelişebilir. Polihidramnios özellikle distal trakeoözofageal fistülü olmayan olgularda belirgindir. Prenatal dönemde tanı sıklıkla polihidramnios saptanan bebeklerde eşlik eden diğer anomalilerin de ultrasonografide görülmesi ve özofagus atrezisinden şüphe edilmesi ile konur.

Özofagus atrezisi tanısı prenatal ve postnatal dönemde konur. Özofagus atrezisinde fetus amnios sıvısını yutamaz ve polihidramnios gelişebilir. Polihidramnios özellikle distal trakeoözofageal fistülü olmayan olgularda belirgindir. Prenatal dönemde tanı sıklıkla polihidramnios saptanan bebeklerde eşlik eden diğer anomalilerin de ultrasonografide görülmesi ve özofagus atrezisinden şüphe edilmesi ile konur.

Doğum sonrasında özofagus atrezisi tanısı yenidoğanın fizik muayenesi sırasında konulur. Ağızda bol tükürük olması özofagus atrezisini düşündürmelidir. Burundan 10 numara

ra nazogastrik sondanın 11-12 cm'den fazla ilerletilememesi özofagus atrezisi tanısını koydurur. On numaradan küçük nazogastrik sonda kullanılmamalıdır. Küçük numaralı sondalar özofagus içinde kıvrılır ve yanlış tanı koydurur. Aynı aşamada her iki burun deliğinin de açık olup olmadığı yine nazogastrik sonda ile değerlendirilmelidir. Burun deliğinden nazogastrik sonda ilerletilememesinin en sık nedeni koanal atrezidir ve tek veya çift taraflı olabilir.

Özofagus atrezisi tanısı konulan bebeklerde kıvrık olan nazogastrik sonda hasta üzerinde iken çekilen düz kafa, toraks ve batını içeren grafi de (Babygram) çekilir. Kontrast madde yutturularak da özofagus atrezisi tanısı konulabilir ancak aspirasyon riski vardır. Film bulgularına göre özofagus atrezili bebekte özofagus atrezisi tipine karar verilir. Distal trakeaözofageal fistüllü özofagus atrezisi bulunan bebeklerde özofagus üst uçta kıvrık nazogastrik sonda vardır ve/veya içi hava ile dolu üst atretik özofagus poşu babygramda görülür ve soluk yolu ile alınan hava distal trakeaözofageal fistülden mideye geçtiği için batında gaz gölgeleri ve hava ile dolu geniş bir mide görülür (1,2).

Duodenal atrezi

Polihidramnios bunda da önemli bir bulgudur. Geç intrauterin dönemde yapılan ultrasonografide genişlemiş mide şüpheyi artırır. Doğum sonrası ayakta çekilen düz karın grafisinde çift hava sıvı seviyesinin saptanması tanıyı koydurur (3).

İnce barsak atrezileri

Jejuno-ileal atrezilerde klinik bulgular safralı kusma, karın distansiyonu ve mekonyum çıkaramama şeklindedir. Olguların yaklaşık 1/4'ünde polihidramnios görülür. Ayakta çekilen direkt karın filmine hava sıvı seviyeleri gösteren barsak ansları görülür. Hava sıvı seviyesi ne kadar azsa atrezi o kadar yüksek seviyede, ne kadar çoksa atrezi seviyesi o kadar aşağıdadır. Baryumlu kolon grafisinde kullanılmamış kolonun görülmesi tanının konmasına önemlidir. Ayırıcı tanıda Hirschsprung hastalığının uç bir formu olan Total Kolonik Aganglionosis düşünülmelidir (4,5).

Anorektal malformasyonlar

Anorektal malformasyonlar, en sık görülen doğumsal anomalileri arasındadır ve yeni doğanda cerrahi tedavi gerektiren sindirim sistemi anomalilerin 1/4'ünü oluşturmaktadır. Literatürde 1500 ile 5000 canlı doğumda bir oranında görülmekte ve erkek/kız oranının 1,4:1 ile 1,6:1 olduğu bildirilmektedir. eşlik eden anomali oranı sıktır ve hastaları hayat boyu üriner, fekal hatta seksüel sorunlarla karşı karşıya bırakabilirler.

Günümüzde malformasyonun tipi ile tedavi yaklaşımını vurgulayan ve Alberto Pena tarafından önerilen sınıflandırma tüm dünyada kullanılmaktadır (Tablo 1).

Tanıda en önemli fizik muayene bulgusu inspeksiyondur. Yenidoğan bir bebeğin perianal bölgesine bakıldığında anüsün olmaması, anorektal malformasyondan bahsedileceği gibi dikkatli gözlem, tipi hakkında da karar verilebilir.

Erkek bebekte anüsün olması gereken çukurluktan başlayan ve orta hat boyunca perinede uzanan ve skrotal rafe-den penisin ventral yüzü boyunca herhangi bir yerden mekonyum çıkışını gösteren bir fistülün bulunması, anomalinin alçak tip olduğunu, meatus ünariüs eksternustan mekonyum gelmesi ise üriner sistemle bir fistülün bulunduğunu düşündürür.

Kız bebeklerde ise perineye bakıldığında; normalde üriner meatus, vajina ve anüsün görülmesi gerekir. Eğer perianal bölgede tek bir orifis görülürse anomalinin kloaka olduğu, sadece üriner meatus ve vajinanın görülmesi ise anal atrezi olduğunu düşündürmelidir. Fistüllü olgularda mekonyum çıkışı olduğu için bebeğin normal bir anüse sahip olduğu kanısı uyandırmamalı ve anüsün ve vajinanın dikkatle incelenmesi gerekmektedir.

Aynı zamanda, her iki cins bebekte de gluteal adalelerin görünümü son derece önemlidir. Eğer düz bir perine ya da gluteal sulkusun iyi gelişmediğinin gözlenmesi anomalinin yüksek tip olduğunu düşündürmelidir. Bu durum, anatomide sözünü ettiğimiz adale kompleksinin iyi gelişmediğini ve bebeğin prognozu açısından ilerde kontinansı hakkında da bilgi vermektedir. Düz bir perine, bebeğin kakasını tutamama olasılığının yüksek olduğunu hatırlatmalıdır.

Anorektal malformasyonlar, çeşitli ek anomali ve sendromların en önde görülen klinik belirtisidir. Bu ek anomalilerin saptanması ve sendromların adının konması nüks riskini değerlendirmek için temel amaçtır.

VATER sendromu: Vertebral anomali, Anal atrezi, özofagus atrezisi ve Trakeo-Esofageal fistül, Renal ya da Radial anomali en göze çarpanıdır ve akılda kalması açısından önerilmiş kısaltmalardır. Cardiac anomaliler iştirak ederse CRAVET anagramı ve ekstremite anomalileri de iştirak ederse VACTERL kısaltması sıklıkla kullanılmaktadır.

TOWNER-BROCKS sendromu: Klinik belirtileri

1. Anorektal malformasyon
2. El anomalileri
3. Dış kulak malformasyonları ve nörosensorial işitme kaybı
4. Ayrıca kardiyak ve üriner sistem anomalileride tanımlanmıştır
5. Değişik derecelerde mental gerilikte gözlenebilir.

Tablo 1. Pena sınıflandırması

Erkek	Kız
- Perianal fistül, anal stenoz, anal membran "bucket handle malformation"	- Perianal fistül
- Rektoüretal bulbar fistül	- Vestibular fistül
- Rektoüretal prostatik fistül	- Vajinal fistül
- Rektovesikal fistül	- Fistülsüz anorektal agenezi
- Fistülsüz anorektal agenezi	- Rektal atrezi ve stenoz
- Rektal atrezi ve stenoz	- Persistan kloaka

FG sendromu: Klinik belirtileri

1. Merkezi sinir sistemi anomalileri
2. Karakteristik yüz görünümü
3. Geniş başparmaklar ve halluces
4. Muhtemel anorektal malformasyonla ilgili belirgin kabızlık
5. Genital malformasyonlar

CURRARINO sendromu:

1. Anorektal malformasyon
2. Sakral agenezi
3. Presakral kitle dir.

CAT-EYE sendromu:

1. Anorektal malformasyon
2. Coloboma
3. Mikroftalmi
4. Dış kulak yolu atrezisi ile beraber auriküler eklentiler
5. Hipertelorizm

Üriner sistem anomalileri tüm anorektal anomali grubunda ortalama %20-54 arasında değişmektedir. Ortaya çıkacak hidronefroz, ürosepsis ve metabolik asidoz prognozu kötüleş-tiren tablolardır ve araştırılması ihmal edilmemelidir (6,7).

Mekonyum ileusu

Anormal intestinal mukus üretimi ve pankreatik eksokrin yetersizliği, anormal mekonyum gelişmesine tesir eden ana faktörler olarak görülür. Kistik fibrozis en sık ciddi genetik defektir. Mekonyum ileus:

1. *Komplikasyon olmamış (basit):* Koyu ve yapışkan olan anormal mekonyum distal ilumda obstrüksiyona neden olur.

2. *Komplikasyon olmuş:* Mekonyumla dolu barsak; vol-vulus, perforasyon ve mekonyum peritonite neden olur. Bu-da kist ve atrezisi şeklinde sonuçlanabilir.

Basit mekonyum ileusunda, drekt karın grafisinde hava sıvı seviyesi olmadan dilate anslar görülür. Hava mekoyu-mun içine girerek özellikle sağ alt kadranda sabun köpüğü veya buzlu cam dediğimiz görünümü oluşturur. Buna Ne-uhauser belirtisi denir.

Ayırıcı tanıda Baryumlu kolon grafisi önemlidir ve aşağı-daki distal barsak obstrüksiyon nedenleri göz önüne bulun-durulmalıdır (8,9).

- Mekonium plug sendromu
- Small left colon sendromu
- İleal atrezisi
- Kolonik atrezisi
- Hirschsprung hastalığı.

Kaynaklar

1. Daver Yeker. Özofagus Atrezisi ve Trakeo-Özofageal Fistüller. İçinde: Daver Yeker: Çocuk Cerrahisi. Avrupa Tıp, 2005: 249-59.
2. Ergun Erdoğan, Mehmet Eliçevik. Özofagus Atrezisi. İçinde: Nur Danişmend. Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İst.Üni. Yayınları, 2009: 175-82.
3. Daver Yeker. Duodenal Atrezisi ve Stenozlar. İçinde: Daver Yeker. Çocuk Cerrahisi. AvrupaTıp. 2005: 303-9.
4. Sinan Celayir. İnce ve Kalın Barsak Atrezileri. İçinde: Nur Danişmend. Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İst.Üni. Yayınları, 2009: 197-202.
5. Daver Yeker. Jejuno-İleal Atrezisi ve Stenozlar. İçinde: Daver Yeker. Çocuk Cerrahisi Avrupa Tıp. 2005: 309-15.
6. Ergun Erdoğan. Anorektal Malformasyonlar. İçinde: Daver Yeker. Çocuk Cerrahisi. Avrupa Tıp. 2005: 379-93.
7. Ergun Erdoğan. Anorektal Malformasyonlar. İçinde: Nur Danişmend. Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İst.Üni. Yayınları, 2009: 203-20.
8. Sinan Celayir. Mekonyum İleus. İçinde: Nur Danişmend. Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı. İst.Üni. Yayınları, 2009: 243-6.
9. Daver Yeker. Mekonyum Hastalıkları. İçinde: Daver Yeker. Çocuk Cerrahisi. Avrupa Tıp. 2005: 321-7.