

Omfalomezenterik Kanal Artığına Bağlı Umbilikal Sinüs

Mustafa İNAN¹, Ümit Nusret BAŞARAN², Çağatay AYDINER³, Süleyman AYVAZ³, Sinan AYHAN³

ÖZET

Omfalomezenterik kanal artıkları toplumun %2 sinde bulunmaktadır. Ancak bu artıkların çok az kısmı bir tedaviyi gerektirecek patolojilere sebep olur. Kliniğimize ara ara idrar yaparken göbeğinden akıntı gelen, bu sebeple urakus fistülü düşündüğümüz fakat ameliyat esnasında umbilikal sinüs, vitellin bandı ve Meckel divertikülü tanısı konularak total eksizyon ve ileplasti yapılan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Umbilikal sinüs, Urakus, Vitellin bandı, Meckel divertikülü, Omfalomezenterik kanal artığı.

SUMMARY

Incidence of omphalomesenteric remnants is 2%, but a few cases cause pathologic condition which require treatment. We presented a boy with the complaint of seropurulent discharge from his umbilicus during micturation. This discharge could be due to an urachal sinus. At laparotomy, we found an umbilical sinus, vitellin band and Meckel's diverticulum. Total excision of the umbilical sinus and Meckel's diverticulum along with an ileoplasty were performed.

Key Words: Umbilical sinus, Urachus, Vitellin Band, Meckel's diverticulum, Omphalomesenteric duct remnant.

GİRİŞ

Omfalomezenterik kanal artıkları insanların %2 sinde görülür(1). Fakat bu olguların %4-35inin tedaviyi gerektirecek patolojilere sebep olduğu bildirilmektedir. Ortalama olguların %25inin semptomatik olma olasılığı kabul edildiğinde, insanların tüm hayatları boyunca omfalomezenterik kanal artığına bağlı bir patoloji geçirmeleri olasılığı %0.5 dir(1). Semptomatik omfalomezenterik kanal artıklarının da %5-10 u umbilikal patolojilerdir(2).

OLGU SUNUMU

Ailesinin son bir yıldır göbeğinde akıntı ve kızarıklık farkettiği 3.5 yaşında erkek çocuk. Altı ay öncesine kadar ara ara idrar yaparken birkaç damla halinde göbeğinden berrak akıntı geliyormuş. Fizik muayenede göbek ve çevre cildinde kızarıklık, ödem ve hafif seropürülan akıntı mevcuttu. İç çamaşırlarında da lekelenme saptandı. Göbek içinde bir sinüs ağzı görülemedi. Yakınmalarının urakus fistülü ile uyumlu olduğu düşünülerek sistografi çekildi fakat bir patoloji saptanmadı. Genel anestezi altında ameliyata alınan hastada önce göbek altı gülümseyen yüz şeklinde bir insizyon ile ekstraparitoneal sahada urakus fistülü veya sinüsü arandı. Normal olarak

oblitere olmuş mesane orta bağı ile karşılaşıldı. Bunun üzerine omfalomezenterik kanal artığı aramak üzere periton açıldı. Yapılan eksplorasyonda üç cm uzunluğunda umbilikal sinüs devamında iki cm boyunda vitellin bandı ve beş cm boyunda Meckel divertikülü saptandı(Şekil 1). Umbilikal sinüs ve Meckel divertikülü eksize edilerek ileoplasti yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda içi barsak epiteli ile döşeli umbilikal sinüs ve Meckel divertikülü olduğu saptandı. Hasta sorunsuz olarak ameliyat sonrası dördüncü gün taburcu edildi.

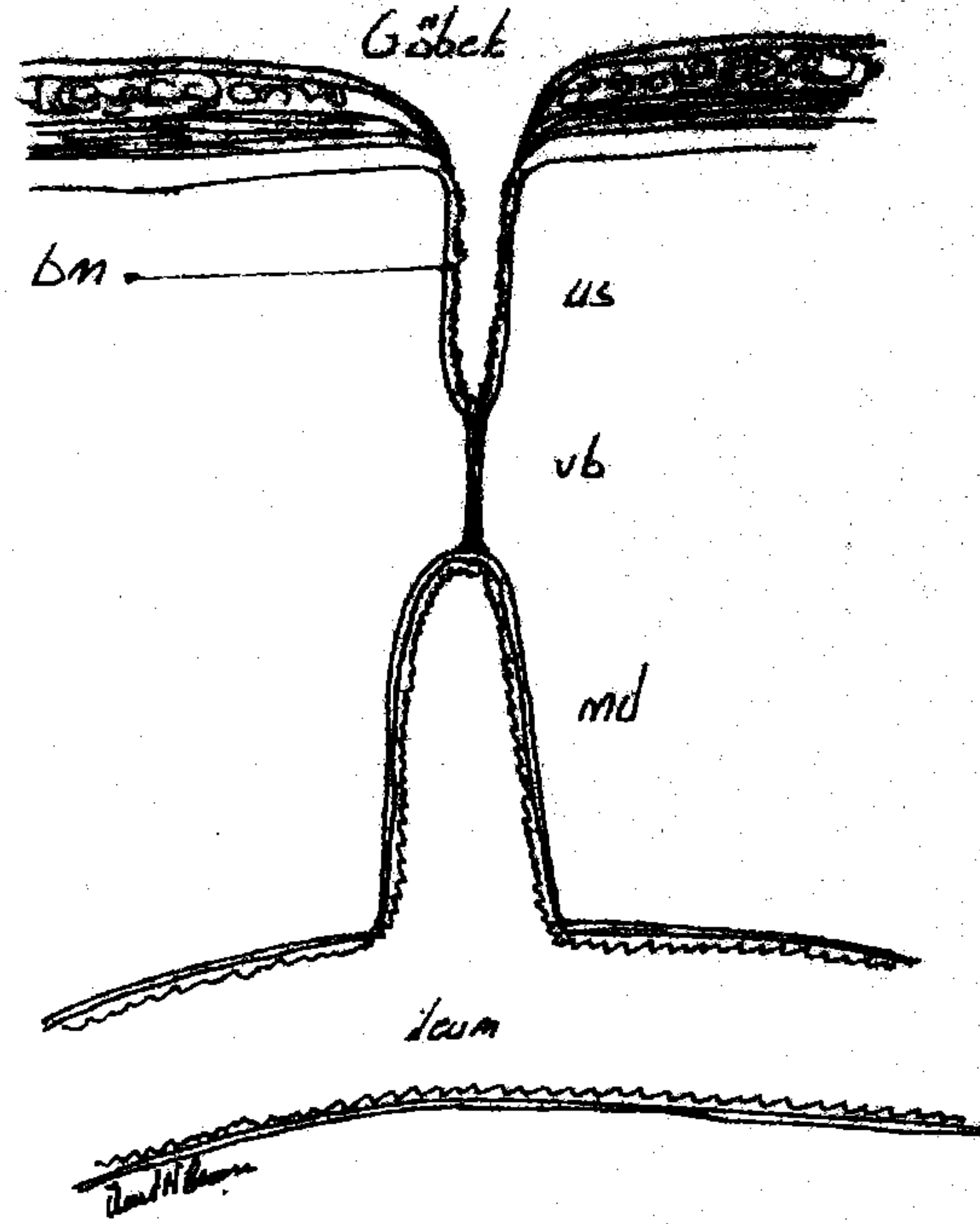
TARTIŞMA

Omfalomezenterik kanal embriyonel hayatın 18.-19. günlerinde embriyonel plağın vitellin kesesini (yolk sac veya endodermal kese) kısmen içine alacak şekilde bükülmesi ile oluşmaya başlar. Dördüncü hafta sonunda ise primitif barsak ile ekstra embriyonel vitellin arasında omfalomezenterik kanal oluşmuştur. Beşinci ve yedinci haftalar arasında kanal gerilemeye başlar(2). Fetal hayatın 16. haftasına kadar tamamen atrofiye olur(3). Bu kanala ait artıklardan en sık görüleni Meckel divertikülüdür.

¹: Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı, Edirne Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği.

²: Yrd. Doç Dr. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A. D.

³: Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A.D.



Şekil 1 : Şematik olarak içi barsak mukozası (bm) ile döşeli umbilikal sinüs (us), vitellin bandı (vb) ve Meckel divertikülü (md) şeklindeki kompleks omfalomezenterik kanal artığı görülmektedir.

Daha nadir olarak vitellin bandı, vitellin kisti, umbilikal sinüs, umbilikal polip, duktus omfalomezenterik kanal açıklığı ve bunların çeşitli kombinasyonlarıdır(1-4). Umbilikal yakınma ile kendini gösteren omfalomezenterik kanal anomalileri nadirdir(3). Olgumuzda idrar yaparken akıntı olması bir urakus fistülünü düşündürmüştür. Berrak akıntıya uzun umbilikal sinüs içindeki barsak epitelinin salgısının birikip, işeme esnasında batın içi basıncın artarak sinüs içindeki materyali boşaltmasına bağladık. Umbilikal akıntıya sinüsler, omfalitler, umbilikal granülomlar, umbilikal pilonidal sinüsler ve endometriosis neden olabilir(1-8). Fakat omfalomezenterik artığa bağlı bir sinüsün ispatı kolay değildir. Histolojik olarak intestinal mukozayı göstermek veya olgumuzda olduğu gibi omfalomezenterik artık ile ilişkisini göstermek gerekir. Sinüs ağzı bulunabilen olgularda sinografi yararlı bir metoddur(1-3,6).

Olgumuzda kombine bir artık mevcut olup, kolayca cerrahi tedavisi yapılmıştır. Semptomatik omfalomezenterik kanal artıkları sıklıkla çocukluk çağında görülür. Olguların yarısı iki yaşından küçüktür(2). Laparotomi esnasında rastlantı şeklinde bulunan omfalomezenterik kanal artıklarında ektopik mukoza palpe edilebilirse rezeksiyon yapılması önerilmektedir(1,2). Vitellin bandı varsa band eksize edilmelidir. Bu bandlar özellikle volvulus, kapalı loop, band basısı tarzında hayati tehlike yaratan komplikasyonlara sebep olurlar(1,2). Sinüs tarzında şikayetleri olan hastalarda omfalomezenterik kanal artığı, özellikle de band olabilme olasılığı nedeniyle eksplorasyon yapılması tavsiye edilmektedir(6). İnfracumbilikal gülümseyen yüz tarzındaki batın insizyonları ile rahatlıkla yeterli eksplorasyon yapılabilir. İnsizyonlarda çok az iz kalmakta estetik bir sorun,oluşturmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Foglia RP: Meckel's diverticulum. In Ashcraft KW, Holder TM. (Eds) Pediatric Surgery. 2nd edit. Philadelphia: W.B. Saunders Co.,1993: 435-439
2. Amoury RA, Snyder CL: Meckel's diverticulum. In O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG.(Eds) Pediatric Surgery. 5th edit. St Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc.,1998: 1173-1184
3. Jona JZ: Umbilical anomalies. In Raffensperger JG. (ed) Swenson's Pediatric Surgery. 5th edit. East Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1990: 189-193
4. Vane DW, West KW, Grosfeld JL: Vitellin duct anomalies. Experience with 217 childhood cases. Arch Surg. 1987;122: 542-547
5. Matsagas MI, Fatouros M, Koulouras B, Giannoukas AD: Incidence, complications, and management of Meckel's diverticulum. Arch Surg. 1995; 130: 143-146
6. Ellis H, (Çev; Yeker D): Meckel divertikülü, ince barsağın divertikülleri, umbilikal fistül ve tümörleri. Andican A. (Çev Edit) Maingot Abdominal Operasyonlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 1990 :872-884
7. Kusumoto H, Yoshida M, Takahashi I, Anai H, Maehara Y, Sugimachi K: Complications and diagnosis of Meckel's diverticulum in 776 patients. Am J Surg. 1992;164: 382-383
8. Colapinto ND: Umbilical pilonidal sinus. Br J Surg. 1977; 64: 494-495.