

Tanı Alamamış Anal Atrezili Yedi Aylık Bebek

Infant with Delayed Diagnosis of Anal Atresia

Turan YILDIZ, Aysel YUCAK, Zekeriya İLÇE

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye



Öz

Kabızlık, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk cerrahi polikliniklerine sık başvuru nedenlerindedir. Sıklıkla etiyolojisinde fonksiyonel nedenler sorumlu tutulmaktadır. Ancak hastaların %5'inde metabolik ve anatomik nedenler tespit edilir. Anatomik nedenlerin başında anal stenoz, vestibuler anüs gibi anorektal malformasyonlar gelir. Anorektal malformasyonlar sıklıkla yenidoğan döneminde tanı almaktadır. Yazıda tanısı oldukça gecikmiş anorektal malformasyonlu hasta sunulmuştur.

Hastamız yedi aylık erkek bebektir, kabızlık ve karında şişlik şikayeti ile getirildi. Yapılan fizik muayene sonucunda anokutanöz fistüllü anal atrezi tespit edildi. Hastada ek anomali tespit edilmedi. Cerrahi tedavi planlanıp mini-posterior sagittal anorektoplasti uygulandı.

Kabızlık toplumlar arasında farklılık göstermekle birlikte sık görülür. Kabızlık hastalarına dikkatli hikâye ve özenli fizik muayene ile doğru tanı ve tedavi uygulanabilir. Özellikle kabızlığın anatomik nedenleri sadece anal bölge muayenesi ile tespit edilebilir. Bu nedenle kabızlığı olan tüm çocukların anorektal bölge muayenesi rutin olarak yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Anal atrezi, Anokutanöz fistül, Kabızlık, Tanı

ABSTRACT

Constipation is among the most common causes of referral to pediatrics and pediatric surgery outpatient clinics. Functional causes are often held responsible for the etiology. However, metabolic and anatomical causes are found in 5% of the patients. Major anatomical causes include anorectal malformations such as anal stenosis and vestibular anus. Anorectal malformations are often diagnosed during the neonatal period. We present our case with a rather delayed diagnosis of anorectal malformation.

Our patient was a seven-month-old male baby, brought with a complaint of constipation and swelling in his abdomen. An anatomic esophageal anal atresia was detected as a result of the physical examination performed. No additional anomaly was detected in the patient. Surgical treatment was planned and mini- posterior sagittal anorectoplasty was performed.

Constipation is common, with differences among societies. Proper diagnosis and treatment can be performed with a careful history and careful physical examination of constipated patients. In particular, the anatomical causes of constipation can only be detected with an anal area examination. Anorectal area examination should therefore be done routinely in all children who have constipation.

Key Words: Anal atresia, Anocutaneous fistula, Constipation, Diagnosis

GİRİŞ

Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk cerrahi polikliniklerine sık başvuru sebeplerinden biri kabızlıktır. Tüm çocukların %0.3-28 inde kabızlık şikâyeti olduğu bildirilmektedir. Kabızlık etiyolojisinin %95'inde neden fonksiyonel kabızlıktır. Kabızlık etiyolojisinde daha nadiren anatomik malformasyonlar, metabolik ve

gastrointestinal nedenler, nöropatik durumlar, intestinal sinir ve kas yapısı bozuklukları, bağ dokusu hastalıkları gibi organik nedenler yer alır (1).

Anal atrezi çocuk cerrahlarının sık olarak karşılaştığı konjenital defektlerden olup, birçok anatomik tipi mevcuttur. Sıklıkla fistül, patolojiye eşlik eder. Anal atrezi tanısı anal bölgenin fizik muayenesi ile koyulur (2,3).

Biz burada, yenidoğan döneminde tanı alamayıp yedi aylık iken kabızlık ve karın şişliği şikâyeti ile başvuran anal atrezili bebeği sunmak istedik.

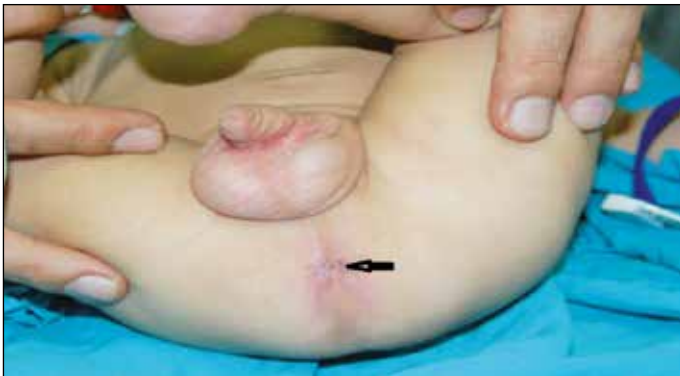
OLGU SUNUMU

Hasta yedi aylık erkek bebektir. Karın şişliği ve kabızlık şikâyeti ile annesi tarafından çocuk cerrahi polikliniğine getirildi. Anne dış merkezde bir hastanede spontan vaginal yolla doğum yapmış. Bebek doğduktan sonra ilk gün gaitasını yapmış. Bebek bir aylık olduktan sonra üç-dört günde bir defa gaita yapmaya başlamış. Gaitasını az miktarda yapıyormuş ve aralıklı karın şişlikleri oluyormuş. Bu şikâyetle birçok defa doktora gitmiş. Ancak şikâyetleri geçmemiş.

Hastanın fizik muayenesinde batında distansiyon mevcuttu. Anal bölge muayenesinde fistüllü anal atrezi tespit edildi (Şekil 1). Hastanın yapılan muayenesi ve tetkikleri sonucunda alçak tip anal atrezi olduğuna karar verildi ve ek patoloji tespit edilmedi. Hasta ailesine hastalık hakkında bilgi verilip, onam alındı ve operasyon için hazırlandı. Hastaya mini posterior sagittal anorektoplasti uygulandı, takibinde dilatasyonlara devam edildi. Hastanın altı ay sonraki kontrolünde komplikasyon ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Kabızlık sert ve ağrılı dışkılama ile birlikte, haftada üç defadan daha az gaita yapma olarak tariflenir. Tanısı için Roma kriterleri ve görsel dışkıya göre Bristol skalası kullanılmaktadır (4). Ancak normal gaita sıklığı ülkelere göre, beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olarak değişebilmektedir (5). Türkiye'den yapılan bir çalışmada bir aydan küçük bebeklerin günde ortalama altı defa, dört aylık bebeklerin ise günde bir defa gaita yaptıkları tariflenmiştir (6). Kabızlık ile başvuran hastaların %95 inde neden fonksiyoneldir. Diğer %5'lik organik nedenler arasında anatomik nedenler, endokrin ve metabolik nedenler, nöropatik durumlar, intestinal sinir ve kas bozuklukları, bağ doku hastalıkları gibi birçok neden yer almaktadır. Anatomik nedenler arasında anal atrezi, anal stenoz, ektojik anüs ve sakrokoksigeal teratomlar yer alır. Anal bölgenin anatomik patolojilerinden olan fistülsüz anal atrezi hastalarında tanı yenidoğan döneminde gaita yapamama ve batın distansiyonu nedeni ile koyulabilmektedir. Ancak anal



Şekil 1: Anokutanöz fistüllü anal atrezili hastamız.

stenoz ve ektojik anüslü hastalarda tanı yaşı gecikebilmektedir (3-5,7).

Kabızlık tanısı için dikkatli bir hikâye ve titiz fizik muayene yeterli olabilmektedir. Çocuğun şikâyetlerinin başlama yaşı, gelişme geriliği, kilo alamaması, anormal anüs yerleşimi, sakral agenezi gibi hikaye ve fizik muayenedeki anormallikler tanıyı fonksiyonel kabızlıktan organik nedenlere çevirmektedir. Kabızlık hastalarının fizik muayeneleri tamamen normal olabildiği gibi, karında distansiyon, ele gelen kitle, anal bölge patolojileri (anal fissür, anal stenoz, hemoroid) olaya eşlik edebilir (5).

Anorektal malformasyonlar (ARM) 5000 canlı doğumda bir sıklığında görülür. Hastalığın etiyojisi bilinmemektedir. ARM hastalarında anal stenoz gibi basit bir patolojiden, kloakal malformasyon gibi daha kompleks bir patolojiye kadar değişebilen geniş bir klinik yelpaze mevcuttur. Hastamızda fistüllü alçak tip anal atrezi mevcut olup, ek organ patolojisi tespit edilmemiştir. ARM hastaları yenidoğan döneminde tanı alırlar ve tanı için sıklıkla fizik muayene yeterlidir. Cerrahi ana tedavi yöntemidir (2,3). Yenidoğan bebek bakımı rutin muayeneler arasında anal bölge muayenesi de yer almaktadır (8). Ancak hastamızın mevcut patolojisi doğum sonrası tanı alamamıştır. Ayrıca hasta az az, zorlu ve ağrılı kaka yapma şikâyetleri ile birçok kez doktora götürülmüş, ancak tanı alamamış. Bunun muhtemel nedenin fizik muayenede anal bölge muayenesinin yapılmaması olduğu kanaatindeyiz.

Sonuç olarak; kabızlık toplumumuzda sık karşılaşılan bir problemdir. Nedenlerinin çoğu fonksiyonel olsa da alta yatan anatomik bir patolojinin olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle dikkatli hikâye alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Böylece zamanında tanı ile gereksiz tedavinin önüne geçilebileceği gibi, anatomik patolojinin neden olacağı komplikasyonlar önlenir, zamanında ve etkin tedavi uygulanmış olur.

KAYNAKLAR

1. Kasırga E. Kronik konstipasyon ve beslenme. Güncel Pediatri 2007;5:113-8.
2. Wang C, Li L, Cheng W. Anorectal malformation: The etiological factors. Pediatr Surg Int 2015;31:795-804.
3. Orenstein SR, Wald A. Pediatric rectal exam: Why, when, and how. Curr Gastroenterol Rep 2016;18:4.
4. Baran M, Eliaçık K. Çocukluk çağında kronik konstipasyonun etiyojisi ve patogenezi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Derg 2013;3:12-7.
5. Poddar U. Approach to constipation in children. Indian Pediatr 2016;53:319-27.
6. Tunc VT, Camurdan AD, İlhan MN, Sahin F, Beyazova U. Factors associated with defecation patterns in 0 to 24 months old children. Eur J Pediatr 2008;167:1357-62.
7. Jarzebicka D, Sieczkowska J, Dadalski M, Kierkus J, Ryzko J, Oracz G. Evaluation of the effectiveness of biofeedback therapy for functional constipation in children. Turk J Gastroenterol 2016;27:433-8.
8. TC Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı: http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/Kitaplar/b_c_e_i_p/temel_yenidogan_bakimi.pdf