

OLGU SUNUMLARI

YETİŞKİNLERDE İNTESTİNAL NONROTASYON

INTESTINAL NONROTATION IN AN ADULT

Emin YEĞİNBOY
Ali Kaya ERSOY

SUMMARY

The disturbance of midgut rotation and fixation can occur as intestinal nonrotation, it can be present rarely in adulthood. In the abdominal exploration of a 22-yr-old male patient diagnosed preoperatively as intestinal nonrotation, we had confirmed the diagnosis. Fitzgerald technique was used to correct the nonrotation completely. He has no symptom since 12 months after operation.

(Keywords: Anomaly, Fitzgerald Procedure, Malrotation.)

ÖZET

Embriyonal yaşamda ilkel orta barsağın rotasyon ve fikrasyonun yetersizliğinden kaynaklanan intestinal malrotasyon olgularına ender olarak erişkin yaşta rastlanmaktadır.

İntestinal nonrotasyon öntanısı konulan 22 yaşında bir erkek hastanın elektif eksplorasyonunda tanı doğrulandı. Nonrotasyon Fitzgerald tekniğine uygun olarak düzeltilti. Hasta postoperatif birinci yılın sonunda yakınmasızdır.

(Anahtar Sözcükler: Anomali, Fitzgerald Prosedürü, Malrotasyon.)

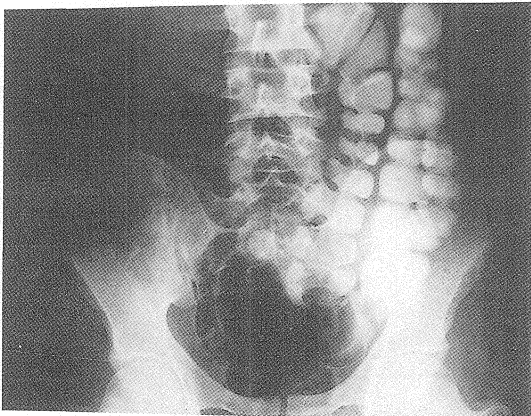
Genel Cerrahi Bölümü (Op. Dr. Yeğınboy)
Dahiliye Bölümü (Uz. Dr. A.K. Ersoy)
S.S.K. Afyon Hastanesi 35150 İZMİR

Yazışma: Op. Dr. E. Yeğınboy
İzmir Atatürk Devlet Hast. 1. Cerrahi Kli. İZMİR

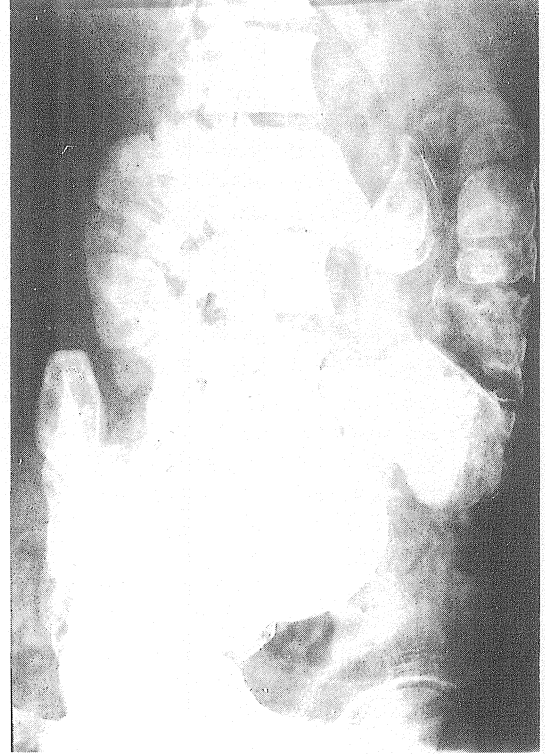
İlkel orta barsağın rotasyonu ilk olarak 19. yüzyılın sonunda Meckel ve Moll tarafından tanımlanmıştır. Embriyolojik yaşamın 4. ve 11. haftaları arasında ilkel orta barsak göbek bağı içine fizyolojik bir herniasyon yapar. Bunu rotasyon, karın boşluğuna dönüş ve fiksasyon hareketleri izler. Yetersiz derecede veya ters yönde oluşabilecek rotasyon intestinal malrotasyona yol açar. Bu olgular genelde yeni doğan döneminde ileus nedeniyle acilen opere edilirler. İntestinal nonrotasyon ilkel orta barsağın yalnız 90 derecelik bir rotasyonu sonrası karın boşluğuna geri dönmesiyle ortaya çıkar. Erişkinlerde intestinal nonrotasyon %0.2-0.5 oranında görülür (1). Bu tür olguların ameliyat nedeni genelde intestinal volvulustur. Erişkinlere akut karından çok kronik seyirlidir. Yakınmalar genelde karın ağrısı ve kabızlık şeklindedir.

OLGU :

22 yaşında erkek hasta (Prot No: 922-28, Küçük yaşlardan itibaren kabızlık, yemeklerden sonra tüm karında ağrı, dolgunluk yakınması ile 6.2.93 tarihinde Afyon SSK Hastanesine başvuran hasta, ağrının aralıklı olduğunu ve 1 saat kadar sürdüğünü belirtiyordu. Hastanın fizik muayenesi ve direkt karın grafisi, hemogram ve tam idrar tetkikleri normal bulundu. Hastaya çekilen baryumlu kolon grafisinde, tüm kolonun karnın sol tarafında olduğu ve terminal ileumun çekumla sağ taraftan birleştiği izlendi (Resim 1). Radyografik değerlendirmede



Resim 1: a- Tüm kolonun karnın sol, ince barsakların sağ tarafında ve ileoçekal bileşkenin ise çekumun sağında olduğunu gösteren ameliyat öncesi çekilen baryumlu kolon grafisi.



b- Ameliyat sonrası kolonun normal pozisyonu.

kolon segmentleri arasında yapışıklıklar sonucu kolonun sol karına itildiği rapor edildi. Hastanın anamnezinde herhangi bir ameliyat veya karın taravması olmayışı intestinal nonrotasyonu düşündürdü. Elektif şartlarda yapılan laparotomide, çekumun orta hatta yer aldığı, mobil ve uzun bir mezentere sahip olduğu görüldü. Tüm kolon segmentlerinin karın boşluğunun sol, tüm ince barsak anslarının ise sağ tarafında oldukları gözlemlendi. Duodenumun jejunum ile vertikal olarak birleştiği görüldü. Terminal ileum, çekumla normalin aksine sağ taraftan birleşmekteydi. Çıkan ve inen kolon segmentleri ile uzun ve mobil bir mezentere sahip transvers kolon arasında kesintisiz serozal yapışıklıklar mevcuttu. Kolon segmentleri arasındaki yapışıklıklar keskin diseksiyonla ayrılarak tüm kolon serbestleştirildi. Serbestleştirilen duodenum ve ince barsak ansları transvers kolon mezosunun altından geçirilerek normal anatomik yerleşimine getirildi. Treitz bileşkesinde dışardan baskıya yol

açabilecek bantlar kesildi. Sağda bir retroperitoneal yatak hazırlanarak çekum ve çıkan kolon buraya yerleştirildi. Çıkan kolonun tespiti kolon arka tenyası ve parietal periton arasına konulan tek nonabsorbabl sütürlerle yapıldı. Transvers kolonun tespiti için arka tenya ve paravertebral adeleler arasına, vertebranın sağında ve solunda kalacak şekilde tek nonabsorbabl sütürler konuldu (Fitzgerald prosedürü). İleride olabilecek karışıklıklara karşı apendektomi yapıldı. Postoperatif 48 saat içerisinde hastada barsak peristaltizmi başladı. Üçüncü gün ağızdan beslenen hasta bir hafta sonra şifa ile taburcu edildi. İkinci ayın sonunda çekilen baryumlu kolon grafisinde kolonun normal anatomik pozisyonunda olduğu ve ileokolik bileşkenin çekumun solunda olduğu görüldü (Resim 1b). Hasta postoperatif birinci yıl sonunda yakınmasız bir yaşam sürmektedir.

TARTIŞMA

İntestinal malrotasyon olgularının %55'i yenidoğan döneminin ilk haftasında, %80'i ilk ayında akut karın tablosu ile ortaya çıkmaktadır (1). Erişkinlerde yaşta ve yaşam boyu hiçbir yakınmaya yolaçmayan malrotasyon veya nonrotasyon olgularıyla karşılaştırılabilir.

Akut karın nedeni genelde ilkel orta barsak volvulusu veya duodenal obstürüsyondur (2,3,4). Volvulus erişkin hastalarda çok ender görülür (2). Erişkin hastalarda genelde kronik karın ağrısı, kabızlık ve bulantı yakınmaları mevcuttur. Çekilecek baryumlu ince barsak ve kolon radyografisi tanıya yardımcı olabilecek tek yöntemdir (5). İntestinal nonrotasyonun, diyafragma fıtığı, anüler pankreas ve Hirschsprung hastalığı ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Yetişkinlerde akut appendisitisi taklit eden nonrotasyon olgularıyla karşılaşılmıştır (2,6,7,9). Synder ve Chaffen yaptıkları uzun çalışmalar sonucu ilkel orta barsak rotasyonunu ilk kez proksimal (duodenojejunal) ve distal (çekokolik) olmak üzere iki ayrı segmente ayırmışlar. saat yönünün tersinde bir hareket olarak tanımlamışlardır (1). Bu dönme

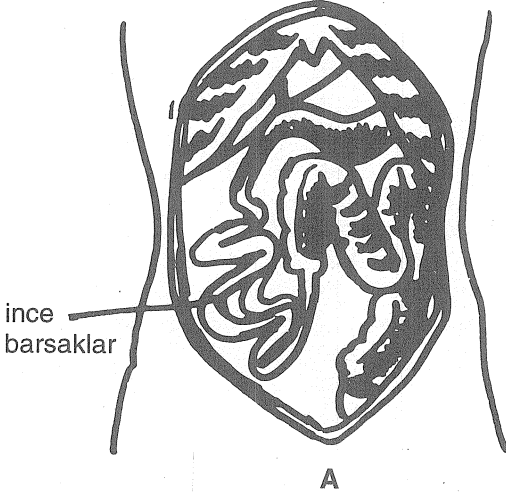
esnasında barsaklar büyümelerini sürdürmektedir. Arteria mezenterika superior dönme hareketinin eksenini oluşturmaktadır. Duodenojejunal segment bu eksenin arkasından sola doğru, çekokolik segment ise aynı eksenin önünden sağa doğru 90-180 ve 270 derecelik açılarla döner. Malrotasyonun farklı evrelerde oluşması radyografik bulguların yanlış değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Baryumlu radyolojik tetkiklerde duodenojejunal bileşkenin vertebranın sol tarafında olması proksimal segmentin rotasyonun, vertebraların üzerinde bulunması malrotasyonu, vertebranın sağında olması ise nonrotasyonu gösterir (1).

Distal segmentin rotasyon anomalileri ise baryumlu radyografilerde tüm kolonun karının sol tarafında, çekumun orta hatta veya pelviste görülmesi rotasyonun olmadığını gösterir. Dönme hareketinin derecesine göre kolon, vertebraların solunda veya sağında yer alır.

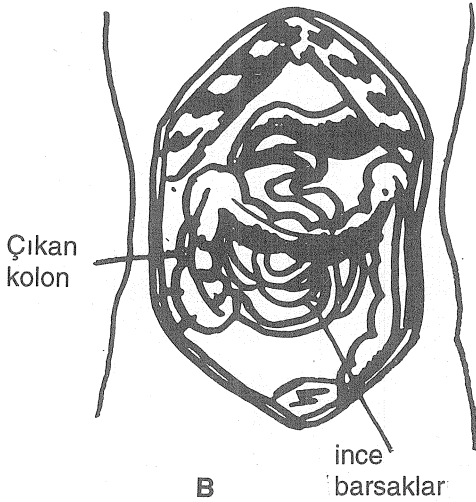
Klinik tablonun acil veya ameliyatın elektif koşullarda uygulanması seçilecek cerrahi yöntemi belirler. Acilen opere edilen bir akut karın olgusunda nonrotasyona bağlı ilkel orta barsak volvulusu ile karşılaşırsa, volvulusun düzeltilmesinin yanında tekrar aynı tablo ile karşılaşılmasını önleyecek bir ameliyat gerekir (8,9). 1932'de Ladd bu konudaki ilk ameliyat tekniğini tanımlamıştır. Bu teknikte, varsa, çekum serozası ile duodenum arasındaki bağlar (Ladd bağları) kesilir. Sağ tarafta, duodenum, seromuskuler tabakasından ve sağ böbrek kapsülünden geçen nonabsorbabl tek sütürler ile tespit edilir. Çekumun tespiti ise solda, seromuskuler tabakasından ve sol karın duvarından geçen tek nonabsorbabl sütürlerle gerçekleştirilir. Ameliyata rutin olarak apendektomi eklenir. Elektif olgularda ilk kez Fitzgerald tarafından tanımlanan ameliyat tekniği uygulanabilir (Şekil 1). Bu teknikte, tüm kolon normal konumuna getirilerek tespit edilir. İnce barsaklar ise transvers kolonun mezenterinin arasından geçirilerek normal anatomik konumuna getirildikten sonra me-

zenterlerinden geçen tek nonabsorbabl sütürlerle karın arka duvarına oblik bir şekilde tespit edilirler (2). Yaptığımız ameliyatta ince barsaklar ile karın arka duvarı arasındaki tespit sütürlerini uygulamadık.

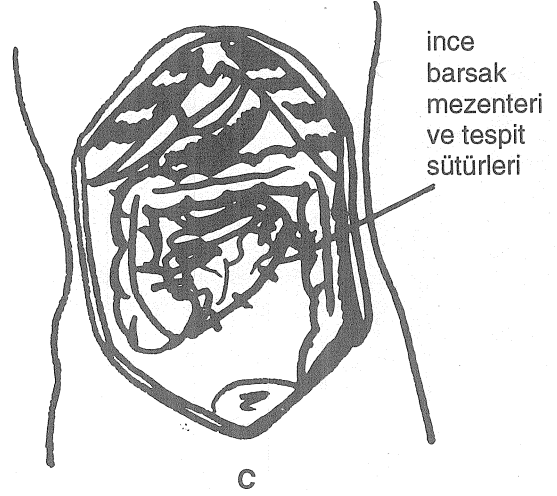
Şekil 1 : İntestinal nonrotasyonda Fitzgerald tekniği



A) İntestinal nonrotasyonda duodenum, ince barsaklar ve kolon segmentleri görülüyor.



B) Sağda hazırlanan retroperitoneal yatağa yerleştirilmiş sağ kolon ve tespit sütürleri görülüyor. İnce barsaklar transvers kolon mezosunun altından geçirilmiş.



C) İnce barsak mezosunun tek nonabsorbabl sütürler ile tespiti.

Yayınlanmış olgu ve serilerde profilaktik bir cerrahi tekniğin uygulanmadığı, non-rotasyon olgularında karın ağrısı, kabızlık gibi kronik yakınmaların devam ettiği, volvulus nedeniyle opere edilmiş olgularda ise volvulus nüksünün daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir (3,8,9).

Akut karın tablosu altında intestinal non-rotasyon her zaman karşımıza çıkabilir. Bu tür olgularda hasta yakınmasının ve muhtemelen nüksün de ortadan kaldırılmasında uygulanacak tespit prosedürünün rolü büyüktür.

Kronik karın ağrısı olan genç erişkinlerde ilkel orta barsak rotasyon anomalisi akla gelmelidir. Çekilecek baryumlu ince barsak ve kolon grafisi teşhiste ilk ve en önemli adımdır.

Editörün Notu:

Konuya İlişkin Literatürde.

Başar Y, Belgerden S, Salman T, Çelik A. Yenidoğanda midgnt voluulus. *Ist Tıp Fak Mec* 1986 ; 49(1) : 132-6

KAYNAKLAR

- 1- Balthazar EJ, *Intestinal malrotation in adults roentgenographic assessment with emphasis on isolated complete and partial nonrotations. Am J Roentgenol* 1976 ; 126 (2) : 358-67
- 2- Gohl ML, De Meester TR. *Midgut nonrotation in adults. An aggressive approach. Am J Surg* 1975 ; 129 (3) : 319-23.
- 3- Sheridan M. *Nonrotation of the midgut presenting in the adolescent and adult. Am J Gastroenterol* 1974 ; 84 (6) : 670-3
- 4- Tireli M. *Duodenal obstrüksiyona sebep olmuş, ilkel orta barsağın tersine rotasyon anomalisi. Ulusal Cerrahi Derg* 1987 ; 3 (4) : 89-90.
- 5- Tireli M. *Erişkinlerde midgut rotasyon anomalileri. Ulusal Cerrahi Derg* 1992 ; 8 : 51-7.
- 6- Deitch EA, Engel JM. *Anomalies of gut rotation mimicking appendicitis in the adult. Am Surg* 1980 ; 46 (4) : 226-9.
- 7- Demirağ A, Ezberci F, Tekin E, Taneri F, Oğuz M. *Midgut nonrotation anomaly in an adult. Gazi Med J* 1993 ; 4 : 217-9.
- 8- Brennom WS, Bill AH. *Prophylactic fixation of the intestine for midgut nonrotation. Surg Gynecol Obstet* 1974 ; 138 (2) : 181-4
- 9- Ketonen P, Ketonen L. *Nonrotation anomaly of the bowel causing acute intestinal obstruction in adults. Acta Chir Scand* 1979 ; 145 (7) : 491-3.

TARTIŞMA

Doç. Dr. Mustafa Tireli

SSK Tepecik Hastanesi 3. Cerrahi Klinik Şefi

Yazıda nonrotasyon tedavisinde Fitzgerald tekniği çare gibi sunulmuştur. Oysa, nonrotasyonda kolon normal anatomik yapıya kavuşturulursa bile, jejunum ve ileum için bu olanaksızdır. Kolonu normal anatomik yerine dikmek de boşuna çaba gibi görünmektedir. Çekum volvuluslu hastaların tedavisinde mobil çekumun karın duvarına tespitinden sonra bile sütür yetersizliğine bağlı volvulus nüksü bildirilmiştir. Nonrotasyonludaki büyük bir kolon bölümünü, tüm sağ kolon ve transvers kolonu, normal anatomik yerine dikmek ve bunu uzun yıllar sağlamak çok güç gibi görünmektedir. Bu nedenle nonrotasyonluda cerrahi tedavi barsakların normal anatomik yapısına getirilmesinden çok, bu anomalide bulunanlarda sıkça karşılaşılan sorunlara (midgut volvulusu, invaginasyon, duodenal ileus, çekum volvulusu v.b.) yönelik olmalıdır. Nonrotasyonluda hiçbir cerrahi işlem yapmadan hastalarını tedavi edenlerde de vardır.

Op. Dr. Emin Yeğınboy :

Fitzgerald tekniğinin intestinal nonrotasyonun yol açtığı kronik yakınmaların iyileşmesinde etkin bir cerrahi yöntem olduğu daha önce bildirilmiştir. Kolonun iyi bir diseksiyon sonrası, hazırlanan retroperitoneal yatağa gerginlik yaratmayacak şekilde yerleştirilmesi sütür yetmezliği riskini azaltır, volvulusa karşı da iyi bir önlemdir. Olgumuzda hastanın ameliyattan iki ay sonra çekilen baryumlu kolon grafisinde, kolonun normal pozisyonunu koruduğu ve ileoçekal bileşkenin solda olduğu görülmektedir. Nonrotasyona ve malrotasyona bağlı volvulus olgularının acil ameliyatlarında, volvulus nüksüne karşı genelde Ladd tekniği tercih edilmektedir (6,9). Erişkinlerde tanısı konabilen elektif nonrotasyon olgularında yakınmaların şiddetli olmadığı durumlarda konservatif tedavi yeterli olabilir. (2,4).