

# Meckel divertikülüne bağlı masif kanama ve invajinasyon birlikteliği: Olgu sunumu

## Massive bleeding with intussusception due to Meckel's diverticulum: A case report

Esmâ ALTINEL AÇOĞLU<sup>1</sup>, Gonca YILMAZ<sup>1</sup>, Aytaç KENAR<sup>1</sup>, Ayşe KARAMAN<sup>2</sup>, Ferda ÖZBAY HOŞNUT<sup>3</sup>, Nazlı ALTUN YOLOĞLU<sup>4</sup>, Sema APAYDIN<sup>5</sup>, Gökçe ÇINAR<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, Ankara

<sup>3</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

<sup>4</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

<sup>5</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

<sup>6</sup>Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

### ÖZET

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık görülen doğumsal anomalisidir. Omfalomezenterik kanalın intrauterin 5-7. haftada kapanmaması sonucunda oluşmaktadır. Çocukluk çağında sıklıkla bağırsak tıkanıklığı ve kanama tablosuyla karşımıza çıkan, yaşamı tehdit edici komplikasyonlara neden olabilen ve bazen akut karın nedeniyle ameliyat edilen bir patolojidir. Semptomatik Meckel divertikülü tanısında sıklıkla güçlük yaşanmaktadır. Burada hayatı tehdit eden tekrarlayıcı alt gastrointestinal kanaması ile başvuran ve operasyon sonucu meckel divertikülü ile invajinasyon tanısı alan 1 yaşında erkek olgu ve ayırıcı tanıda yaşanan güçlükler literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Meckel divertikülü, masif gastrointestinal kanama, invajinasyon

### ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract. It is originated from nonclosure of omphalomesenteric tube between 5-7th intrauterine week. Most cases of Meckel's diverticula are asymptomatic. This pathologic lesion could lead to intestinal obstruction and bleeding, life threatening and can cause acute abdomen which mandatory laparotomy during childhood. The diagnosis of symptomatic Meckel's diverticulum is often difficult to make. Here, we report a case of a one-year-old boy presented with recurrent life-threatening lower gastrointestinal bleeding and Meckel's diverticulum with intussusception was diagnosed result of the operation and review the literature for difficulties in identifying.

**Key words:** Meckel's diverticulum, massive gastrointestinal bleeding, intussusception

**Alındığı tarih:** 01.08.2013

**Kabul tarihi:** 11.09.2013

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Esmâ Altinel Açoğlu,  
Babür Cad. No:44, Altındağ-06080-Ankara  
**e-mail:** esmaaltinel@hotmail.com

### GİRİŞ

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin %1-3 oranında görülen en sık konjenital anomalisidir. Omfalo-mezenterik kanalın intrauterin dönemde kapanmaması sonucu oluşan, ileoçekal valvin yaklaşık 40-100 cm proksimalinde ve antimezenterik

yüzde bulunan, bağırsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür<sup>(1-3)</sup>. Meckel divertikülü semptomsuz olup tesadüfen saptanabileceği gibi yaşamı tehdit eden çok ağır komplikasyonlara da neden olabilir. Olguların yaklaşık yarısında divertikülde ektopik doku, en sık da gastrik mukoza bulunur. Bu ektopik gastrik mukozaya ait görülen çeşitli

komplikasyonlar arasında en önemlisi alt gastrointestinal (GIS) kanamasıdır <sup>(4)</sup>. Meckel divertikülü olgularında tanı konulması oldukça zordur. Gastrik mukozaya içeren Meckel divertikülünü göstermede Tc-99m perteknetat sintigrafisi oldukça yararlıdır, ancak yanlış pozitif ve negatif sonuçlar olabilmektedir <sup>(5)</sup>. Meckel divertikülüne bağlı obstrüksiyon çeşitli şekillerde görülebilir ve çocuklarda kanamadan sonra en sık görülen ikinci bulgudur <sup>(7)</sup>. Burada tekrarlayan masif alt GIS kanama bulguları ile başvuran, operasyon sırasında Meckel divertikülü ve invajinasyon saptanan hasta tanıda yaşanan güçlükler literatür eşliğinde tartışılarak sunulmuştur.

## OLGU

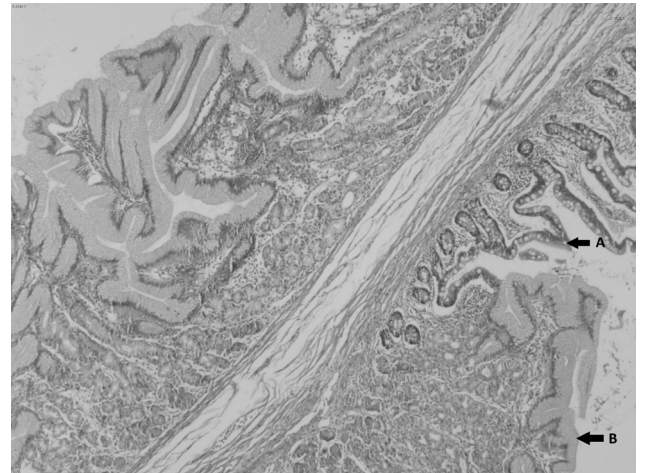
Bir yaşında erkek hasta, öyküsünden üç gün önce gayta yaparken az miktarda kanama saptandığı, başvurdıkları merkezde mide lavajı sonrası kanama saptanmadığı ve anal fissür tedavisi ile eve gönderildiği, iki gün sonra bol miktarda taze kanlı gayta yapması üzerine tekrar başvurdıkları merkezde bakılan Hb:4,7 g/dL saptanması üzerine iki kez eritrosit süspansiyonu verilerek hastanemize gönderildiği öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, vücut sıcaklığı 37°C, nabız 114/dk., solunum sayısı 28/dk., tansiyon 80/60 mmHg, karın muayenesi normaldi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde Hemoglobin 12 g/dL, hematokrit %37, beyaz küre 17.700/mm<sup>3</sup>, trombosit 151.000/mm<sup>3</sup>, kanama zamanı, protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı, elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Ayakta direkt batın grafisi ve karın ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Üst GIS endoskopi normal saptanırken kolonoskopide çekum tabanında ödem ve pıhtı görüldü ancak aktif kanama odağı saptanmadı. Meckel divertikül sintigrafisi negatif bulundu. Oral alımı kesilerek 100 mL/kg/gün idame sıvısı ve ranitidin 2 mg/kg/gün iv olarak başlandı. Yatışının ikinci günü bir kez koyu kıvamlı kanlı gaytası gözlenen, sonrasında tekrarlamayan ve takibinde hemoglobinde belirgin düşüş gözlenmeyen hasta yedinci

gününde taburcu edildi.

Taburcu edildikten bir gün sonra bol miktarda kanlı gayta şikayeti ile tekrar başvuran hastanın fizik muayenesi normal olup hemoglobini 7.6 g/dL saptandı. Eritrosit transfüzyonu 20 mL/kg dan yapıldı ve kontrol Hb değeri 10 g/dL bulundu. Karın ultrasonunda iliak bifurkasyon superior düzeyinde yaklaşık 2.5 cm'lik ince bağırsak ansında mukozal ödem ve bu düzeyde 1 cm'lik invajinasyon saptandı. Dört saat sonra yapılan kontrol ultrasonunda invajinasyon görünümü saptanmadı. Kanama odağını tespit amacıyla Teknesyum-99m (99mTc) perteknetat ile yapılan GIS sintigrafisi negatif bulundu. Eksploratif laparotomi yapılan hastada operasyon sırasında 2 cm uzunluğun-



Resim 1. A-Ameliyat sırasında tespit edilen Meckel divertikülünün görüntüsü.



Resim 2. A-İnce bağırsak mukozal epiteli, B-İntestinal mukozal devamında ektopik mide korpus mukozası (HEX40).

da 1 cm genişliğinde Meckel divertikülü ve jejunojejunal invajinasyon saptandı (Resim 1). İnvajinasyon manuel redüksiyon ile düzeltildi ve divertikül rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucunda ektopik mide korpus mukozası içeren meckel divertikülü saptanan hasta komplikasyon görülmemesi üzerine postoperatif altıncı gününde taburcu edildi (Resim 2).

## TARTIŞMA

Meckel divertikülü erkeklerde kızlara oranla daha fazla görülmekte olup erkek/kız oranı 3/1-4/1 arasında değişmektedir (4,6). Komplikasyon olarak en sık %25-50 oranında gastrointestinal sistem kanaması ile karşımıza gelmektedir. Diğer komplikasyonları invajinasyon, obstrüksiyon, perforasyon ve divertikülitir. Meckel divertikülünde kanama genelde ağrısız olup 5 yaş atındaki çocuklarda daha sık görülürken erişkinlerde obstrüksiyon daha ön plandadır (4,7).

Otopsi ve cerrahi sırasında tesadüfen bulunan Meckel divertikülleri genelde intestinal mukoza içerir. Bazı divertiküllerde gastrik, duodenal, kolon ve nadir de olsa pankreas dokusu bulunabilir. Semptomlara sebep olan daha çok gastrik mukoza içeren divertiküllerdir. Kanama genellikle ektopik mide mukozasından salgılanan asit sıvısına bağlı bağırsak mukozasında gelişen peptik ülser sonucu olmaktadır (3-5,8). Hastamızda ektopik mide mukozası içeren Meckel divertikülü saptanmıştır. İlk yatışında başlanan ranitidine bağlı asit salgısının baskılanması ile kanamanın durmuş olabileceğini ve taburcu olduktan sonra ranitidin etkisi geçince tekrar kanamanın aktive olduğunu düşünmekteyiz.

Meckel divertikülüne bağlı kanama masif veya gizli olabilir. Ayırıcı tanıda anjiodisplazi, neoplazi ve inflamasyon düşünölmelidir. Tanıda endoskopi, sintigrafi ve anjiografi yardımcı olabilir ancak, GIS kanamalar genelde aralıklı olduğu için tanıda güçlük yaşanabilmektedir. Gastrik mukoza içeren Meckel divertikülünü göstermede sintigrafi oldukça yararlıdır. Düşük radyasyon özelliği ve hastanın konforu açısından da değerlendirildiğinde ilk basamak tanı yöntemlerinden olması önerilmektedir. Sintigrafi

Tc-99m perteknetatin gastrik mukoza tarafından tutulması prensibine dayanır. Çocuklarda sensitivite %85, spesifite %95'dir (9). Kanama odağını saptamada ayrıca Tc-99m ile işaretli eritrositlerin kullanıldığı GIS kanama sintigrafisi uygulanmaktadır ve 0,1-0,35 ml/dk olan kanamaları belirleyebilmektedir. Erken dönemde aktif kanama olasılığı daha fazla olduğu için kanama odağını doğru saptayabilmek amacıyla medikal bakım sonrasında GIS sintigrafisi fazla geciktirilmemelidir (5). Alt GIS kanamasında GIS kanama sintigrafisi %51-92 arasında pozitif sonuç vermektedir (10,11). Hastamıza ilk yatışında yapılan Meckel divertikülü sintigrafisi ile ikinci yatışında yapılan GIS kanama sintigrafisinin her ikisinde de kanama odağı saptanamamıştır. Hematokezya genelde alt GIS kanamalarında beklenen bulgu olmakla birlikte masif ve bağırsak geçişinin hızlı olduğu üst GIS kanamalarında da görülebilir (12). Hastamızın hematokezyası görülmesi nedeniyle öncelikle alt GIS kanama düşünöldü ancak kanamanın masif olması nedeniyle üst GIS kanamayı da ekarte etmek amacıyla kolonoskopi yanısıra üst GIS endoskopi de yapıldı ve her ikisinde de kanama odağı görülmedi.

İnvajinasyon en sık ilk üç yaşta görülmekte olup çocuklarda rektal kanama ve bağırsak tıkanıklılığının önemli bir sebebidir. Büyük kısmında ileum kolon içine girmektedir. Olguların çoğu idiyopatik olup bir kısmında invajinasyona yol açabilecek bir sürükleyici nokta bulunmaktadır. Meckel divertikülü en sık sürükleyici nokta olma özelliğindedir (13). Olgumuzun ilk yatışında yapılan karın ultrasonunda invajinasyon saptanmadı. İkinci yatışında yapılan ultrasonda ise yaklaşık 2.5 cm'lik ince bağırsak ansında mukozal ödem ve bu düzeyde 1 cm'lik invajinasyon görülürken kontrol ultrasonunda invajinasyon görünümü saptanmadı. Endoskopi, sintigrafi sonuçlarında da kanama odağı saptanamaması nedeniyle yapılan operasyonda Meckel divertikülü ve jejunojejunal invajinasyon saptandı. İlk ultrasonda görölen invajinasyon kendiliğinden çözülmüş olduğu için kontrol ultrasonda görölememiş olabilir.

Sonuç olarak çocuklarda alt GIS kanama göröldüğünde Meckel divertikülü ilk akla gelecek patolojiler

arasında olmalıdır. Endoskopik görüntüleme ve sin-tigrafide kanama odağının saptanamaması Meckel divertikülünü ekarte ettirmemektedir. Bu nedenle tanı konulamayan hastalarda eksploratif laparotomi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). *Am J Surg* 1980;139:286-289.
2. Rosai J. *Gastrointestinal Tract*. In *Surgical Pathology*. 9<sup>th</sup> ed. Michael Houston. New York, Elsevier Inc, 2004: 714-715.
3. Stocker JT, Dehner LP. *Gastrointestinal Tract*. *Pediatric Pathology*. B. Dahms (editor). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001: 645-646.
4. Torun P, Tanık C, Kabukçuoğlu F, Sever N, Baskın D. Meckel divertikülü: 34 olgunun klinikopatolojik değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2010;44(2):52-55.
5. Ford PV, Bartold SP, Fink-Bennett DM, et al. Procedure guideline for gastrointestinal bleeding and Meckel's diverticulum scintigraphy. *Society of Nuclear Medicine. J Nucl Med* 1999;40:1226-32.
6. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients. *Ann Surg* 2005: 529-533.
7. Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. *World J Emerg Surg* 2008;3:27.
8. Rashid OM, Ku JK, Nagahashi M, Yamada A, Takabe K. Inverted Meckel's diverticulum as a cause of occult lower gastrointestinal hemorrhage. *World J Gastroenterol* 2012;18(42):6155-6159.
9. Ziessman HA, O'Malley JP, Thrall JH. *Nuclear Medicine: The Requisites in Radiology (Third edition)*. Elsevier Mosby, Philadelphia 2006, pp:373-77.
10. Şanlı Y, Özkan ZG, Kuyumcu S, Yanar H, Balık E, Tokmak H, Türkmen C, Adalet I. Role of red blood cell scintigraphy for determining the localization of gastrointestinal bleeding. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2012;18(3):225-230.
11. Gunderman R, Leef J, Ong K, Reba R, Metz C. Scintigraphic screening prior to visceral arteriography in acute lower gastrointestinal bleeding. *J Nucl Med* 1998;39:1081-3.
12. Yıldırım AE, Altun R, Öcal S, Akbaş E, Korkmaz M, Selçuk H, Yılmaz U. Nadir bir hematokezya olgusunda farklı bir tedavi yaklaşımı. *Endoscopy Gastrointestinal* 2010;18(3):61-62.
13. Buettcher M, Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heininger U: Three-year surveillance of intussusception in children in Switzerland. *Pediatrics* 2007;120:473-480.