

Tam Arkabarsak Duplikasyonuna Eşlik Eden Tam Olmayan Mesane Duplikasyonu: Nadir Bir Olgu

Total Hindgut Duplication Associated With Incomplete Bladder Duplication: A Rare Case

Süleyman ÇELEBİ*, Seyithan ÖZAYDIN*, Cemile Beşik BAŞDAŞ*, İpek Yıldız ÖZAYDIN**, Ünal GÜVENÇ*, Özgür KUZDAN*, Serdar SANDER*

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği

**Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

ÖZ

Sindirim kanalı duplikasyonları, ağızdan anüse dek herhangi bir yerde görülebilen nedeni tam olarak bilinmeyen nadir doğumsal bozukluklardır. Çoğunlukla ileumda yer alırlar ve sıklıkla kistik yapıdadırlar. Arkabarsak duplikasyonuna mesane duplikasyonunun eşlik etmesi ise oldukça nadirdir ve literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir. Erkeklerde kızlara oranla sık görülmektedir. Tanı yaşı değişken olup genellikle yaşamın ilk yaşlarında ya da fark edilemeyip daha geç dönemde saptanır.

Duplikasyonlar cerrahi tedavisi her olguya özel tasarlanması gereken doğumsal anomalilerdendir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan, tam arkabarsak duplikasyonu ve tam olmayan mesane duplikasyonunun birlikte bulunduğu 16 aylık erkek bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Arkabarsak duplikasyonu, mesane duplikasyonu, çocuk

ABSTRACT

Gastrointestinal system duplications, are rare and congenital anomalies which may occur in place from oropharynx to anus. In generally they are spherical cystic that found in ileum. Hindgut duplication including colon and ileum as well as the bladder are extremely rare. It is found more commonly in males than in females. A review of the literature revealed rare reported patients with the same condition. These congenital clinical abnormalities are sometimes asymptomatic and may be diagnosed late so the presence of complex duplications have fascinated most lay clinicians. Surgical treatment of this patients must specialized to the case. The present study describes a 16 months male diagnosed and treated due to duplication of the hindgut associated with incomplete duplication of the bladder.

Keywords: Hindgut duplication, bladder duplication, child

GİRİŞ

Sindirim kanalının ağızdan anüse dek herhangi bir yerinde görülebilen duplikasyonlar, nadir görülen doğumsal bozukluklardır (1,2). Bunlara başta ürogenital sistem olmak üzere diğer sistemlerin doğumsal bozuklukları da eşlik edebilir. Duplikasyonun nedene ilişkin çeşitli teoriler ileri sürülmesine karşın, embriyolojik temeli hala tartışmalı olup tam anlamıyla bilinmemektedir. Tanı konan yaş grubu değişiklik gösterse de en sık ilk bir yaş içinde tanı konmaktadır (2,4). Ancak günümüzde doğum öncesi ultraso-

nografinin yaygınlaşması ile olgular giderek daha erken saptanmaktadır. Duplikasyonlar kistik tip ve tübüler olmak üzere iki şekilde olabilir (2,3). Bozukluk farklı anatomi ve yerleşim nedeniyle farklı bulgular ile karakterize olup en sık görülen bulgular bulantı-kusma ve karında ele gelen kitledir (1,5,6). Barsak duplikasyonlarında kanama, tıkanma, delinme, peritonit gibi ciddi komplikasyonlar gelişebileceği gibi geç dönemde habis dönüşüm görülebileceği de bildirilmiştir (5).

Çalışmada, kliniğimizde arkabarsak ve ürogenital

Alındığı tarih: 16.07.2014

Kabul tarihi: 12.10.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Süleyman Çelebi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Küçükçekmece / İstanbul

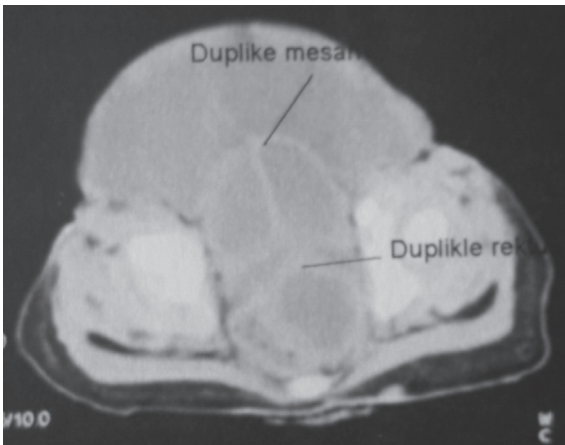
e-posta: celebisuleyman@hotmail.com

sistemlerin duplikasyonu tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

On altı aylık erkek hasta, kanlı kusma ve karın şişliği yakınmasıyla başvurdu. Genel durumu iyi olan hastanın fizik muayenesinde karında hassasiyet ve direnç yoktu. Perineal muayenede üretral ve anal delikler normal görünümdeydi. Dinlemekle barsak sesleri azalmıştı. Rutin kan tahlillerinde, beyaz kürenin 15000/mm³ olması dışında özellik yoktu.

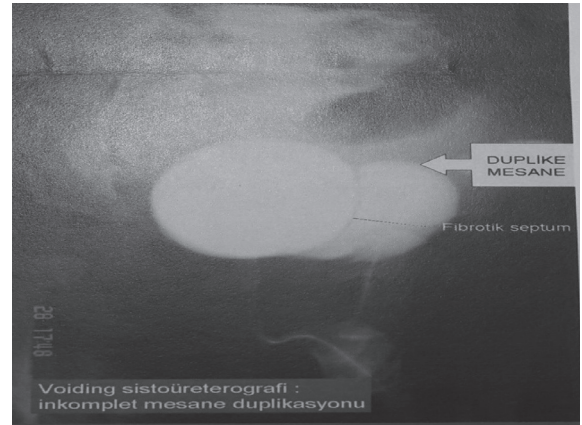
Ayakta karın grafisi normal olarak değerlendirildi. Üriner enfeksiyon öyküsü olmayan hastada, üriner ultrasonografide (US) mesane kapasitesinin yaş ile uyumlu olduğu ve mesanede tam olmayan, ekojen, dikey bir bölme bulunduğu, böbreklerin normal olduğu bildirildi. Bilgisayarlı tomografide (BT) tıkanmaya neden olan kolonik duplikasyon saptandı (Resim 1). Sistoskopide mesane duplikasyonunun tam olmadığı görüldü. Pelvik magnetik rezonans (MR) ve işeme sistografisinde (Resim 2) ise mesane boyununun açık olduğu, işemenin her iki mesane yarımından tek bir üretra yoluyla tam olarak gerçekleştiği görüldü, işeme sonrası artık idrar kalmadığı saptandı. Klinik ve radyolojik bulgulara göre barsak duplikasyonu ve tam olmayan mesane duplikasyonu tanısı kondu.



Resim 1.

Barsak duplikasyonu tanısıyla yapılan ameliyatta 25 cm kadar tübüler ileal duplikasyon ve total tübüler kolon duplikasyonu bulundu (Resim 3). Dalak köşe-

sine dek ayrı mezenterleri bulunan duplike barsaklara rezeksiyon uygulanırken, buradan daha sonrasında ortak mezenter varlığı nedeniyle duplikasyona boylu boyunca mukozektomi yapıldı. Mesanede bölmeye dokunulmadı. Ameliyat sonrası komplikasyon gözlenmedi. Histopatolojik incelenmede barsak duplikasyonu olarak tanımlanan yapının tek katlı kolumnar yüzey epiteli ve az sayıda bez yapılarının arasında mukus içeren hücrelerle döşeli olduğu, kas tabakasında artışla birlikte damarların konjesyone olduğu bildirildi. Hasta iki yıldır ayaktan takip edilmekte olup, sorunsuzdur.



Resim 2.



Resim 3.

TARTIŞMA

Sindirim kanalındaki duplikasyonlar, nedeni tam olarak saptanamamış, çoğunlukla tek, nadiren birden fazla görülen doğumsal bozukluklardır ^(1,2,4). Nedenler arasında fetal barsak divertikülünün kaybolmaması, ilkel barsağın solid evresinin yeniden kanalize olmasında bozukluk, kısmi çiftleşme, notokord ayrılması gibi teoriler ileri sürülmektedir ^(1,2). Duplikasyonlar sindirim kanalının herhangi bir yerinde görülebilmekle birlikte, ince barsaklar en sık etkilenen bölgedir. Kalın barsakta görülme sıklığı ise %13'tür. Duplikasyonların kistik ve tübüler tipleri vardır. Literatürde uzun barsak duplikasyonlarının çoğu mide mukozası ile örtülükten kısa tübüler ve kistik duplikasyonların normal mukoza ile örtülü olduğu bildirilmektedir ⁽²⁾. Kistik tip; barsağın kısa bir bölümünü, tübüler tip ise uzun bir bölümünü ya da tamamını içerebilmektedir. Tübüler duplikasyonlar barsağın mezenterik sınırında oluşurlar ve bu yerleşim, normal barsak dokusunu koruyarak çıkarılmalarını güçleştirir. Olgumuzda tübüler tip ileal, dalak köşesine dek ayrı, buradan daha aşağıda ise tek ortak mezenterik bulunan tübüler kolon duplikasyonu vardı.

Duplikasyonlar normal sindirim kanalı mukozasına sahip olmaları ile diğer kistik karın kitlelerinden ayırt edilebilirler. Hastalar karın şişliği, kusma, ele gelen kitle ve nadir olarak idrar yolu semptomlarıyla gelebilirler ^(3,5). Olguların %75'inden çoğu bir yaşına dek saptanmaktadır. 16 aylık bir erkek bebek olan olgumuz da literatürdeki genel özellikleri taşıyordu ve kanlı kusma, karın şişliği yakınmalarıyla getirilmişti. fizik muayenesinde ele gelen kitle vardı.

Kalın barsağın kistik duplikasyonları semptomsuz olabildikleri gibi invajinasyon, kanama, kitle veya basınç etkisiyle barsak tıkanıklığı ve volvulus ile komplike olabilirler. Habis değişiklik kolon duplikasyonlarında ileri yaşlarda görülebilen bir komplikasyondur. Inoue ve Nakamura duplikasyon kisti zemininde habis değişiklik gelişen olguları inceleyerek en yüksek sıklıkta (% 67) ile kalın barsak ve rektumda görüldüğünü bildirmiştir ^(6,7). Sunulan olguda duplikasyon, barsak tıkanıklığı ve kanamaya neden olmuştu. Histopatolojik incelemede habis değişiklik yoktu. Duplikasyon tanısı konan hastalar, başta ürogenital sistem olmak üzere diğer sistem bozukluklarının yüksek sıklıkta görülmesi nedeniyle dikkatle incelen-

melidir. Ürogenital sistemdeki duplikasyon teorileri ilk olarak Edwards tarafından açıklanmıştır ⁽⁸⁾. Kaudal büyüme sırasında arkabarsak uzayarak, ileum, kalın barsak, rektum, üretra ve mesaneyi oluşturur. Bu nedenle arkabarsak bölünmesinin başlangıç safhasında bölünmesi köken alan tüm yapıların duplikasyonuna neden olabilir ⁽⁸⁾. Olgumuzda tam olmayan mesane duplikasyonu tam arkabarsak duplikasyonuna eşlik etmekteydi. Tip 1 duplikasyonlar daha çok kalın barsak ve rektumun tam olmayan duplikasyonunu, Tip 2 ise bizim olgumuzda da olduğu gibi, sindirim kanalı duplikasyonuna ek olarak alt üriner sistem duplikasyonu gibi eşlik eden ek doğumsal bozuklukları içermektedir.

Barsak duplikasyonu tanısında en yaygın kullanılan görüntüleme yöntemleri arasında US ve baryumlu çalışmalar yer alır. BT ve MR'a daha az gerek duyulur. US'de duplikasyon ekojenik iç mukozal tabaka ve hipoekoik dış kas tabakasının varlığı ile tanımlanır ⁽⁶⁾. Sunulan olguda akut karın araştırılmasına yönelik US'de sağ alt kadranda tanımlanan kistik kitlenin duplikasyon kisti olabileceği vurgulanmakla birlikte, klinik tanı ancak BT ve MR'da anatomik ayrıntıların belirlenmesiyle konabilmiştir.

Tedavide duplikasyonların büyüklüğüne, yerleşimine ve tipine göre değişik cerrahi işlemler uygulanmaktadır ⁽⁵⁾. Rastlantısal olarak saptanan semptomsuz ve cerrahiye uygun olmayan olgularda ameliyatsız izleme de yaklaşımlar arasındadır ⁽⁷⁾. Sunulan olguda dalak köşesine dek ayrı mezenterik damarları bulunan duplike barsaklara rezeksiyon uygulanırken, buradan sonra ortak mezenter damarları olan tübüler kalın barsak duplikasyonuna geç dönemde olası bir habis değişime önlem olarak boylu boyunca mukozektomi yapılmıştır.

Tam olmayan mesane duplikasyonlarında heriki mesane yarımaları ortak bir üretra ile boşalıyorsa cerrahi işlem gerekmediği kabul edilir ⁽⁷⁾. Hastamızın üriner enfeksiyon öyküsünün olmaması, işeme sonrası artık idrar kalmaması ve mesane kapasitesinin hastanın yaşı ile uyumlu bulunması nedenleriyle ameliyat sırasında mesanedeki bölmeye herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

Sindirim sistemi duplikasyonları barsak duvarına yapışık ama ortak duvarlı basit kistler şeklinde görü-

lebileceği gibi bazen ortak mezenterle tüm barsak boyunca da uzanabilirler. Birlikte özellikle ürogenital sistem bozuklukları bulunabilir. Bu tür karmaşık bozuklukların tedavi hedefi normal anatomiyi sağlamaktan daha çok, semptomları ortadan kaldırmaktır. Cerrahi tedavi standart olmayıp her olgunun anatomik özelliklerine göre ve çoğu kez ameliyat sırasında belirlenir. Hastamızda ameliyat sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmemesi literatürle uyumlu yaklaşımımızın doğru olduğunu desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. **Wrenn Jr. el, Hollabaugh RS.** Alimentary tract duplications. In: Ashcraft KW (ed). *Pediatric Surgery*. Saunders, New York, 2000; 527-39.
2. **Karnak İ, Ocal T, Senocak ME, Tanyel FC, Büyükpamukçu N.** Alimentary duplications in children: Report of 26 years experience. *Turk J Pediatr* 2000;42:118-25.
3. **Kuo HC, lee HC, Shin CH, Sheu JC, Chang PY, Wang NI.** Clinical spectrum of alimentary tract duplication in children. *Acta Paediatr Taiwan* 2004;45: 85-8.
4. **Diñel O, Kınacı E, Başak F, Şaban AD, Ayşan E, Kaygusuz A.** Yaygın ince barsak tutulumu olan gastrointestinal sistem duplikasyonu: Olgu sunumu. *İstanbul Tıp Dergisi* 2005;4:26-8.
5. **Martins JI, Cury EK, Petrilli AS, Martins ECS, Neto G.** Cecal duplications causing a disappearing abdominal mass in an infant. *J Pediatr Surg* 2001;36: 1581-3.
<http://dx.doi.org/10.1053/jpsu.2001.27057>
6. **Inoue Y, Nakamura H.** Adenocarcinoma arising in colonic duplication cysts with calcification: CT findings of two cases. *Abdom Imaging* 1998;23:135-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s002619900305>
7. **Ikeda H, Nakamura T, Matsuyama S, Nagashima K, Takahashi A, Shitara T.** Cystic duplication of the cecum lined by dermal type squamous epithelium. *J Pediatr Surg* 1986;21:960-1.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468\(86\)80105-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468(86)80105-1)
8. **Vijayaraghavan SB, Nirmala AB.** Complete duplication of urinary bladder and urethra: prenatal sonographic features. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;24: 464-6.
<http://dx.doi.org/10.1002/uog.1093>