

## Olgu

# ANTENATAL GASTROŞİZİS: OLGU SUNUMU

Mustafa KARA<sup>1</sup>

### Özet

**Amaç:** Doğum anında tanısı konan Gastroşizis'li bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 31 yaşında, gravida 3, parite 3 olan hasta kliniğimizde sezaryen seksiyoyla doğum yaptı. Canlı doğan ve 1. dakikadaki APGAR'ı 4 olan bebek doğumdan 24 saat sonra ex oldu. Yeni doğanın makroskopik bulguları ve otopsisine göre tanı kondu.

**Tartışma:** Gastroşizis nispeten nadir karşılaşılan karın ön duvarı anomalilerinden biri olup 3/10.000 sıklıkta görülür. Önceleri yalnızca doğum anında tanınan bir patoloji iken, ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte artık prenatal dönemde tanısı konulabilmektedir. Prenatal tanısı konabilen vakalarda yeni doğanın doğumunun optimal şartlarda ve tersiyer merkezlerde yapılması ile yeni doğanların sağ kalımında artış bildirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroşizis, Ultrasonografi, Abdominal duvar defekti.

### ANTENATAL GASTROSCHISIS: CASE REPORTS

#### Summary

**Objective:** We aimed to present a case which was diagnosed in the instant of the delivery with Gastroschisis.

**Case:** 31 year-old, gravida 3, parity 3 patient had

caesarean section in our clinic. The fetus who was delivered live and the APGAR score in the first minute was 4, had exitus 24 hours after the delivery. The diagnosis is made according to the macroscopic findings and autopsy of the neonate.

**Discussion:** Gastroschisis is one of the relatively rare met abdominal wall defects and it is seen in 3/10.000 incidence. Formerly, it was a pathology just diagnosed in the instant of the delivery, with using of the ultrasonography widely it can be diagnosed in the prenatal period. It is reported that an increase of the survival of the neonates which diagnosed prenatally, due to the delivery of the neonate in tertiary centers and optimal conditions.

**Key Words:** Gastroschisis, Ultrasonography, Abdominal wall defect.

### Giriş

Gastroşizis karın ön duvarında, genellikle umblikusun sağında yer alan yaklaşık 3 cm'lik bir defektir. Defekt ile umblikus arasında az da olsa normal cilt dokusu bulunur. 1/3000 sıklıkta ve her 2 cinste eşit olarak görülür<sup>1</sup>. Gastroşizisin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Roeper ve arkadaşları California eyaletinde gastroşizis insidansında 1968 yılından 1977 yılına kadar 10 kat artış olduğunu belirtmişlerdir. Avrupa kaynaklı çalışmalarda da gastroşizis insidansında benzer artışlar bildiril-

mektedir<sup>2</sup>. Popülasyona dayalı çalışmalar ilk trimesterde nonsteroid antiinflatuvar ilaç ve diğer vazoaaktif maddelerin kullanımı ile gastroşizis arasında bir ilişki olabileceğini söylemektedir. Bu çalışmalar vasküler bir etyoloji için destek sağlasa da kesin olarak sebebi bilinmemektedir. Genellikle sağ umblikal venin anormal olarak regresse olması ile abdominal duvarda zayıflama meydana gelir<sup>3,4</sup>.

Antenatal tanısı ultrasonda amniotik sıvıda serbestçe yüzen barsak segmentleri ve iç organların gösterilmesiyle konur. Eşlik eden yapısal anomali riski omfalosel'e göre çok azdır (sırasıyla, %10'a karşı % 60). Bu fetusların ideal doğum şekli tartışmalıdır. Sezaryen ile doğumun normal vaginal yolla doğuma bir üstünlüğü gösterilememiştir. Doğumların intravenöz beslenmenin, infeksiyon kontrolünün ve yeni cerrahi tekniklerin daha iyi uygulandığı tersiyer merkezlerde yaptırılması sağlanmalıdır. Gastroşizis genellikle konjenital ve kromozomal anomalilerle birlikte olmadığından prognozu iyidir. İyi merkezlerde cerrahi sonrası izole gastroşizisli olgularda %96 gibi yüksek sağkalım bildirilmiştir.

### Olgu sunumu

31 yaşında, gravida 3, parite 3, yaşayan 2 olan hasta dış merkezden kliniğimize "Miadında ağrılı gebe" tanısı ile başvurdu. Hasta antenatal dönemde hiç doktora gitmemişti ve hiç ultrasonografi yapılmamıştı. Vaginal tuşede 3 cm açıklıkta, % 50 efasman ve makat prezentasyon mevcuttu. Fetal kalp atışı bradikardikti (105 vuru/dk). AFD (akut fetal distres) ve makat geliş nedeniyle doğumun sezaryen ile sonlandırılmasına karar verildi. 2810 g, 46 cm canlı kız bebek makat geliş ile çıkarıldı. Polihidramnios vardı. Bebeğin makroskopik değerlendirmesinde karın ön duvarında, umblikusun sağında 10 cm'lik defekt vardı ve ince barsak, kalın barsak, karaciğer bu defektten dışarıya çıkmıştı (Şekil 1). Makroskopik olarak eşlik eden başka bir anomali yoktu. Bebeğin açıkta duran barsak ve iç organları steril örtü ile örtüldü ve nemli tutuldu, nazogastrik dekompresyon yapıldı. Yeni doğana damar yolu açıldı, antibiyotik ve dehidratasyonu önlemek amacıyla sıvı tedavisi başlandı. Doğumu izleyen 24 saat içinde bebek ex oldu. Otopside fıtıklaşan organlardan alınan kesitlerde ince barsak, kalın barsak ve karaciğer'e ait doku örnekleri iz-



Resim 1.Umblikus'un sağından köken alan yaklaşık 10 cm'lik defekt ve bu defektten dışarıya çıkan ince barsak, kalın barsak ve karaciğerin eşlik ettiği gastroşizisli bebek.

lendi, ek bir anomali saptanmadı. Defektin yerleşim yeri ve fıtıklaşan iç organlar göz önüne alındığında olgu fetal gastroşizis olarak teşhis edildi.

### Tartışma

Erken embriyolojik gelişimde barsaklar ekstraabdominal olduklarından 12. haftadan önce karın ön duvar defekti tanısı koyarken çok dikkatli olunmalıdır. Hatta 11. haftaya kadar barsakların karın boşluğuna dönmüş olması gerekmesine rağmen, gebelik haftasında olabilecek hatalardan dolayı 12-13. haftadan önce bu tanının konulması önerilmemektedir<sup>5</sup>.

Gastroşizis ile en sık karışan patoloji omfalosel'dir. Her 2 patoloji de fetal karın ön duvar defekti olmasına rağmen etyolojileri, ultrason görüntüleri, eşlik eden kromozom anomalileri açısından tamamen farklı 2 antitedir. Gastroşizis multifaktoriyel nedeni, sporadik bir anomali olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte aynı aile içinde birden fazla sayıda olgu görülebildiği de bildirilmiştir. Genetik geçişin olmaması, çevresel faktörlerin etiyolojide önemli olduğunu göstermektedir. Baird ve arkadaşlarının yaptığı büyük bir çalışmada yalnızca 1 adet trizomi 18 vakasına rastlanmıştır<sup>6</sup>. Nicolaidis ve arkadaşlarının çalışmasında da 26 gastroşizis olgusundan hiçbirisinde kromozomal anomali bulunmamıştır<sup>7</sup>.

Gastroşiziste umbilikusun gelişimi ve lokalizasyonu normaldir. Sağ omfalomezenterik arter yetmezliğinden ötürü bu bölgede tam kat karın ön duvar duvar defekti gelişir ve normal yerleşimli abdominal içerik bu defekten dışarı çıkar. Sonuçta gastroşizisli bebeklerde umbilikal kord mevcut olup normal yerleşimlidir ancak fetusun sağ tarafındaki karın duvar defekti abdominal içeriğin amniyon boşluğuna çıkmasına neden olur. Eşlik eden anomaliler ince barsak stenozu ve atrezisi, daha nadiren yarı damak ve diyafragma hernisidir. Defekten karaciğer çok nadiren dışarı çıkar. Ancak bizim olgumuzda karaciğer defektin dışında izlenmişti.

Prenatal gastroşizis tanısı konduğunda fetal gelişim, amniotik sıvı volümü ve barsak görünümünü değerlendirmek için periyodik ultrasonografik incelemeler yapılması tavsiye edilmektedir. Poli-

hidramnios ciddi neonatal barsak komplikasyonu ile uyumlu olan tek antenatal ultrasonografi bulgusudur<sup>8</sup>.

Prenatal dönemde erken tanı konduğunda ve iyi takip edildiğinde bebeklerin % 80 civarında yaşama şansları vardır. Ancak, 47-75 günler arasında değişen uzun hastanede kalma süreleri bildirilmektedir<sup>9</sup>.

Gastroşizis'li fetusların ideal doğum şekli halen tartışmalıdır. Lenke ve Hatch gastroşizisli fetuslarda pulmoner maturite geliştikten sonra preterm elektif sezaryen yapılmasını önermektedirler. Bu seride sezaryen ile doğurtulan 7 yenidoğanda defekt primer kapatılmış ve ortalama hastanede kalış süresi 18 gün olarak verilmiştir. Buna karşın, vajinal yolla doğurtulan 17 fetustan 3 tanesi ölmüştür. Primer onarım yalnızca 11 yenidoğanda gerçekleştirilmiş olup ortalama hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu not edilmiştir. Ayrıca sezaryen ile doğurtulan bebeklerde barsak serozasında soyulma ve inflamasyon olmadığı da belirtilmiştir. Kirk ve Wah ise retrospektif bir çalışmada sezaryen ile doğum yaptırılan gastroşizisli fetusların sağ kalımında vajinal yolla doğurtulanlara göre bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışma, yapılan sezaryen sekiyoların çoğunun doğum eylemi başladıktan sonra yapıldığı ve teorik olarak sezaryen ile elde edilecek bazı kazançların (barsak kompresyonunun, vasküler yetmezliğin, enfarktüsün, ödemin, infeksiyonun azalması) bu nedenle kaybedilmiş olabileceği belirtilerek eleştirilmektedir<sup>10,11</sup>.

Gastroşizisli bebeğin doğumunu takiben açıkta duran barsak steril plastik örtü ile kaplanmalı ve nemli tutulmalıdır. Distansiyon, barsaklarda iskemi ve enfarktüs gelişimi riski taşımaktadır. Bu nedenle, nazogastrik dekompresyon önerilmektedir<sup>12</sup>. Bir diğer pratik yaklaşım da, barsaklarda iskemi gelişimini önlemek için defektin doğum sonrası genişletilmesidir<sup>5,9</sup>. Bütün yeni doğanlara damar yolu açılmalı, antibiyotik ve dehidratasyonu önlemek amacıyla sıvı tedavisi başlanmalıdır. Cerrahide hem primer kapatma, hem de evrelendirilmiş silo redüksiyon ile başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ayrıca bazı seçilmiş olgularda deri grefti, umbilikal kord yaması, gore-tex ile defektin kapatıl-

ması da uygulanan diğer yöntemlerdir. Postoperatif komplikasyonlar aspirasyon pnömonisi, sepsis, intestinal iskemi, enfarktüs, enterokütanöz fistül, nekrotizan enterokolit ve uzun süreli intestinal disfonksiyondur<sup>13,14</sup>.

Biz nispeten nadir görülen bir gastroşizis olgusunu sunmayı ve bu olgu sunumu ile birlikte bu patolojinin tanı ve tedavisini güncel bilgiler ışığında gözden geçirmeyi amaçladık. Hasta antenatal dönemde gebelik izlemelerine gelmediği için prenatal dönemde tanı konulamadı. Bu nedenle, annenin yeni doğan yoğun bakım olanaklarının iyi olduğu bir merkezde doğum yapması sağlanamadı ve alınan tüm önlemlere rağmen yeni doğan bebek doğum sonrasındaki 24 saatte ex oldu.

Sonuç olarak, son yıllarda tıptaki gelişmelere paralel olarak gastroşizisli bebekler omfalosel'li bebeklerden daha iyi prognoza sahiptirler. Bu nedenle iyi prognoz beklenen bebeklerin prenatal dönemde belirlenmesi önemlidir. Ek anomalilerden dolayı kötü prognozla seyredeceği düşünülen gebelikler ise prenatal tanı sayesinde sonlandırılabilirler. Gebeliğin devam ettirilmesi kararı alınan hastalar yüksek riskli gebelik olarak kabul edilmeli ve neonatal cerrahi ünitelerinin bulunduğu merkezlere sevk edilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Raine PAM: Anterior abdominal wall defects. *Curr obstet gynaecol* 1991;1:147-153.
2. Roeper PJ, Harris J, Lee G: Secular rates and correlates for gastroschisis in California. *Teratology* 1987;35:203-10.
3. Kozer E, Nikfar S, Costei A et al: Aspirin consumption

during the first trimester of pregnancy and congenital anomalies. A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1623-30.

4. Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA: Maternal medication use and risks of gastroschisis and small intestinal atresia. *Am J Epidemiol* 2002;155:26-31.

5. Babcook C, Hedrick MH, Goldstein RB, et al: Gastroschisis: Can sonography of the fetal bowel accurately predict postnatal outcome? *J Ultrasound Med* 1994;13:701-706.

6. Baird PA, Mac Donald EL: An epidemiologic study of congenital malformations of the anterior abdominal wall in more than half a million consecutive live births. *Am J Hum Genet* 1981;33:470-8.

7. Nicolaides KH, Snijders RJM, Cheng HH: Fetal gastrointestinal and abdominal wall defects: Associated malformations and chromosomal abnormalities. *Fetal Diagn Ther* 1992;7:102-15.

8. Japaraj RP, Hockey R, Chan FY: Gastroschisis: Can prenatal sonography predict neonatal outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:329-33.

9. Sydorak RM, Nijagal A, Sbragia L, et al: Gastroschisis: Small hole, big cost. *J Pediatr Surg* 2002;37:1669-72.

10. Lenke RR, Hatch EI: Fetal gastroschisis: A preliminary report advocating the use of cesarean section. *ObstetGynecol*1986;67:395-8.

11. Kirk EP, Wah RM: Obstetric management of the fetus with omphalocele or gastroschisis: a review and report of one hundred and twelve cases. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146: 512-8.

12. Kimble RM, Singh SJ, Bourke C, Cass DT: Gastroschisis reduction under analgesia in the neonatal unit. *J Pediatr Surg* 2001;36:1672-4.

13. Durfee SM, Downward CD, Benson CB, Wilson JM: Postnatal outcome of fetuses with the prenatal diagnosis of gastroschisis. *J Ultrasound Med* 2002;21:269-74.

14. Swartz KR, Harrison MW, Campbell JR, Campbell TJ: Long-term follow-up of patients with gastroschisis. *Am J Surg* 1986;151:546-9.