

YENİ DOĞANLARDA PNÖMOPERİTUAN

Dr. Nurettin Apaydın - Dr. Sait Rahmi Öner - Dr. Uğur Sayman

Yeni doğan bebeklerin abdomene ait müdahaleleri arasında konjenital malformasyonlar mühim bir yer tutar. Burada bahsedeceğimiz üç vak'a klinik ve radyolojik olarak diğer vak'alardan ayrılmaktadır. Bu vak'aların ortak yönü hepsinin yeni doğmuş olması ve ileri derecede (hatta bazan hekimi yanıtacak derecede) pnömotoraks'la müracaat etmiş olmalarıdır.

Büyük bebeklerde pnömooperituan: doğuran sebebler arasında künt karın travmaları, kesici ve delici yaralanmalar, zorla yerine konmuş boğulmuş fıtık neticesi barsak perforasyonları, delinmiş apendisit ve perfore Meckhel divertikülleri ince ve kalın barsağın iltihabi hastalıkları ve divertikülitleri, sonucu perforasyonları sayabiliriz.

Yeni doğanlarda pnömooperituan: sebebiyet veren intestinal perforasyonlar sık olarak bazı konjenital malformasyonlar neticesi olmakla beraber bazan da spontan olarak meydana gelmektedir.

Hirschsprung hastalığı olan hastalarda erken neonatal devrede kalın barsakta perforasyon olabilir. Konjenital bantların meydana getirdiği obstrüksiyon neticesi barsak nekrozu ve dolayısıyla peritoneal kavitede serbest hava görülmektedir. Burada belki de barsak duvarındaki konjenital defekt perforasyonun sebebi olmaktadır.

Duodenum ülseri perforasyonu da pnömooperituan: sebebiyet vermektedir. Bu perforasyonun ülser nedeniyle oluşu şüphelidir. Bu tip perforasyonlar herhalde mide duvarındaki oluşum noksanlığına bağlıdır.

Bu perforasyonların bazıları belki de doğumdan evvel husule gelmektedir. Fakat gastro-intestinal sistem hava ile dolduktan sonra pnömooperituan aşikar hale gelmektedir.

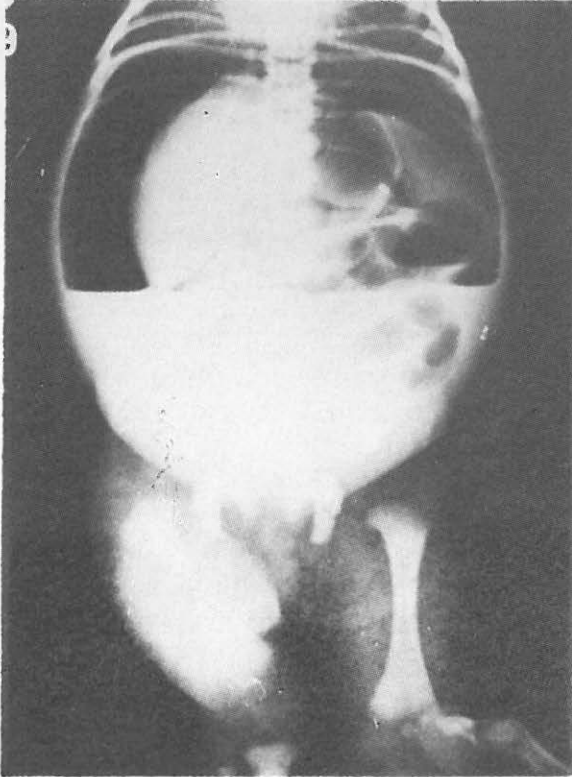
Lezyon vak'aların çoğunda prematürite ile birlikte olmaktadır. Bu çocuklar doğuşta fevkalade sıhhatli görünürler, fakat bir kaç saat sonra abdominal distansiyon artmaya ve teneffüs zorlukla olmaya başlar.

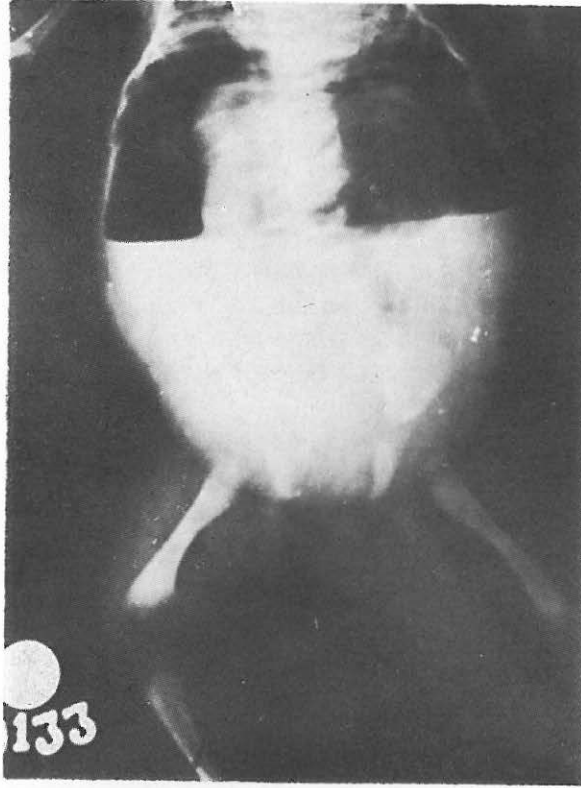
Batındaki distansiyon acayip bir şekilde genişler ve radyolojik bulgu sebebi açık olarak ortaya koyar.

Bütün hat batın sendromlarında olduğu gibi bundada radyolojik muayene ayakta yapılmalıdır. Bu şekilde çekilen filimlerde şu hususlar dikkati çeker.

Periton boşluğunda bulunan serbest hava vak'aların bir çoğunda geniş bir distansiyona sebebiyet verecek şekilde oval büyük bir gölge halinde terassüm eder. Her iki diafragmanın serbest gaz kitlesi tesiriyle kubbe tarzında yukarıya doğru itildiği müşahade edilir. Karnın yukarı kısmında ligamentum falsiformenin bu serbest gaz kitlesini ikiye ayırdığı bazen görülür. Bu gaz kitlesinin içinde karaciğer ve dalak rahatlıkla seçilebilmektedir. Bu manzaraya Amerikan literatüründe (air dome sign) adı verilmektedir. Periton boşluğunda serbest havanın fazla bulunuşu perforasyonun gecikmiş olduğuna işarettir.

Bizim vak'alarımız ikisi gecikmiş vak'alar olduğu için cerrahi bir müdahale imkânı olmadan vefat etmişler, yalnız sonuncu vak'ada erken müdahale imkanı bulduğumuz için bebek kurtarılmıştır.





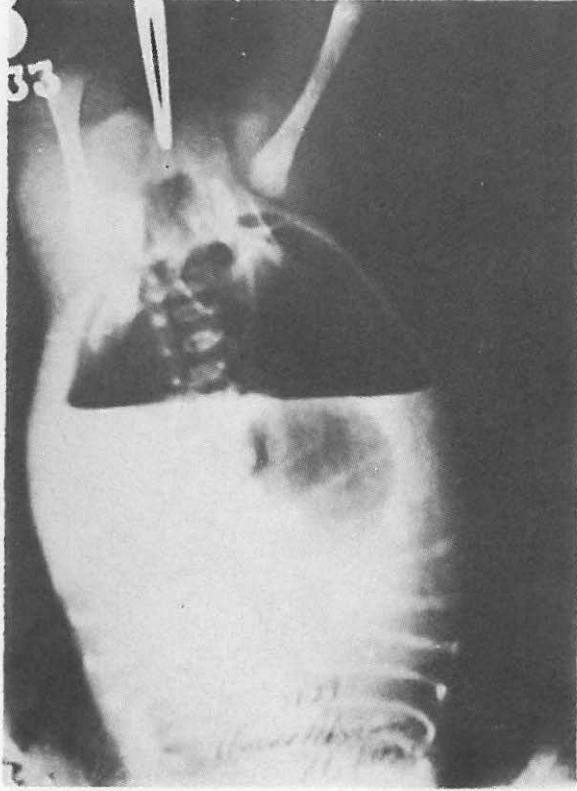
Vak'a 1 — S.G. 19.9.1971 tarihinde 11894 Prot.le defekasyon yapamama ve karındaki şişlik şikayetiyle yatırılmış.

Hikayesi: Üç gün önce evde doğan hasta meme almamış ve defekasyon yapmamış Karnının şiştiğini fark eden aile bu şikayetlerle kliniğimize müracaatta bulunmuş.

Dispneik ve siyanotik olan hastada dil kuru, cilt kuru, turgor tonüs azalmış, ateş 36,5. Batın muayenesinde: Batın bombe, solunuma iştiraki azalmış, venöz teressümat yok. Göbek kordonu mevcut. Palpasyon; distandiyon dolayısıyla mümkün olmadı. Perküsyonla hipertimpanizm mevcut. Karaciğer matitesi kaybolmuş. Tuşe rektalde rektum boş.

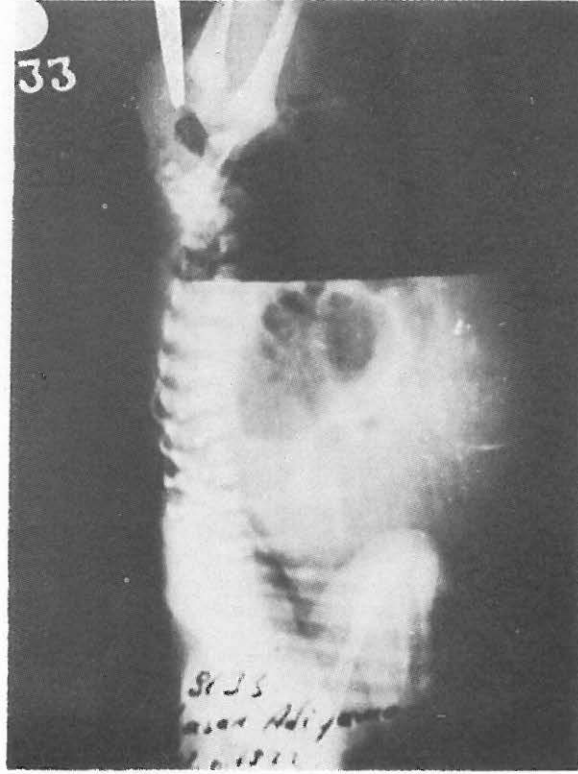
Kalb sesleri normal. Nabız filiform ve taşikardik.

Ayakta direk batın grafisinde : Batının üst kadraniını dolduran hava imajı mevcuttur.



Yukarıda bahsedilen laboratuvar ve klinik muayene sonucu gerekli hazırlıklar yapılarak hasta acilen ameliyathaneye alındı. Ameliyathaneye alındığı vakit dispeneik hali arttı. Nabız taşikardik ve gayet filiform olduğu tesbit edildi. Aspirasyon ve oksijen verilmek üzere iken hastanın exitus olduğu görüldü.

Vaka : 2 — 2.6.1972 tarihinde 7630 Prot. servisimize yatırılan hasta 10.6.1972 günü saat 00.30 da Haseki Belediye Hastanesinde doğmuş. Doğduktan sonra batında distansiyon nedeniyle tüp rektal, bepanthen ve microlaks tatbik edilmiş. Bu tedaviye rağmen distansiyon daha ileri safhaya gittiği için Çapa 2. Cerrahi kliniğine sevk edilmiş ve cerrahi indikasyon konduğu halde müdahalede bulunulmamış hastanemize müracaat etmeleri tavsiye edilmiş. Saat 24 de müracaat ettirilen hasta muayene ve grafi sonucu acilen servise yatırıldı.



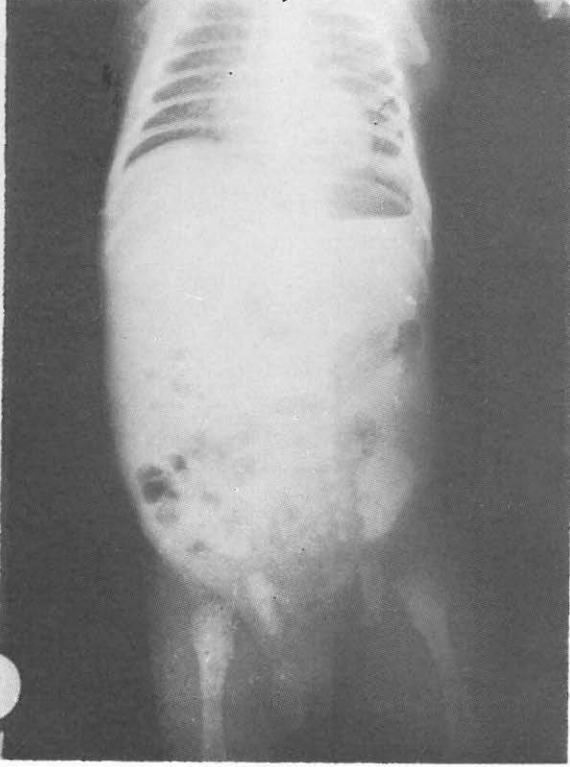
Şikayeti batındaki şişlikten ve defekasyon yapmaktan. Batın muayenesi : Batın distandü venöz teressümat mevcut göbek pansumanlı. Peristaltik ve antiperistaltik hareketler görülmedi. Perküsyonla batın hiper timpanizm mevcut. Palpasyonla batın yumuşak karaciğer 2 parmak ele geldi, dalak ele gelmedi. Tuşe rektal için anus parmak duhulüne müsait değil.

Grafide : Batında bütün batın genişliğini kapsayan seviye görülmektedir. Hastaya nazogastrik sonda takıldı. Zaman zaman siyanosa girdiği için oksijen verildi. Hırıltılı solunum dolayısıyla aspirasyon yapıldı. Hastada dikkati çeken bir hususta vaginal ve anal nahiye sanki prolabe olmuş intibağını veren şişliğin görülmesiydi. Raktal tüp muayyen miktarda rektuma ithal (1-1,5 cm) olabiliyordu. Hasta zaman zaman siyah, zaman zaman yeşil renkte kusmalar gös-

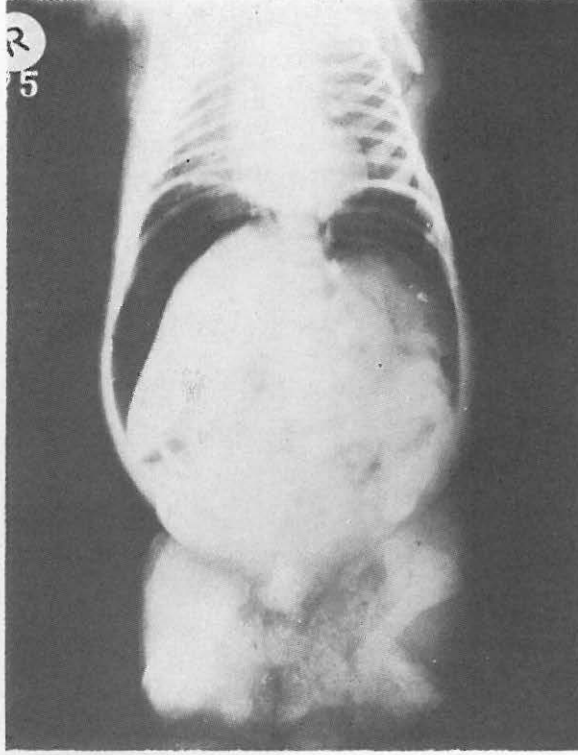
tererek aspire edilmesine ve oksijen verilmesine rağmen saat 22,20 de öldü.

Vak'a 3 — H.K. 12.1.1975 tarihinde 519 Prot. le kusma ve defekasyon yapamama şikayetiyle yatırılmış.

Hikayesi : İlk yardım Hastanesinde doğan hasta iki gün içerisinde defekasyon yapmaması ve devamlı kusmaları üzerine hastanemize sevk edilmiş. Genel görünümü iyi olan hastanın ateşi 37,8 nabızı 164 olarak tesbit edilmiş.



Batın muayenesinde: Batın bombe olup solunuma iştirak etmiyor. Tümeftaksiyon venöz teressümat peristaltik ve antiperistaltik dalgalara raslanmadı. Palpasyonla batın distandü olduğu için karaciğer ve dalak ele gelmiyor. Perküsyonla bütün batında hiper timpanizm



alınıyor. Karaciğer matitesi kaybolmuş. Dalak perkütabl değil Traube alanı açık.

Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yok.

Kanama zamanı 2', pıhtılaşma zamanı 5', lökosit = 8100, eritrosit = 4120000 Hb. = % 80. Tam idrar tahlili normal.

12.1.1975 tarihli 275 prot. kayıtlı ayakta direk batın grafisinde her iki diafragma altında yaygın serbest gaz imajı vardır.

12.1.1975 günü genel narkoz altında yapılan 23 prot, kayıtlı acil ameliyatında. Barsak sütürü, omentoplasti.

Göbek üstü ve altı median insizyonla laparotomi yapıldığında batından bol miktarda serbest hava çıktığı görüldü. Eksplorasyonda bütün ince barsakların midenin, çıkan, inen kolunun ve sigmoidin normal olduğu fakat transvers kolunun üst yüzünde omentumla birleştiği kısımda bir bölgenin deseröze olduğu ve ortasında ufak bir

pergorasyon deliği bulunduğu görüldü. Bunun üzerine önce delik kapatıldı. Üzerine omentoplasti yapıldı. Batına diren konduktan sonra açılan yerler kapatılıp ameliyata son verildi.

Ameliyatının üçüncü günü diren alındı. 2 gün dikişleri alınan hasta 18. inci gün şifa ile taburcu edildi.

Özet

Yeni doğan üç çocukta görülen pnömoperituan vak'ası taktim edilmiş ve sebepleri izah edilerek; erken teşhisin önemi belirtilmiştir.

Summary

The auther discribed pnenmo peritonal cases of nevborn.

LİTERATÜR :

- 1 — Robert B. Tudor M. D. Peptic ulceration in childhood. The Pediatric Clinics of North America volume 14 number I February 1967 Page 127-128.
- 2 — Mondor (H) Diagnostic urgents de L'abdomen I vol. Page 1120 Paris 1949 7'e ed. Masson et cie ed.
- 3 — Robert Dedre-Marcel Lelong. Pediatrie E. Flammarion 1952. Vollum I Page 426.
- 4 — Roscoe E. Miller M. D. And Robert K. Rhamy M.D. Acute perforation in infants. Surgrey-Gynecology and Obstetrics. July 1963 vol. 117 number I, Page 61-66
- 5 — Swenson pediatric surgery Edition III 1969 volume I P. 683.
- 6 — Rogers C.S. pnömoperitoneum intheven ban surgery 56, 842, 1964.