

## MECKEL DİVERTİKÜLÜ ENVAJİNASYONU (\*)

Dr. Nurettin Apaydın - Dr. Sait Öner - Dr. Mehmet Köseoğlu

Çocukların konjenital malformasyonları arasında zaman zaman acil cerrahi müdahaleyi icap ettirmesi yönünden Meckel divertikülü'nün ayrı bir yeri vardır. Hayat boyu araz vermeden kalabildiği gibi, bazan da erken komplikasyonlarla hayatı tehdit eden durumlara sebep olmaktadır.

Meckel divertikülü embriyonda primer barsak urvesini göbek ile birleştiren omphalo-mesenterik kanalın bir artığı olup ince barsakların en sık görülen konjenital bir anomalisidir. Bu anomali 1817 senesinde J.F. MECKEL tarafından etraflıca tarif edilmiş ve daha sonraki yıllarda abdomen ve bilhassa çocuk cerrahisi ile uğraşan, Gross, Anderson, Ackerman, Rutherford, Akers, Swenson v.s. cerrahlar tarafından çeşitli yönleri ile incelenmiştir.

Hayatın, erken devrelerinde ilkel barsak, gelişmekte olan ovumun, kistik blastosel'i içindeki hücrelerin diferansiyasyonundan husule gelir. Bu endodermal hücreler yuvarlaktır, buna Yolk sac denir. Bu blastosel içindeki kaviteden başka bir kavite daha teşekkül eder buna da amnion denir. Amniondaki hücreler diferansie olarak mezodermi meydana getirir. Ektoderm ise deriyi meydana getirir.

Yolk sac'ın ve amnionun husule gelişinden sonra bu strüktürler destek hücreleri ile kaplanırlar ve mezodermal tabakadan husule gelen mezankimi hasil ederler.

Hayatın üçüncü haftasında embryonik diskin diferansiye bir şekilde büyümesi neticesinde vücut Yolk sac'ın içine doğru kıvrılır. Ektoderm etrafını örten somato-plevrası ile birlikte endodermden daha hızlı büyür.

Ektoderm ve endoderm her ikisi birden Yolk sac hücrelerinden daha hızlı büyürler bu da Yolk sac'ın boynunun tedrici olarak daralmasına ve vücudun ince barsaklar ile gastro-intestinal tract etrafında kıvrılmasına sebep olur. Yolk sac'ın bu kısmı göbek bağının proksimal kısmı ile daima münasebet halindedir ve daha sonra bu omphalo-mesenterik ductus adını alacaktır. Bu da ince barsak ile umblikus arasındadır.

(\*) Şişli Çocuk Hastanesi 2. Hariciye Kliniği.

Normalde bu kanal intra-uterin hayatın yedinci haftasında daralarak fibröz bir kordon halini alır ve sonunda kaybolur.

Bu evrim sırasında meydana gelebilecek anomaliler 1890'da Zumbwinkel tarafından şöyle sınıflandırılmıştır.

1. Canalis omphalo-mesenterikus evriminin tam olmaması.
  - a. Açık kalmış divertikül.
  - b. Bir ucu göbeğe yapışmış divertikül.
  - c. Omphalo-mesentericus damarlarının yerinde kalması.
  - d. Serbest veya sonradan sabitleşen divertikül.
  - e. Enterokystomaların gelişmesi.
  - f. Göbek kistlerinin gelişmesi.
  - g. Göbek tümörlerinin gelişmesi.
2. Canalis omphalo-mesenterikus evriminin normalden daha fazla olması.
  - a. İnce barsak stenosisleri.
  - b. İnce barsak atresia'ları.

Meckel divertikülü'nün klinik önemi içersinin ileum mukozasından ziyade gastrik mukoza ile kaplı olmasından ileri gelir. Aberrant gastrik mukoza acid pepsin salgılayarak ileal mukozada dijestif ülserasyona, hemorajiye ve kısmen de perforasyona sebep olur.

Meckel divertikülü çeşitli ırklarda % 0,6 - 3,3 oranında görülür. Moore insanlarda % 1 - 3, D'Amorasi % 2, Love % 2, Swenson % 2 oranında tesadüf edildiğini bildirmişlerdir.

Bizim kliniğimizde 25 yılda rastlanan 37 Meckel divertikülü vakasının laparotomi ve eksplorasyona tabi tutulan vakalara göre görülme oranı % 1,01 dir.

Meckel divertikülü çekumdan hiç olmazsa 10 cm. ile 1 metre uzaklıkta ileum ansları üzerinde bulunur. Tektir. Genellikle barsağın konveks bölümünde bulunan bu çıkıntının boyu ve barsağa yapışma şekli çok değişik olabilir.

Belli başlı üç şekil göstermektedir.

1. Bir ucu göbeğe yapışık, dışarı açılmış veya açılmamış divertikül.

2. Ucu karın içi organlarından birine, genellikle mezentere yapışık divertikül.

3. Karın boşluğunda tamamen serbest bulunan divertikül.

Meckel divertikülü erkeklerde, kadınlardan daha çok görülür.

Histolojik yapısı aynı ileum anslarındaki gibidir. Fakat yaklaşık olarak % 50 sinin mukozasında heterotopik doku bulunur. Bu dokular; gastrik mukoza, pankreatik doku, kolonik mukoza, jejunal ve duodenal mukozadır. Birden fazla heterotopik doku ihtiva eden vakalara çok ender olarak rastlanabilir. Nadir olarak rastlanan kar-sinoid tümörler maligniteye değişme bakımından sorumludur.

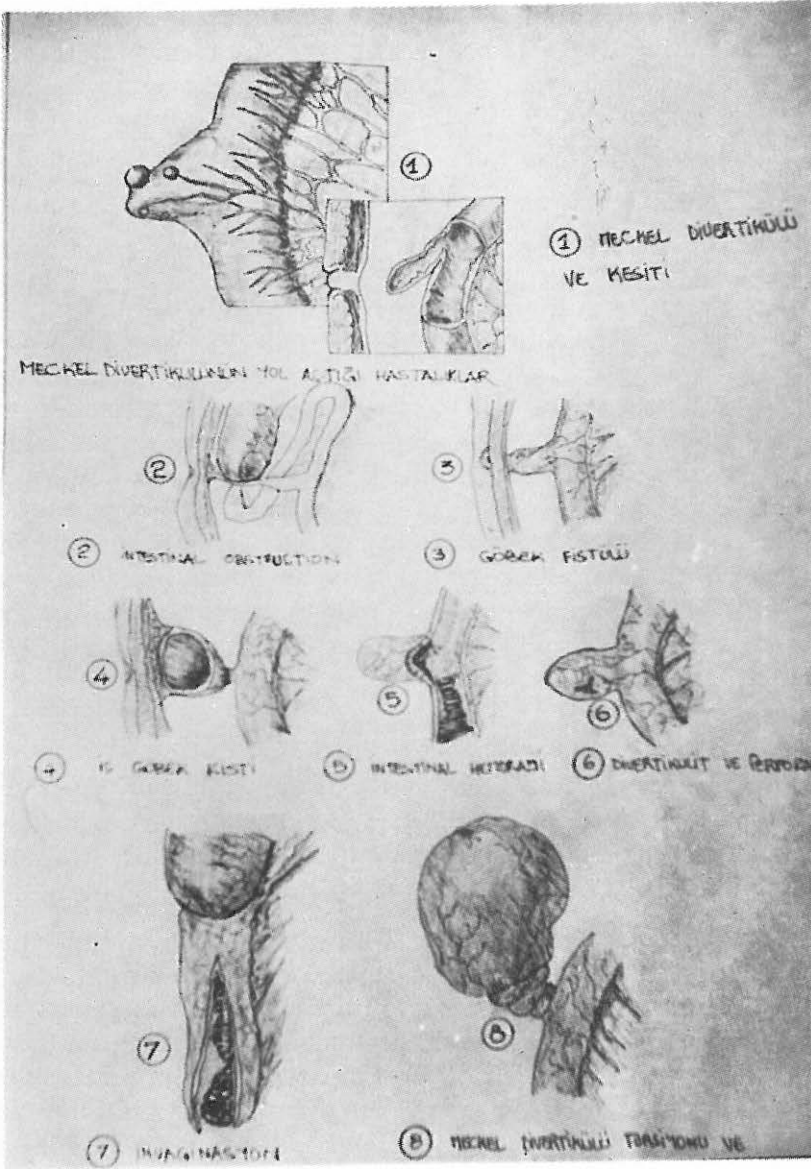
Meckel divertikülünün tavşan dudağı, uterus bicornis, spina bifida, pied bod gibi başka doğmalık anomolilerle bir arada bulunabileceği bildirilmiştir. (Resim 1).

Meckel divertikülünün sebep olduğu hastalıklar.

1. Meckel divertikülü ülseri.
2. Meckel divertikülü iltihabı (divertikülitis).
3. Meckel divertikülünün sebep olduğu barsak tıkanmaları:
  - a. Sıkışma ve brid nedeniyle barsak tıkanması.
  - b. İnvaginasyon nedeniyle barsak tıkanması.
  - c. Volvulus nedeniyle barsak tıkanması.
  - d. Menşei divertikül olup başka nedenlere bağlı barsak tıkanması.
4. Meckel divertikülü perforasyonu-generalize peritonit.
5. Meckel divertikülü infarctionu.
6. Littre hernie (Meckel divertikülü fıtığı).
7. Meckel divertikülü kistleri.
8. Meckel divertikülü'nün sebep olduğu göbek hastalıkları:
  - a. Meckel divertikülünün göbekte fistül ve prolapsusları.
  - b. Menşei Meckel divertikülü olan göbek urları.
  - c. İçinde Meckel divertikülü bulunan göbek fıtıkları.

Hastanemiz cerrahi kliniklerinde 25 seneden beri görülen Meckel divertikülü vakalarının operatif sonuçları şöyledir:

|   |   |
|---|---|
| 1. Perforasyonlu veya perforasyonsuz divertikülit | 8 |
| 2. Volvulus                                       | 4 |
| 3. Brid sebebiyle obstruction                     | 8 |
| 4. Umblikal fistül                                | 4 |
| 5. Abdominal ağrı                                 | 6 |
| 6. İnvagination                                   | 4 |
| 7. Hemorrhage                                     | 1 |
| 8. Littre hernie                                  | 2 |



Resim 1.

Şimdi sizlere takdim edeceğimiz vakada Meckel divertikülü'nün önce kendisinin eldiven parmağı gibi invagine olması, daha sonra ileo-ileal bir invaginasyona sebep olması nedeniyle enteresan bulunmuştur.

Hastamız H. Ç. 3 yaşında 3.2.1973 tarihinde 1378 protokol numarası ile servisimize yatırılmıştır.

*Şikâyeti:* Karın ağrısı, kusma, büyük abtest yapamama, makattan kan gelmesi.

*Hikâyesi:* Annesinin ifadesine göre, daha evvel hiç bir şikâyeti yokken bir hafta önce karnında gelip geçici ağrılar başlamış, ağrılar daha ziyade göbek çevresinde imiş. Ağrı şikâyeti ile müracaat ettikleri doktor kendilerine reçete vermiş. İlaçları kullanmalarına rağmen şikâyeti geçmemiş, bilhassa artmış. Üç gün evvel karın ağrısına bulantı ve kusma da eklenince Haseki belediye hastanesine müracaat etmişler. Hasta crada observe edilmiş. Gerekli medikal tedavisi yapılan hastanın gaz ve gaita deşarjı durmuş ve akabinde makattan kan gelmeye başlamış. Ayakta çekilen direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyelerinin görülmesi üzerine hastanemize gönderilen hasta tetkik ve tedavi için servisimize acilen yatırıldı. (Resim 2).

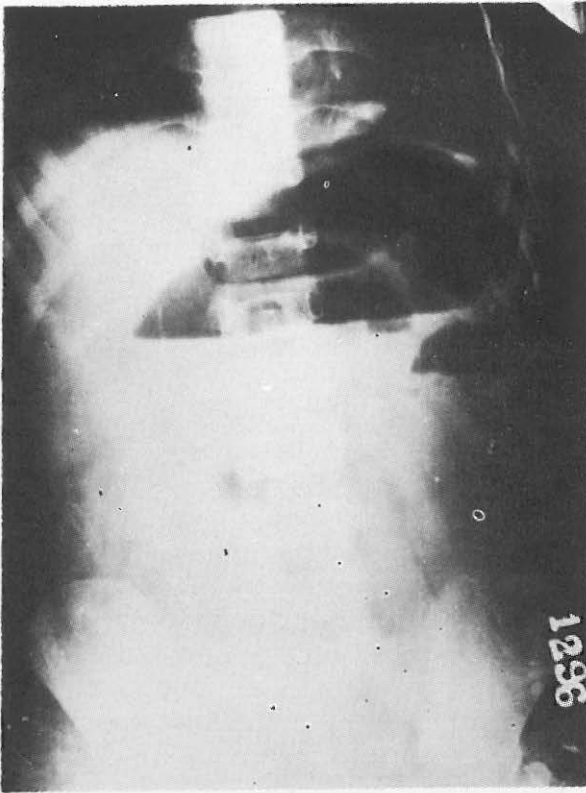
*Öz ve soy geçmişi:* Kayda değer bir bulgu yok.

*Genel durum:* Renk soluk, hasta huzursuz, turgor, tonus azalmış, dil pashı ve kuru. Cilt ve ciltaltı dokusu azalmış, şuur açık, ödem, siyanoz ve ikter yok. Refleksler tabii. Miksion normal defekasyon yok. Ateş 38, nabız 160, T.A.10/6.

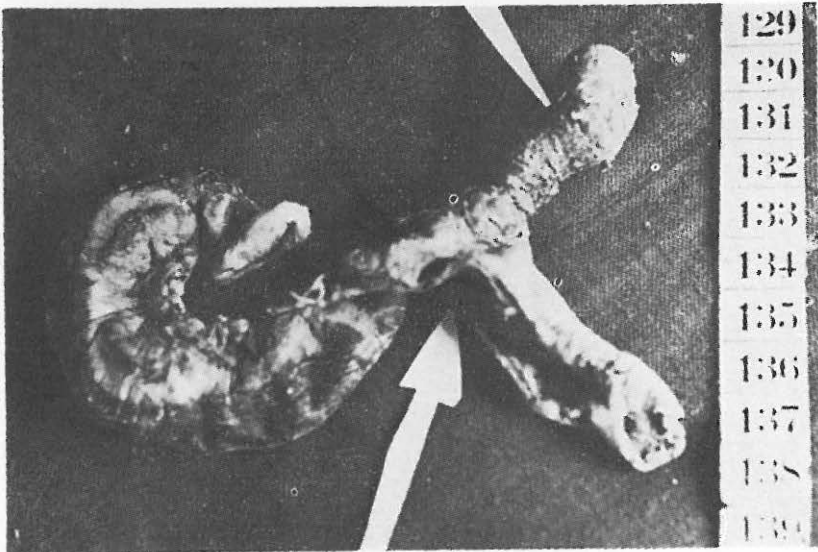
*Lokal muayene:* Hastanın sırtüstü yatar vaziyette yapılan muayenesinde; batın toraks seviyesini geçmiş, bu balone durum daha ziyade epigastriumda. Solunum iştiraki azalmış, venöz dolgunluk renk değişikliği yok. Epigastrium, sol hipokondrium ve sol regiokolik bölgede barsak peristaltizmi görülüyor. Palpasyonla, batın yumuşak, sağ fossa iliaca da, epigastrium ve göbek çevresinde hassasiyet ve dolgunluk hissi mevcut. Karaciğer ve dalak palpabl değil. Perküsyonla timpanizm artmış Traube alanı açık. Tuşe rektal de ampulla recti boş, parmak ucunda siyahımtırak kan lekesi mevcut.

*Diğer sistem muayeneleri:* Bir özellik tesbit olunamadı.

*Laboratuvar muayenesi:* Tam idrar tahlilinde; albumin eser, sedimentte mebzul amorf urat kristalleri mevcut. Diğer değerler normal.



Resim 2.



Resim 3.

Hemogram: Hb % 70, eritrosit 3.760.000, lökosit 12100.

Kanma zamanı 2'30", Pıhtılaşma zamanı 6'30".

Kan elektrolitleri: Na115,6 mEg., K 3.8 mEg., Cl. 82 mEg..

*Radyolojik muayene:* Ayakta çekilen direkt P.A. batın grafisinde: Yer yer hava-sıvı seviyeleri mevcut.

*Netice:* İleus.

*Ameliyat:* 3.2.1973 tarihinde genel narkoz altında göbeği soldan dolanan göbek altı median ensizyonla laparotomi yapıldı. Eksplo-rasyonda; ileo-çekal valvülden 30 cm. yukarda ileo-ileal 12 cm. kadar boyunda bir invaginasyon görüldü. Palpasyonla invaginasyonun distal ucunda sert küçük ceviz cesametinde bir kitle tespit olundu. Polip olabileceği düşünöldü. İnvaginasyon dezinvine edildiğinde bu kitlenin ters eldiven parmağı şeklinde barsak içine invagine olmuş Meckel divertikülü olduğu görüldü, barsak lumenine invagine olan divertikülün yabancı cisim tesiri yaparak barsak invaginasyonuna sebep olduğu kanaatine varıldı. İnvaginasyona uğrayan divertikül ve divertikülün kaidesindeki barsak ansının rengi siyonotik idi. (Resim 3).

Barsak rezeksionuna karar verilerek Meckel divertikülünü de içine olan, usulüne uygun barsak rezeksionu ve termino-terminal, ileo-ileostomi yapıldı. Douglasa bir adet dren konduktan sonra kanama kontrolü yapılarak batın tabakavari kapatıldı. Ameliyata son verildi.

Gerekli post-operatif bakımı takiben ameliyatının onuncu günü şifa ile servisten çıkarıldı.

### Özet

Meckel divertikülü invaginasyonuna bağı, ileo-ileal bir invaginasyon gösteren vak'anın takdimidir.

### Summary

A case of invagination of Meckel's diverticulum, which caused intussusception is presented.

### LİTERATÜR

- 1 — Swenson, O., Pediatric surgery., Edition III. Volüme I. 649, 1962.
- 2 — Anson, Mc. yay., Surgical anatomy., Volüme I. 643: 644, 1971.
- 3 — Kayabali, İ., İnce barsak duodenum dışı) Appendix, Valvula Bauhini, Kalın barsak, Periton Omentumun şirürjikal hast., 34: 35, 1974.
- 4 — Aktaş, T., Meckel divertikülü., (İhtisas tezi), 1973.