

İnvajinasyon Sonucu Gelişen Kazanılmış Bir İleojejunal Atrezi Olgusu

Gökmen KURT, Ayşenur CERRAH CELAYİR, Şefik ÇAMAN

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği , İstanbul

ÖZET:

Giriş ve amaç: Postnatal dönemde gelişen kazanılmış jejunioleal atreziye ait kayıtlar oldukça azdır. Bu yazımızda 35 günlük kız bebekte invajinasyona ikincil gelişmiş bir ileal atrezi olgusu tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: 33 Haftalık gebelik sonrası 1360 gr olarak normal spontan vajinal yolla doğan ikiz eşi kız bebek, ciddi solunum sıkıntısı ve pre-matürite nedeni ile interne edildi. 35. güne kadar enteral beslenen ve kilo alan olgu; aralıklı olarak beslenme intoleransı, safralı drenaj ve karın şişkinliği atakları geçirdiği dönemlerde beslenmesi kesilerek Evre I NEK kabul edilmiştir. 35 günlükken yapılan eksplorasyonda Tip II jejunioleal atrezi ile uyumlu ince barsak içindeki kitlenin histopatolojik incelemesinde Meckel divertikülüünün invajinasyonuna ait nekrotik barsak anısı olduğu tesbit edildi.

Sonuç: İnvajinasyon kitlesinin tamamı distalde atrezik segment içinde olup batında peritonit düşündürülen bulgular olmaması ve atrezi distalinde kullanılmamış kolon görüntüsü olmaması nedeniyle olgumuzun postnatal dönemde Meckel divertikülüünün invajinasyonuna sekonder olarak gelişmiş bir edinsel jejunioleal atrezi olgusu olduğu düşünüldü.

Anahtar kelimeler: İntestinal atrezi, yenidoğan, invajinasyon

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. Gökmen KURT

Yazışma Adresi: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği , İstanbul

Telefon : 0505 483 70 75

ABSTRACT :

Acquired Jejunioleal Atresia Secondary to Intussusception

Introduction and aim: There are a few records about acquired jejunioleal atresia in the literature. In this article we discussed an ileal atresia case secondary to intussusception.

Case Report: 35 day female patient evaluated for abdominal distention, intermittent feeding intolerance and bilious vomiting. Patient with intestinal obstruction was operated. Intraoperative findings were compatible with type II ileal atresia secondary to intussusception. Meckel's diverticulum was found in the histopathological evaluation of intussuscepted segment.

Conclusion: Perinatal intussusception may cause ileal atresia with aseptic necrosis of intussuscepted segment. This situation is quite rare and there are only a few articles in the literature.

Keywords: Intestinal atresia., newborn, intussusception.

GİRİŞ:

Jejunioleal atrezi olguları, değişik kaynaklara göre 1000 ile 5000 doğumda bir ve her iki cinsiyette eşit sıklıkta bildirilmiştir. Jejunioleal atreziler üç farklı şekilde görülür, en sık karşılaşılan tip, Tip III atrezilerdir. Jejunioleal

atrezilerin etyolojisi ile ilgili en çok kabul gören görüşler rekanalizasyon sorunları ve vasküler kaza teorileridir.

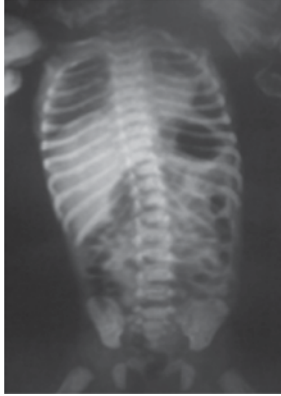
Postnatal döneme ait kazanılmış jejunioleal atreziye ait kayıtlar oldukça azdır. Bu yazımızda 35 günlük kız bebekte invajinasyona ikincil gelişmiş bir ileal atrezi olgusu tartışılmıştır.

OLGU:

33 Haftalık gebelik sonrası 1360 gr olarak normal spontan vajinal yolla doğan ikiz eşi kız bebek, ciddi solunum sıkıntısı ve prematürite nedeni ile hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde entübe edilerek takibe alındı. Ayrıntılı fizik muayenesinde batını rahat olan hastada ek anomali olarak fitizis bulbi ve 2/6 derece kardiak üfürümü mevcuttu. Yatışının ikinci gününde CRP değeri yükselen ve ateşleri olan hastaya vankomisin ve meropenem başlandı. Doğumunun 5. gününde batın distansiyonu, beslenme intoleransı, nazogastrik tüpten partiküllü safralı mayi gelmesi nedeni ile çocuk cerrahisi konsültasyonu yapılan hastada, Evre I nekrotizan enterokolit (NEK) düşünülerek mevcut tedavisinin devamı ve seri grafiler ile takibi planlandı.

Takiplerinde iki gün içinde batın distansiyonu gerileyen ve grafilerde obstüksiyon veya perforasyon bulgusu olmayan hastada anne sütü ile tekrar enteral yolla beslenme başlandı (Resim: 1).

Resim 1 : NEK şüphesi nedeni ile takibi esnasında çekilen ayakta drekt batın grafisinde intestinal obstüksiyon veya perforasyon bulgusu izlenmedi

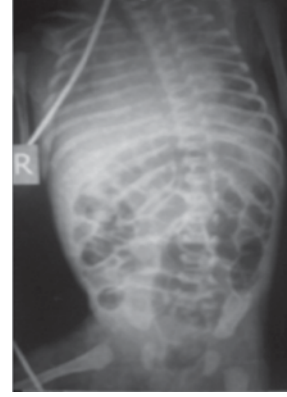


Yatışının 7. gününde ekstübe edilen hasta antibiyoterapisinin 11. gününde, septik parametreleri gerilediği için intravenöz antibiyotikleri kesildi. Kilo alan ve 1490 gr'a kadar çıkan hastada aralıklı olarak beslenme intoleransları oldu. Fakat atlanan öğünler ve bölünmüş dozlarla hastanın enteral beslenmesine devam edildi.

Bu takipler sırasında gaita çıkışları olağan seyreden hastanın yatışının 23. gününde tekrar genel durumu bozuldu. Septik parametrelerinin pozitifleşmesi üzerine vankomisin,

meropenem ve triflukan üçlüsü ile intravenöz antibiyoterapi başlandı. Sepsis etyolojisinin değerlendirilmesi açısından çekilen akciğer ve batın grafilerinde, barsaklarda gaz distansiyonu dışında intestinal obstüksiyon veya perforasyon bulgusu saptanmadı (Resim: 2)

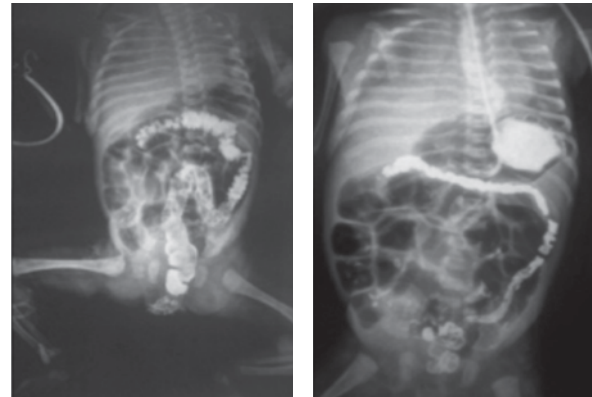
Resim 2 : Yatış ve doğumunun 23.ç gününde septik tarama esnasında çekilen grafi



Düzenlenen antibiyoterapi ile genel durumu iyiye giden, beslenmeye tekrar başlanan ve gaita çıkışları olağan seyreden hastada yatışının ve doğumunun 34. gününde üçüncü defa kusma, batın distansiyonu ve beslenme intoleransı olması üzerine alt ve üst pasaj grafileri çekildi.

Alt pasaj grafisinde rektum ve sigmoid kolon olağan izlendi. İnen kolon, transvers ve çıkan kolonda da patolojik radyolojik bulgu saptanmadı. Fakat hastanın ertesi gün çekilen retansiyon grafilerinde halen opakt maddenin sebat ettiği, barsak boşalımının olmadığı görüldü. (Resim: 3).

Resim 3 -4 : Alt ve üst pasaj grafileri



Üst pasaj grafisinde 1. saatte baryumun jejunuma geçmesine rağmen ilerleyen saatlerde mide boşalımının olmadığı, pasajın oldukça gecikmiş olduğu izlendi. Bu esnada hastanın

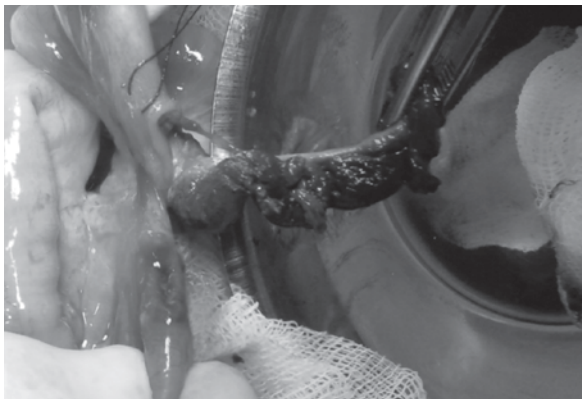
batın distansiyonunun ilerlemesi ve nazogastrik tüpten safıralı materyal gelişinin devam etmesi nedeniyle, hastaya laparotomi yapılması kararı verildi. Göbek üstü sağ transvers kesi ile yapılan batın eksplorasyonunda; batın içinde serbest sıvı veya gaita bulaşı izlenmedi. Jejunal anslar genişlemiş ve Trietz ligamanından 90 cm distalde, çekumdan 30 cm proksimalde, ileal bir tıkanıklık olduğu; bu tıkanıklığın distalinde 5 cm uzunluğunda lümen içinde bir kitle olduğu görüldü. Tıkalı segmentin ince fibröz yapışıklıkları giderildiğinde ileumun kesintiye uğradığı, atrezik iki uç arasında ince bir fibröz bant olduğu görüldü(Resim 5).

Resim 5 : Atrezik segmentin peroperatif görüntüsü



Bölgede mekonyum bulaşı yoktu ve serozalar olağan görünümlü idi. Distal atrezik uç içinde palpe edilen kitle, distal atrezik uç açılarak dışarı alındı. Distal atrezik uçtan çıkarılan siyah yeşil renkli materyalin tubuler bir yapıda olduğu izlendi (Resim: 6).

Resim 5 : distal atrezik uç lümeninden çıkarılan nekrotik doku materyali



Ardından proksimal ve distal atrezik uçlar hazırlanarak ucucu barsak anastomozu yapıldı. Distalden çıkarılan nekrotik materyal ve her iki atrezik ucun patolojik değerlendirmesinde;

nekrotik materyalin iskemiye uğramış Meckel divertikülü ve ince barsak segmentine ait olduğu rapor edildi. Hasta postoperatif 7. gününde beslendi, gaita çıkışları olağan seyreden ve beslenmesi düzenlenen hasta tekrar prematürite ve devam eden solunum sıkıntıları nedeni ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine ileri bakımı için devredildi. Hastanın ikiz eşi sorunsuzdu. Hastanın uzun dönem takibinde 3 aylık iken sepsis ve solunum yetersizliği nedeniyle kaybedildiği yoğun bakım ekibinden öğrenildi.

TARTIŞMA:

İntestinal atrezilerin intrauterin dönemde gelişimine ilişkin çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Günümüzde en çok kabul gören etiyolojik teoriler; proksimalde (pilor, duodenum) rekanalizasyon sorunları, distalde (jejunum, ileum) ise vasküler kazalar, volvulus, internal herni nedeniyle obstrüksiyon, barsakların fizyolojik herniasyonu ve karın içine redüksiyonu esnasında umbilikus hattındaki kazalar, multiple atreziler için de emboli sağanağı sorumlu tutulmuştur(1) . Yine intrauterin dönemde gelişen invajinasyonun da nekroz ve aseptik rezorpsiyon sonrası atrezi ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir(2). Beklenildiği üzere invajinasyon etyolojisinde rol alan meckel divertikülü, polipler ve motilite bozuklukları atrezi ile sonuçlanabilecek tabloları hazırlayabilir. Bununla ilgili 42 intestinal atrezi olgusunun incelendiği Japonya' dan bir seride, 11 olguda intrauterin invajinasyon ve bunların da 2 sinde polipoid lezyonların tetiklediği invajinasyon olduğu gösterilmiştir(3). Ülkemizden de 2003 yılında yayınlanmış, intrauterin invajinasyonun meckel divertikülü nedeni ile oluştuğu ve ileal atrezi ile sonuçlandığı bir olgu bildirilmiştir(4).

İnvajinasyondan intestinal atrezi oluşana kadar geçen süreçte; dolaşım bozukluğu, iskemi ve daha sonra nekroza gitmiş segmentin aseptik rezorpsiyonu ile patolojinin oluştuğu düşünülür. Hatta bu süreçte, intestinal devamlılığın, oluşan ileoileal bir fistülle sağlandığı da görülmüştür(5). Ayrıca 2001 yılında yine Japonya' dan bir makalede nekrotizan enterokolit(NEK) atağı sonrası perforasyon bulguları oluşan olgunun batın

eksplorasyonunda, NEK ten etkilenen segmentte ileoileal bir invajinasyon olduğu belirtilmiştir(6). Görüldüğü gibi yenidoğan invajinasyonlarında hazırlayıcı faktörlerin çeşitliliği, invajinasyonun ne şekilde sonuçlanacağını belirliyor olabilir. Yapılan hayvan deneylerinde intrauterin dönemde mezenterik damarların bağlanarak intestinal atrezi oluşturulabildiği gösterilmiştir(1). Fakat böyle bir kazaya maruz kalan barsak segmentinin oluşan dolaşım bozukluğu sonrası ne şekilde cevap vereceği belirsizdir. Ayrıca barsağın böyle bir durumla intrauterin dönemde veya postnatal dönemde karşılaşması da sonucu etkiliyor olabilir. Postnatal dönemde sepsis, NEK gibi genel durumu ve motiliteyi bozan durumlar invajinasyonu hazırlayabileceği gibi var olan bir invajinasyon tablosunun sonucunu da etkiliyor olabilir. Yine invajine olan segmentin uzunluğu ve tanı için geçen zaman oluşacak iskeminin derecesini ve bunun nasıl sonuçlanacağını belirliyor olabilir.

Postnatal dönemde beslenmiş, kilo almış, gaita çıkışları olmuş 35 günlük bir hastada, ameliyat esnasında herhangi bir sebeple atrezi ile karşılaşılması oldukça nadir bir durumdur. Literatürde bununla ilgili bazı yazılar bildirilmiş olmakla beraber sayıları oldukça kısıtlıdır. Bunlar arasında en ilginçleri, invajinasyona ikincil 5 haftalık jejunal atrezi olgusu (7) ve 4 aylık ileokolik invajinasyona ikincil terminal ileal atrezi olgularıdır (8). Hatta bu ileokolik invajinasyon olgusunun atrezi tipi Tip IIIa olup beraberinde geniş bir mezenter defektine de sahiptir (8). Kazanılmış ileal atrezi ile ilgili Corrente tarafından 1965 yılında bildirilen ilk olgudan beri, yayınlanmış kısıtlı sayıdaki makaleler incelendiğinde bazı ortak özelliklerin olduğu görülür(9). Bunlar; invajinasyon kitlesinin tamamının distalde atrezik segment içinde olması, batında peritonit düşündürülen bulguların olmaması ve atrezinin distalde kullanılmamış kolon görüntüsünün olmamasıdır. Bu durumlar, tıpkı intrauterin dönemde olduğu gibi yenidoğanlarda barsaklarda çeşitli nedenlerle gelişen vasküler kazaların da benzer cevaplar oluşturduğu ve atreziye neden olduğu fikrini telkin etmektedir. Diğer yandan postnatal dönemde bir invajinasyon tablosunun perforasyon, enteroen-

teral fistül , enterokutanöz fistül veya atrezi ile sonuçlanmasındaki belirleyici faktörün ne olduğu açık değildir.

Bizim düşüncemiz bu sürece eşlik eden sepsis, NEK, gibi enflamatuar durumların, kullanılan antibiyoterapilerin eksplorasyona kadar geçen sürenin ve invajine olan segmentin uzunluğunun belirleyici olduğudur. Ayrıca invajinasyona leading point olarak iştirak eden polip, Meckel divertikülü gibi anatomik yapılar, olguların hepsinde distal atrezik uç içerisinde tarif edilmiştir. Bu durum mezenterik ile beraber, önündeki barsak segmentinin içine sürüklenen barsağın dolaşım bozukluğunun sürüklenen son noktadan itibaren başladığını düşündürüyor. Bu aşamadan sonra proksimal segmentin perfore olmadan atreziye gitmesinde nelerin etkili olduğu belirsizdir.

Nitekim bizim olgumuzda da invajinasyon kitlesinin tamamı distalde atrezik segment içinde olup batında peritonit düşündürülen bulgular olmaması ve ayrıca atrezinin distalde kullanılmamış kolon görüntüsü olmaması nedeniyle olgumuzun postnatal dönemde Meckel divertikülünün invajinasyonuna sekonder olarak gelişmiş bir jejunoileal atrezi olgusu olduğu düşünüldü

KAYNAKLAR

- 1.Koga Y, Hayashida Y, Ikeda K. Intestinal atresia in feotal dogs produced by localized ligation of the mesenteric vessels. *J Pediatr Surg*.1975; 10:949
- 2.Mcheik JN, Levard G. Intrauterine intussusception causing intestinal atresia during pregnancy. *Arch Pediatr* 2003 Mar;10(3):230-1
3. Imai Y, Nishijima E, Muraji T. Fusion of intussusceptum and intussusciens in intrauterine intussusception: A rare type of intestinal atresia; *Pathol Int*. 1999 Nov;49(11):962-7.
- 4.Kilic N, Kiristioglu I, Kirkpınar A, Dogruyol H. A very rare cause of intestinal atresia: intrauterine intussusception due to Meckel's diverticulum. *Acta Paediatr*.2003 Jun;92(6):756-7.
5. Jona JZ. Acquired ileal atresia and spontaneous reconstitution of intestinal continuity in a premature infant with necrotizing enterocolitis. *J Pediatr Surg*. 2000 Mar;35(3):505-7.

6. Hirokawa S, Uotani H, Yoshida T. Ileocecal intussusception and ileal stricture associated with necrotizing enterocolitis in a premature infant: report of a case. *Surg Today*. 2001;31(12):1097-9.

7. Puvabanditsin S, Garrow E, Samransamrajit R, Postnatal intussusception in a premature infant, causing jejunal atresia, *J. Ped. Surg*, 1996 May;31(5):711-2

8. Osuji R, Idika O, Odomeja E. Acquired ileal atresia complicating an ileocolic intussusception in a 4-month-old infant. *J Pediatr Surg*. 2011 Feb;46(2):e13-4

9. Corrente RF, Dahlquist EH. Acquired intestinal atresia. *Am J Surg*:1965 May;109:666-70