

YENİDOĞANLARDA BARSAK ATREZİLERİ

A Arıkan¹, A Sayan¹, Ş Karaçay¹, T Özdemir¹, N Hantaş¹, T Acar¹, Ü Bayol²

¹ S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

² S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı

AMAÇ: Yenidoğan döneminde gastrointestinal tıkanıklık belirtilerine yol açan en önemli nedenlerden biri düzeylerine göre değişmekle birlikte 400-5000 canlı doğumda bir görülen barsak atrezileridir. Kliniğimize belirtileri ve açınısımları ile ön tanısı barsak atrezisi olan hastaların klinik bulgularının, barsak atrezilerine genel yaklaşım ile sağaltım prensiplerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kliniğimize Ocak 1990–Ocak 2005 arasında ön tanısı barsak atrezisi olan 114 hasta geriye dönük incelenmiştir. Olguların 60'ı erkek, 54'ü kızdır. Atrezinin düzeyine göre hastaların belirtileri de değiştiğinden hastaların başvuru zamanındaki yaşları 1-18 gün arasındadır. Duodenum atrezili hastaların tanısı direkt karın grafisi ile, diğer atrezilerde tanı gastrointestinal pasaj grafipleri ile veya ameliyat ile kesinleştirilmiştir.

BULGULAR: Çekilen grafipler ve yapılan ameliyatlar sonucunda hastalarımızın 50'sinde duodenal, 30'unda ileal, 22'sinde jejunal, 8'inde kolonik, 3'ünde pilorik atrezi, 1 hastada ise tüm barsaklarda atretik segmentler saptanmıştır. Hastanın genel durumuna ve atrezinin özelliğine göre ya uç uca anastomoz yapılarak barsağın devamlılığı sağlanmış, ya da hastalara atrezi düzeyine göre ostomi yapılmıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Barsak atrezileri, etiyojisi tam aydınlatılmamış prenatal dönemde dahi saptanabilen anomalilerdir. Prenatal ultrasonograflerde barsaklarda dilatasyon atrezi düşündürmelidir. Kusma, en sık başvuru nedenidir. Ancak atrezinin düzeyine göre belirtiler gecikebilir. Üst gastrointestinal bölgedeki atrezilerde opaklı pasaj grafipleri tanıda yardımcı olur. Ancak jejunal düzeyin altındaki atrezilerde klinik bulgular yol göstericidir ve kesin tanı ancak ameliyat sırasında konulabilir. Özellikle jejunal ve ileal atreziler ile ileal ve kolonik atrezileri ayırt etmek daha zordur. Down sendromlu olgularda duodenal atreziler sıktır. Yenidoğan döneminde gastrointestinal tıkanıklık belirtileri olan hastalarda öncelikle barsak atrezisi düşünülerek ileri açınısımlara başlanmalıdır. Sağaltımda uzun süreli ve yüksek debili ostomi prognozu kötü yönde etkilediğinden olanak olduğunca atrezili hastalar uç uca anastomoz uygulanarak sağaltılmalıdır.

alisayan@superonline.com

YENİDOĞANLARDA İNTRAABDOMİNAL KİSTLER

A Arıkan¹, A Sayan¹, Ş Karaçay¹, N Ayyıldız¹, G Bektaş¹, T Okay¹, Ü Bayol²

¹ S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

² S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı

AMAÇ: Özellikle prenatal tanı yöntemlerinin gelişmesi ve bu konudaki deneyimin artması ile fetüsteki anomalilerin saptanması kolaylaşmıştır. Kliniğimizde intraabdominal kistik kitle tanısı ile cerrahi sağaltım uygulanan yenidoğan dönemindeki hastaların klinik verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kliniğimizde Ocak 1992–Ocak 2005 yılları arasında intraabdominal kistik kitle tanısı ile cerrahi sağaltım uygulanan 16 hasta geriye dönük olarak incelenmiştir. Yaşamlarının ilk 10 gününde kliniğimize gelen hastalarımızın 15'i kız, 1'i erkektir. Tüm hastaların prenatal ultrasonograflerindeki kistik kitle tanısı, karın ve pelvis ultrasonografisi (USG), bazı hastalarda bilgisayarlı tomografi (BT) ile kesinleştirilmiştir.

BULGULAR: Hastalarımızın 13'üne over kisti, 2'sine mezenter veya omental kist, 1'ine ileal duplikasyon kisti tanısı konmuştur. Cerrahi girişim sırasında, over torsiyonu ve nekroz saptanan 5 hastaya salpingoofektomi, diğer 8'i over 2'si mezenter kist tanılı olgulara yalnızca kist eksizyonu yapılmıştır. Bir olguda mezenter kist çıkarıldıktan sonra gelişen fibrozis sonucu oluşan koledoktaki daralma 4. gün sarılığa yol açmış ve uygulanan safra diversiyonu ile olgunun sarılığı gerilemiştir. İleal duplikasyon kisti saptanan hastaya barsak rezeksiyonu ve anastomoz yapılmıştır. Tüm hastalar izlemimizdedir.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Yenidoğanlarda intraabdominal kistik kitleler genelde over ve mezenter-omental kökenlidir. Kız fetüslerin %32-34'ünde overde kist oluşabilir. Doğuma kadar özellikle 5 cm'den küçük olan kistlerin kaybolduğu bilinmektedir. Ancak over kistlerinin acil cerrahi girişim gerekliliği boyutundan çok, over kistlerinin yenidoğan döneminde torsiyon olasılığının yüksek olmasındandır. Mezenter-omental kaynaklı kistler ise lenfangioma sınıfındadırlar. Genelde terminal ileum mezosundan köken alırlar. Kistin eksizyonu sırasında barsak rezeksiyonu gerekebilir. Yerleşim yerinden dolayı over kistleriyle karışabilir. Yenidoğanlarda prenatal saptanan intraabdominal kistik kitlelerde over ve mezenter-omental kistler düşünülmalıdır. Mezenter kistlerinde postoperatif fibrozis sorun yaratabilir. Özellikle over kistlerinde torsiyon sık görüldüğünden acil girişim gerektiği düşüncesindeyiz.

alisayan@superonline.com