

Olgu Sunumu

İzole Segmental Dilatasyon Nedeniyle Antenatal İntestinal Obstruksiyon Bulgusu*

N.BAŞOĞUL, M.SANCI, Ö.BAŞOĞUL, Ş.TINAR
SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi-İZMİR

ÖZET**İZOLE SEGMENTAL JEJUNAL DİLATASYON NEDENİYLE ANTENATAL İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON BULGUSU**

Jejunoileal atrezi 3000-5000 canlı doğumda bir görülmektedir. Fetal gelişim sırasında vasküler bozukluğa bağlı olduğu kabul edilmekte ve sporadik olarak izlenmektedir. Tekrarlama riski çok düşük olan bu vakalarda ek bir anomaliye rastlanmamaktadır. Antenatal ultrasonografide hipokojenik dilate barsak ansı ile mide arasında bağlantının bulunmaması duodenum distalindeki barsak obstruksiyon tanısını kuvvetlendirmektedir. Prenatal dönemde tanı konması, postpartum tedavinin vakit kaybetmeden başlanabilmesi, komplikasyonları azaltması ve surviyi artırması antenatal ultrasonografinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Jejunal atrezi, Antenatal tanı

SUMMARY**ANTENATAL INTESTINAL OBSTRUCTION FINDING OF ISOLATED SEGMENTAL JEJUNAL DILATATION**

Jejunoileal atresia is seen one in 3000-5000 live births. It is suggested to be the result of vascular disorder during fetal development and observed sporadically. No additional anomalies are observed with this cases and the risk of recurrence is very low. If no connection in between hypoecogenic dilated intestinal segment and the stomach is observed in antenatal ultrasonography, the diagnosis of an intestinal obstruction distal to the duodenum will be strengthened. Easy diagnosis in prenatal period, immediate treatment chance in postpartum period, decrease in complications and increase of survival, show the importance of antenatal ultrasonography.

Key Words: Jejunal atresia, Antenatal diagnosis

Jejunoileal atreziler duodenal atrezilere göre biraz daha sık olmak üzere 3000 ila 5000 doğumda bir meydana gelmekte ve kolon obstruksiyonundan dört kez daha sık görülmektedir. En fazla görülen atrezi yerleri proksimal jejunum ve distal ileumdur. Duodenal atrezideki oluşum kriterlerine uygun olarak gelişim esnasındaki vasküler bir lezyon ve/veya iskemi sonucunda kazanıldığına inanılmaktadır. Çoğunlukla sporadik olarak izlenmektedir (1,2).

Burada antenatal dönemde tanısı konulan intestinal obstruksiyon olgusu sunulmuştur.

OLGU: Bn M. E. 27 yaşında, gravida 2, para 1, yaşayan 1 sağlıklı erkek çocuğu olan 36 haftalık

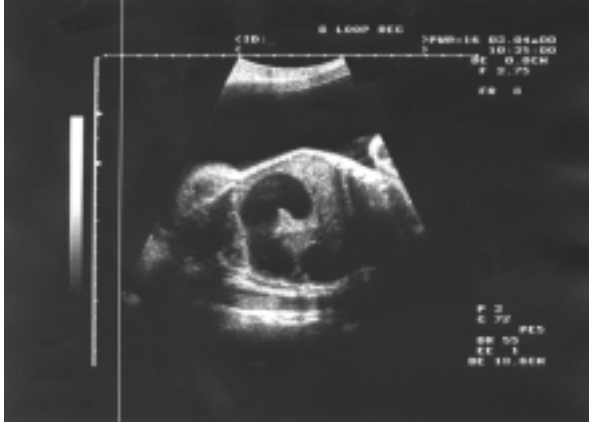
gebe, fetal intrabdominal kistik kitle tanısı ile SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi riskli gebelik polikliniğine refere edildi.

Herhangi bir ilaç kullanımı ya da diğer bir risk faktörü olmayan gebenin yapılan ultrasonografik muayenesinde, fetal parametreler gebelik haftasıyla uyumlu bulundu. Makat presentasyonunda canlı tek fetus, polihidramnios (AFI: 280 mm) ile birlikte dilate olmuş mide ve hipokojenik tek bir barsak ansı izlendi. Mide ile barsak ansı arasında devamlılığın olmadığı görüldü (Resim 1). Ek fetal anomali saptanmadı. Gebenin vaginal muayenesinde, kolları orta hatta, yumuşak kıvamda ve multipar görünümdeydi. Hastanın karın cildi polihidramnios nedeniyle oldukça gergindi. Kliniğimize yatışının ertesi günü gebenin kontraksiyonlarının başlaması ve NST'nin nonreaktif olması üzerine, hasta sezeryana alındı. Canlı 5 Apgar'lı 1750 gr

Yazışma Adresi: Nurgül Başoğul

1743 sok. Gökdelen Ap. 2/B K:3 D/6 Karşıyaka-İZMİR

(*) 21. Yüzyılda Üreme Sağlığı ve Endoskopik Cerrahi Kongresi 14-17 Eylül 2000, Kuşadası'nda poster olarak sunulmuştur.



Resim 1. USG'de dilate barsak ansı ile mide arasında bağlantının olmaması.

ağırlığında kız bebek doğurtuldu. Hemen aspirasyon yapıldı, oksijen verildi ve sırasıyla 1. dakika Apgar 5, 5. dakika Apgar 8 oldu. Dış görünüm olarak normal olan bebek Çocuk Cerrahisi servisine refere edildi, total parenteral nutrisyon başlanarak gerekli biyokimyasal ve radyolojik tetkiklerin tamamlanmasından sonra bebek operasyona alındı. Operasyon sırasında Treitz ligamentinden 3-4cm uzaklıkta mukozal atrezi olduğu saptandı. Cerrahi olarak enterotomi, mukozal eksizyon ile primer onarım yapıldı. Bebek cerrahi servisinde postoperatif bir müddet daha izlemden sonra şifa ile taburcu edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Jejunioleal atrezilerin dört tipi vardır: Tip I; barsak lümenini tıkayan bir membran vardır. Barsak uzunluğu ve çapı normaldir. Tip II; barsak fibröz bir bant ile birbirine bağlanan iki kör kese şeklindedir. Barsak uzunluğu biraz kısalmıştır. Tip III; birden fazla membranöz veya kör kese şeklinde oluşumlar vardır. Barsak kısalmıştır. Tip IV; jejunumda uzun atrezik segment ile birlikte superior mezenterik arterin olmaması ile belirlenen ve mortalitesi en yüksek olanıdır. Bu tip atrezide ileumun beslenmesi ileokolik arterin bir dalı ile olur ve mezenterde "soyulmuş elma kabuğu" adı verilen görünüm oluşur (3). Bizim olgumuzda obstruksiyon Tip I şeklinde idi.

İnce barsak atrezilerin intrauterin hayatta barsaktaki dolaşım bozukluğu sonucu oluştuğu kabul edilir. Genelde sporadik olarak görülür. Bu teori ile uyumlu olarak jejunioleal atrezilerde genellikle ne barsak dışı anormallikler (% 10'dan az) ne de karyotip anormallikleri bulunur.(1) Bu nedenle jejunioleal atrezilerde rekürrens riski çok çok düşük iken, soyulmuş elma kabuğu gibi otozomal resesiv geçiş gösteren grupta %25'dir.(4) Bizim olgu-

muzda da ek bir anomali saptanmamıştır.

Gebelik süresince normal fetal gelişim sırasında ince barsak lümen çapı 6mm'ye eşit veya küçük olmalıdır. 7mm ve daha fazla dilate olmuş çok sayıda barsak ansı veya alt abdomende tek bir ansın varlığı, mide ile devamlılık göstermemesi fetal barsak obstruksiyonunu düşündürmelidir.(1,4) Bizim olgumuzda da ultrasonografik olarak dilate barsak ansı ile mide arasında devamlılığın olmadığı görüldü. Her ne kadar bu hastaların izlenmesinde seri barsak lümen çapların ölçülmesi önerilmiş ise de barsak obstruksiyon teşhisinde ve prognozunda bir korrelasyon tespit edilememiştir (4).

Ultrasonografik olarak hipoekojenik dilate barsak ansı saptandığında barsak obstruksiyon tanısı düşünülmelidir. Ancak doğumdan önce obstruksiyonun yerini ve sebebini tespit etmek zordur. Mboyo ve ark. bir olguda 29., 30. ve 31. getasyonal haftalarda ultrasonografik olarak fetal abdomenin sağ tarafında lokalize, değişmeyen 6x3 cm çapta hipoekojenik görünümü sağ kolon olarak değerlendirmişler. Ancak postnatal dönemde bunun Treitz ligamentinden 15cm uzaklıkta jejunal atrezi olduğunu görmüşlerdir (5).

Fetusun ince barsak obstruksiyonlarında sıklıkla polihidramnios da mevcuttur, ama bu 3. trimestere kadar ortaya çıkmaz. Genel kural olarak, obstruksiyon ne kadar distalde ise polihidramnios o kadar geç ve daha az şiddetli olarak ortaya çıkacaktır. Bizim vakamızda ise amnion sıvı indeksi 280 mm idi.

Dalla Vecchia ve ark. 25 yılda 277 intestinal atrezi olgularını klinik görünüm, teşhis, operatif yönetim, postoperatif bakım ve sonuçlar yönünden değerlendirmişler. Jejunioleal atrezinin duodenal atreziden sonra 2. sıklıkta, %46 polihidramnios, %27 intrauterin volvulus, %16 gastroşizis ve %11 mekonyum ileusu ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Operatif mortaliteyi duodenal atrezide %4, jejunioleal atrezide %0,8, kolon atrezisinde %0, uzun dönem surviyi sırasıyla %86, %84 ve %100 olarak bulmuşlardır (6).

Touloukian 20 yıl içinde 116 intestinal atrezi ve stenoz olgularını değerlendirmiş, jejunioleal obstruksiyon oranını %46 (2. sıklıkta) ve tüm hastaların opere edilmesiyle survi oranını %92 olarak bulmuşlardır. En kötü prognozun Tip 4 atrezi, multipl atrezi ile megaduodenum gelişen proksimal jejunal atrezilerde olduğunu bildirmişlerdir (7).

Honma, jejunioleal obstruksiyonlarda anastomotik malfonksiyon, postoperatif kısa barsak sendromu ve peritonitis gibi komplikasyonların en önemli prognostik faktörler olduğunu bildirmiştir (8).

Sonuç olarak, antenatal dönemde ultrasonografi ile fetal intraabdominal hipoekojenik kistik kitlenin tespit edilmesi her ne kadar lokalizasyonu tam

belirlenemese bile barsak obstruksiyonundan şüphelenilmesi, postpartum komplikasyon ve genel durum bozukluğu gelişmeden yenidoğanın yönlendirilmesi ve tedavinin planlanmasına olanak sağlaması antenatal ultrasonografinin önemini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Güner H, Tuncer RA. Fetal abdomenin ultrason ile değerlendirilmesi. In: Callen W (ed). Obstetrik ve Jinekolojide Ultrasonografi. Ankara, Zirve Ofset, 1997: 391-420
2. Rollman R, Sohn C. Abdomen. In: Sohn C, Holzgreve W (ed). Ultraschall in Gynaekologie und Geburtshilfe. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1995: 256-82
3. Sidal M, Sökücü S, Neyzi O, Saner G, Kudgoğlu G. Sindirim sistemi ve jejunoileal hastalıklar. In: Neyzi O (ed) Pediatri 2. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1990: 854-8
4. Stone P. Gastrointestinal abnormalities. In: James DK (ed). High Risk Pregnancy 2nd Ed. London, Saunders, 1999: 443-65
5. Mboyo A, Aubert D, Massicot R, Destuynder O, Lassauge F, Lorin A. Antenatal finding of intestinal obstruction caused by isolated segmental jejunal dilatation: a case report. J Pediatr Surg 1996; 31: 1454-6
6. Dalla Vecchia LK, Grosfeld JL, West KW, Rescorla FJ, Scherer LR, Engum SA. Intestinal atresia and stenosis: a 25-year experience with 277 cases. Arch Surg 1998; 133: 490-6
7. Touloukian RJ. Diagnosis and treatment of jejunoileal atresia. World J Surg 1993; 17: 310-7
8. Honma T. Congenital atresia and stenosis of the intestine. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1997; 98: 1018-22