

GASTROŞİZİS VE UMBLİKAL KORD HERNİSİ

GASTROSCHISIS AND UMBILICAL CORD HERNIA

A. Bedii SALMAN, M. İlhan YILDIRGAN, Mahmut BAŞOĞLU, Rahmi ÖRS

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi (ABS), Genel Cerrahi (MİY;MB) ve Çocuk Hastalıkları (RÖ)
Ana Bilim Dalı, Erzurum

Özet

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde Ocak 1995 ile Şubat 1996 tarihleri arasında takip ve tedavi edilen 6 umblikal kord hernili ve 4 gastroşizisli hastanın patolojileri, klinik bulguları ve uygulanan tedavileri retrospektif bir çalışmayla değerlendirilerek bu iki umblikal anomalinin etyopatogenezi araştırıldı.

Anahtar kelimeler: *Gastroşizis, Umblikal Kord Hernisi, Karın Duvarı Defektleri.*

Summary

From January 1995 to February 1996, 6 patients with umbilical cord hernia and 4 patients with gastroschisis were treated at the Pediatric Surgical Department of The School of Medicine, Atatürk University. The pathologies, clinical signs and surgical procedures were evaluated retrospectively and the etiopathogenesis of these two umbilical anomalies were investigated.

Key words: *Gastroschisis, Umbilical Cord Hernia, Abdominal Wall Defects.*

AÜTD 1997, 29:386-388

MJAU 1997, 29:386-388

Giriş

Karın duvarındaki bir defektten barsakların eviserasyonu olarak tanımlanan gastroşizis, çocuk cerrahisinde sık karşılaşılan doğumsal anomalilerdendir. 1953 de Moore ve Stokes gastroşizisi ekstra-umblikal bir defektten barsakların herhangi bir keseye örtülü olmaksızın karın dışına eviserasyonu olarak tariflemişlerdir(1). Bu kriterlerin yanı sıra umblikal kordun eviserasyonla ilişkisi olmayıp, karın duvarıyla olan bağlantısının normal olduğu ve bazı vakalarda da defekt ile umblikal kordu ayıran bir deri parçası tariflenmektedir (1,2). Son zamanlarda gastroşizisin umblikal kord hernisinin rüptürü sonucunda geliştiğine dair iddialar ortaya atılmışdır (3). Umblikal kord hernisi ise literatürde defekt çapının 4 cm den küçük olduğu omfalosel olarak tanımlanmaktadır (4). İntrauterin hayatta önemli bir görevi üstlenen göbeğin oldukça ilginç bir yapısı vardır. Anne ile fetus arasındaki bağlantının giriş noktası olan göbek, doğum sonrası göbek kordonunun bağlanmasıyla bu görevini bitirip kendi kendine kapanır. Umblikal ringin tamamen kapanması bazen hayatın ilk 3 yılında da devam edebilir (5). Çalışmamızda karın duvarı patolojisi olarak bilinen gastroşizis ve umblikal kord hernisi bir umblikal patoloji olarak ele alınarak incelenmiştir.

Materyal ve Metod

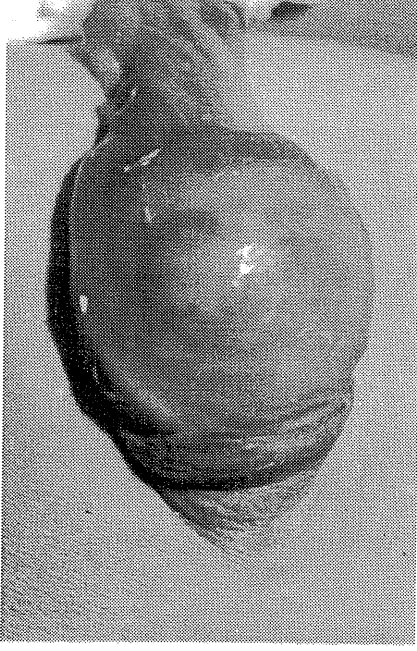
Ocak 1995 ile Şubat 1996 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde umblikal anomali nedeniyle opere edilen 10 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Altı

hasta umblikal kord hernisi, 4 hasta ise gastroşizis tanısıyla yatırılarak takip ve tedavi edilmiştir. Bu süre içinde omfalosel nedeniyle hastanemize müracaat eden hasta olmamıştır.

Bulgular

Umblikal kord hernisi tanısı alan 6 hastamızın 2 si erkektir. Hastaların umblikal defektlerinin çapı 4 cm den küçük olup ortalama doğum ağırlıkları 3280 gramdır (Resim 1). İki hastaya, hastanemizde sezeryanla gerçekleştirilen doğum sonrası umblikal kord hernisi tanısı koyuldu. Diğer hastalar sırasıyla 6 saatlik, 3 günlük, 4 günlük ve 7 günlük olarak başvurmuşlardır. Hastalar gerekli resüsitasyonu takiben operasyona alındı. Eksploreyonda 5 hastamızın ince barsakları ile henüz kapanmamış olan ekstra-kölemik boşluk arasında vitellin kanal artıklarına bağlı yapışıklıklar tesbit edildi. Bu hastalardan birinde vitellin artıklarının barsağa yapışık olduğu yerde atrezi tesbit edilerek rezeksiyon-anastomoz yapıldı. Diğer bir hastamızda çekumun umblikal kord içinde yapışık olduğu gözlemlendi. Aynı hastaya yapılan eksploreyonda Meckel Divertikülünün bulunduğu tesbit edildi. Gastroşizisli 4 hastamızın ortalama doğum ağırlıkları 2400 gram olup, 2 si erkektir. Doğum-operasyon süresi ortalama 22.5 saattir. İki hastamız prematür olarak değerlendirildi. Bir hastamızda umblikal defektten evisere 2 ayrı barsak segmenti mevcuttu(Resim 2). Defektin medialinde yer alan barsak kümesi klasik gastroşizisde karşılaştığımız evisere barsaklarla uyumluydu ve amniyon sıvısına uzun süre maruz kalmış antenatal(6) eviserasyon olarak değerlendirildi. Bu kitlenin lateralinde,

Şekil 1. Umblikal Kord Hernisinin Görünümü. Barsaklar Kord İçinde Yapışık Olduğu İçin Karın İçine Redükte Edilememektedir.



Şekil 2. Gangrene Barsak Anısı İle Yapışıklıklar Gösteren Barsak Anlarının Ameliyat Öncesi Görünümü.



yapışıklıkları olmayan, minimal serozal reaksiyon gösteren fakat gangrene olmuş ikinci bir barsak ansının eviserasyonu gözlemlendi. Distal kısmında perforasyon tesbit edilen bu barsak ansı ise prenatal (6) eviserasyon olarak değerlendirildi. Üzerinde perforasyon bulunan gangrene barsak ansı rezeke edilerek ileostomi yapıldı. Hasta postoperatif üçüncü günde kaybedildi. İkinci hastamızda atretik bir barsak ansı yanısıra apeksinde geniş ve kısa bir apendiksi bulunan konik şekildeki çekum evisere olarak tesbit edildi (Resim3). Umblikal defekt, umblikal ringi örten kord tabanının sağ üst tarafında yer alıp tamamen membranöz yapıyla çevriliydi (Resim 4). Defektin alt tarafında yer alan ve tamamen oblitere olan umblikal kordda bir patoloji tesbit edilemedi. Yapılan eksplorasyonda terminal ileum ve çekumu içeren atretik segmentler çıkarılarak proksimal uç ileostomi ve distal uç kolostomi yapıldı. Hastaya 1 ay sonra ileotransversostomi uygulandı. Üçüncü hastamızda atrezi saptanarak ileostomi yapıldı. Hasta postoperatif 12. günde kaybedildi. Primer onarım uygulanan dördüncü hastamız postoperatif 6. günde kaybedildi. İki hastada (%50) intestinal atrezi saptandı. Hastalarda gastrointestinal sistem dışı ilave doğumsal anomaliye rastlanmadı ve intraabdominal organlarda herhangi bir serozal reaksiyon gözlenmedi. Umblikal kord hernili ve gastroşizisli hastalarımızın hiç birisinde herniye veya evisere organlar arasında karaciğer tesbit edilmedi. On

hastamızın da umblikal defekti primer olarak tam kat onarıldı.

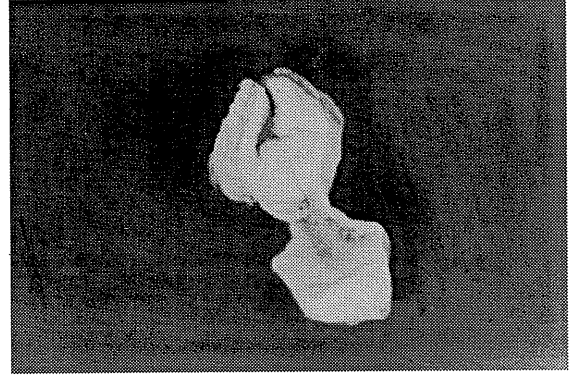
Tartışma

İntruterin hayatta, umblikal kord plasenta ile fetusun arasındaki tek bağlantıdır. Doğumu takiben umblikal kordun bağlanmasından sonra kord içindeki damarlar tromboze olarak kurur ve geriye bir granülasyon dokusu bırakarak ayrılır. Göbeğin iyileşmesi sikatrizasyonla tamamlanır (5). Oluşan sikatris dokusu umblikal ringi kapatarak üstten deri ile alttan peritonla örtülür. Umblikal hernilerde olduğu gibi, ringin kapanması bazen doğumdan sonra da devam edebilir. Umblikal kord karın duvarı ile dar açı yaparak birleşir (7). Umblikal ringin kapanmasının geciktiği durumlarda umblikal açıklık kordun tabanıyla genişçe örtülür. Kord tabanı, sol tarafında bulunan sol umblikal ven ve alt tarafında bulunan umblikal arterler tarafından desteklenirken, sağ üst tarafı bu desteklerden yoksundur (3). Avasküler bir doku olan umblikal kord diffüzyonla beslenir. Kapanması gecikmiş umblikal ringi genişçe örten kordun sağ tarafı, hem destek dokusundan yoksun olması hem de bu geniş kısmın beslenmesinin güçlüğünden dolayı kolaylıkla yırtılarak veya umblikal ringden ayrılarak umblikal defektin oluşmasına sebep olmaktadır (7). Gastroşizisde umblikal kord normaldir ve tamamen oblitere olmuştur fakat kordun karın duvarı ile olan bağlantısı normal değildir. Kordun sol tarafı umblikal ring ile bağlantılıyken, kordun sağ tarafı

Şekil 3. Umblikusu Örtten Kord Tabanındaki Defektten Evisere Atretik Barsak Segmenti ve Konik Şekildeki Çekum ile Apendiks.



Şekil 4. Eksize Edilen Umblikus. Çevrede Deri ve Ortada Membranöz Yapı. Membranöz Yapının Sağ Üst Köşesindeki Defektin Devamlılığı Cerrahi Girişim Sırasında Bozulmuştur.



karın duvarından ayrılmıştır ve defektin medial kenarını yapmaktadır. Gastroşizis karın duvarı patolojisinden değil umblikal bir patolojiden kaynaklanmaktadır. Herniasyon değil bir eviserasyondur. Defekt ekstra-umblikal değil, umblikaldır. Umblikal kord hernisi ise intrauterin hayatın 6. haftasında ekstra-kölemik boşluğa herniye olan primitif ortabarsağın yapışıklıklar sebebiyle karın içine geri dönememesi nedeniyle, umblikal ringin ve ekstra-kölemik boşluğun kapanamaması sonucu gelişen bir patolojidir (2). Hastalarımızda görülen her iki anomalide de gastrointestinal sistem dışı ek doğumsal anomali bulunmaması, karaciğerin olaya karışmaması, umblikal defektlerin primer olarak tam tabaka kapatılabilmesi olayın intrauterin hayatın ileri dönemlerinde oluşan bir patolojiden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kaynaklar:

1. Moore TC, Stokes GE: Gastroşizis: report of two cases treated by a modification of the Gross operation for omphalocele. Surgery 1953; 33:112-120
2. Schuster SP. Omphalocele and gastroşizis. In: Welch KJ, Randolph JG, Rawitch MM, O'Neill JA Jr, Rowe MI (eds). Pediatric Surgery.

Chicago: Year Book Medical Publisher, 1986: 740-753

3. Shaw A: The myth of gastroşizis. J Pediat Surg 1975; 10:235-244
4. Benson CD, Penherthy GC, Hill EJ: Hernia into the umbilical cord and omphalocele (amniocoele) in the newborn. Arch Surg 1949; 58:833-839
5. Rowe MI, O'Neill JA Jr, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). Essentials of Pediatric Surgery. St. Louis: Mosby-Year Book, 1995; 441-445
6. Moore TC: Gastroşizis with antenatal evisceration of intestines and urinary bladder. Ann Surg 1963; 158:263-269
7. DeVries PA: The pathogenesis of gastroşizis and omphalocele. J Pediat Surg 1980; 15:245-251

Yazışma Adresi :

Dr.A. Bedii Salman
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahi A.B.D.
Erzurum 25240
Tel:0/442/2352211
Fax:0/442/2332968