

Olgu Sunumu

Bebekte Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni: Paraduodenal Herni

Ünal BAKAL^a, Mehmet SARAÇ, Tugay TARTAR, Ahmet KAZEZ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Paraduodenal herniler nadirdir ve barsağın anormal rotasyonu sonucu gelişir. Tanısı güçtür. Direkt grafide barsak gazlarının bir bölgeye toplanması ve hava-sıvı seviyelerinin olması internal herniasyonu akla getirmelidir. Cerrahi insizyonun yetersizliği perop tanımlamada zorluk oluşturabilir. Olgu nadir görülmesi ve cerrahisindeki modifikasyon nedeniyle sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Bebek, İntestinal obstrüksiyon, Paraduodenal herni.

ABSTRACT

A Rare Cause of Intestinal Obstruction in an Infant; Paraduodenal Hernia

Paraduodenal hernias are rare and abnormal rotation of the intestine develops as a result. Diagnosis is difficult. Intestinal gases and air-fluid levels in a region that the collection in direct radiograph should remind of internal herniation. Short surgical incision can cause some difficulties in peroperative diagnosis. This case is presented because of rarity and surgical modification.

Key words: Infant, Intestinal obstruction, Paraduodenal hernia.

Paraduodenal herniler nadir görülen ve barsağın anormal rotasyonu sonucu gelişen konjenital malformasyonlardır. Tüm intestinal hernilerin yaklaşık yarısını oluşturur. Tüm ince barsak obstrüksiyonlarının %1' inden azını oluşturan paraduodenal hernilerin tanısı güçtür (1-3). Bu yazıda kliniğimize başvuran, intestinal obstrüksiyon tanısı ile ameliyat edilen ve paraduodenal herni tanısı konulan 8 aylık vakayı sunacağız.

OLGU SUNUMU

Sekiz aylık erkek hasta, bir günden beri çok sayıda safralı kusma, karnında şişkinlik, gaz ve gayta çıkaramama şikâyeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Ateşi olmamıştı. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş ameliyat öyküsü yoktu. Fizik muayenede; genel durumu orta

ve düşük görünümdeydi. Batında hafif bir distansiyon ve özellikle sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu.

Rektal tuşesinde rektum boştu. Kan biyokimya, sedimantasyon ve CRP değerleri normaldi.

Lökosit sayısı 10000/mm³ ölçüldü. ADBG' de ince barsak düzeyinde barsak gazlarının batın sol üst kadranda kümelendiği ve keskin olmayan hava-sıvı düzeylerinin olduğu görüldü (Resim 1). Hastaya intestinal obstrüksiyon (omfalo mezenterik band?) ön tanısı ile acil laparotomi uygulandı. Karın arka duvarı ile transvers kolon arasında konjenital bir bant mevcuttu ve eksize edildi. Eksplozasyonda ince barsakların transvers mezokolondaki defektten sol paraduodenal alana yerleştiği görüldü (Resim 2). Jejunal anslar (yaklaşık 100 cm) bu boşluktan redukte edilerek periton boşluğuna



Resim 1. ADBG' de ince barsak düzeyinde barsak gazlarının batın sol üst kadranda kümelendiği ve keskin olmayan hava-sıvı düzeylerinin olduğu görülmüştür.

^a Yazışma Adresi: Dr. Ünal BAKAL, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Elazığ

Tel: 0 424 2333555

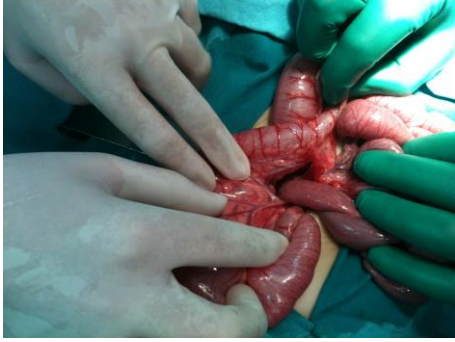
Geliş Tarihi/Received: 26.12.2013

*Bu çalışma XXX.Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi XXX. Annual Meeting of the Turkish Association of Pediatric Surgeons 17-20 Ekim/October 2012. ANKARA'da sunulmuştur.

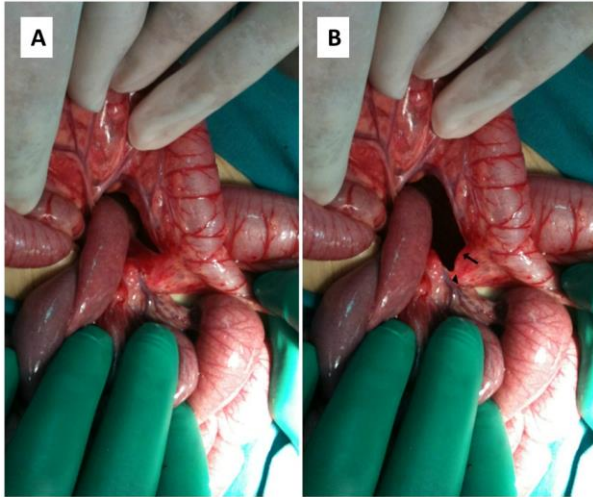
e-mail: ubakal@firat.edu.tr

Kabul Tarihi/Accepted: 25.03.2014

alındı. Sigmoid kolon normalden uzundu (doliko-kolon). Kolon mezosundaki defekt kapatılabilir olarak değerlendirilmedi. Mezokolon avasküler alandan inferior mezenterik ven kenarı boyunca, sol kolik artere kadar insize edilerek genişletildi ve periton boşluğu ile geniş bir bütünleştirme uygulandı (Resim 3) . Hasta postop 5. gün şifa ile taburcu edildi. Bir yıllık takibinde sorun gözlenmedi.



Resim 2. İnce barsakların transvers mezokolondaki defekten sol paraduodenal alana yerleştiği görülüyor.



Resim 3. A: Ameliyat öncesi paraduodenal alana geçiş, B: Ameliyat sonrası genişletilen alan, ok: sol kolik arter

TARTIŞMA

Paraduodenal herniler her yaşta görülebilir. Erişkinlerde tekrarlayan karın ağrısı atakları şeklinde bulgu verir. Çocuklarda özellikle kendini ifade edemeyecek yaşlarda ise tanımlanması daha zor olabilen bir durumdur. Yerleşimine göre sağ ve sol paraduodenal herniler tanımlanmıştır. Solda sağa göre 3 kat daha fazla görülür (2, 4).

KAYNAKLAR

1. Bell-Thomson J, Vieta JO, Yiavasis AA. Paraduodenal hernias. Am J Gastroenterol 1977; 68: 254-59.

Semptomlar parsiyel ya da komplet intestinal obstrüksiyona bağlı olarak karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, gaz ve gayta çıkaramamadır. Eğer inkarserasyon ve strangülasyon gelişirse şikayetlerde artma, barsak iskemisi ve intestinal perforasyon gelişebilir (5).

İnternal herni tanısında görüntüleme yöntemleri önemli rol oynar. ADBG'nde bir bölgede lokalize dilate barsak ansları, hava-sıvı seviyeleri görülebilmekle birlikte, strangülasyona bağlı intestinal perforasyon sonucu serbest havada görülebilir (5, 6). Baryumlu çalışmalarda kümelenmiş, iyi sınırlı, dilate ince barsak lupları ve bu alanda lokalize kontrast madde stazı görülebilir. Bilgisayarlı tomografide enkapsüle görünümde dilate bir ince barsak kümesi, Treitz ligamanının solunda, pankreas ile mide arasında yerleşir. Herniye ince barsak segmentlerindeki dilatasyon, duvar kalınlaşması ve sıvı seviyeleri görülebilir (7).

Laparatomide cerrahın daha önceden bu hastalık ile ilgili fikri yoksa ilk eksplorasyonda boş karın bulgusu görülebilir. Ayrıca cerrahi insizyonun yetersizliği perop tanımlamada zorluk oluşturabilir. Sol paraduodenal hernilerde intraperitoneal kavitede sadece ileumun bir kısmının izlendiği, kalan ince barsakların herni kesesi içinde yer aldığı ve kesenin üzerinde ise kolonun yer değiştirmiş olarak seyrettiği görülür. Sağ paraduodenal hernilerde ise ince barsakların tamamının herni kesesi içinde olduğu ve sağ kolonun anormal yerleşimli olarak yine kese üzerinde seyrettiği görülür (8, 9).

Cerrahi tedavi olarak barsaklar redükte edildikten sonra defekte yönelik primer kapatılma önerilmekle beraber, sunulan olguda bunun kolay olmayacağı ve arkada geniş bir potansiyel boşluk kalabileceği deneme ile değerlendirilince, daha önce literatürde tanımlanmasına rastlamadığımız bir yöntemle defekt alanının avasküler plandan mezo damarlarına zarar vermeden genişletilmesi ile kapalı boşluğun periton alanı ile geniş bir planda birleştirilmesi sağlandı.

Sonuç olarak, önceden laparotomi geçirmemiş çocuklarda, mekanik barsak obstrüksiyonunu düşündürülen; karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, gaz ve gayta çıkışının olmaması, ADBG'nde intestinal gazların bir bölgeye toplanması ve hava-sıvı seviyelerinin olması durumunda internal herniasyon akla getirilmelidir. Tanı ve tedavideki gecikmenin morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde arttıracak düşünülerek erken cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Sunulan yöntem primer defekt kapamaya alternatif olarak değerlendirilebilir.

2. Khan MA, Lo AY, Vande Meale DM. Paraduodenal hernia. Am Surg 1998; 64: 1218-22.

3. Moran JM, Sanjuan JSS, Amaya JL, et al. Paramesocolic hernias: Consequences of delayed diagnosis. Report of three new cases. *J Pediatr Surg* 2004; 39: 112-16.
4. Brigham RA, d'Avis JC. Paraduodenal hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Hernia*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1989: 481-6.
5. Berardi RS. Paraduodenal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 99-110.
6. Davis R. Surgery of left paraduodenal hernia. *Am J Surg* 1975; 129: 570-73.
7. Warschauer DM, Mauro MA. CT diagnosis of paraduodenal hernia. *Gastrointest Radiol* 1992; 17: 13-15.
8. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986; 152: 279-85.
9. Brigham RA, Fallon WF, Saunders JR, et al. Paraduodenal hernia: diagnosis and surgical management. *Surgery* 1984; 96: 498-502.
10. Dempsey DT, Ritchie WP. Anatomy and physiology of duodenum. George D, Zuidema MD, ed. IN: *Surgery of the alimentary tract; Volume II*, W. B Saunders, 1996.