

Yenidoğanlarda İntestinal Obstrüksiyonun Nadir Bir Nedeni: Paraduodenal Herni

A Rare Cause of Intestinal Obstruction in Newborns: Paraduodenal Hernia

Mirzaman HÜSEYNOV^a,
Mehmet GÜRÜL^b

^aÇocuk Cerrahisi Kliniği,
^bYenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi,
Bağcılar Özel Safa Hastanesi,
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 05.09.2018
Received in revised form: 14.11.2018
Accepted: 04.12.2018
Available online: 04.01.2019

Correspondence:
Mirzaman HÜSEYNOV
Bağcılar Özel Safa Hastanesi,
Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
mirzamanhuseynov@gmail.com

ÖZET Yenidoğanlarda intestinal obstrüksiyonun yaygın bilinen sebepleri dışında nadir görülen birtakım hastalıklar da karşımıza çıkmaktadır. Genellikle doğumu takip eden en kısa sürede safralı veya fekaloid kusma, gaz-gaita çıkaramama ile kendini belli eden intestinal obstrüksiyonlar tanı aşamasında sorun oluşturmaz iken, daha nadir görülen ve klinik ve radyolojik bulguları kafa karıştıran nadir hastalıklar da ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada, aralıklı safralı kusma ile kendini belli eden, ancak direkt grafi bulguları ilk bakışta normal görülen, nadir bir paraduodenal herni olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Yenidoğanda safralı kusma hiçbir zaman masum bir durum değildir ve aksi ispat edilinceye kadar cerrahi bir patolojidir. Yenidoğanda intestinal obstrüksiyonun nadir sebeplerininin tanısını atlamamak ve tanıda geç kalmamak için çocuk hekimleri, safralı kusma söz konusu olduğunda ileri düzeyde şüpheli olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Bebek, yenidoğan; kusma; intestinal obstrüksiyon

ABSTRACT There are some rare causes of intestinal obstruction in the newborns. Intestinal obstructions, which usually manifest themselves with bilious vomiting following the birth, do not pose a problem at diagnosis. However, rare diseases that may confuse the clinical and radiological findings may also occur. In this study we present a rare case of paraduodenal hernia, which manifest with bilious vomiting, but the findings of direct radiography are normal at first glance. In newborns, bilious vomiting is never innocent and is a surgical pathology until it is proved otherwise. Making the differential diagnosis of bilious vomiting in neonates requires a high index of suspicion clinically, which may facilitate appreciation of the subtle findings.

Keywords: Infant, newborn; vomiting; intestinal obstruction

Yenidoğanlarda intestinal obstrüksiyonun yaygın bilinen sebepleri dışında nadir görülen birtakım hastalıklar da karşımıza çıkmaktadır. Genellikle doğumu takiben kısa sürede safralı veya fekaloid kusma, gaz-gaita çıkaramama ile kendini belli eden intestinal obstrüksiyonlar tanı aşamasında sorun oluşturmamaktadır. Bu hastalıklara, özellikle ince bağırsak atrezileri, midgut volvulus örnek olarak gösterilebilmektedir. Ancak, daha nadir görülen ve klinik bulguları kafa karıştıran hastalıklar da ortaya çıkabilmektedir. Bu kafa karıştırmacı durumlar tanıda gecikmelere ve bu da geri dönüşümsüz hasarların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Doğum sonrası beslenmeyi tolere edemeyen bir bebek yakın takip edilmeli, safralı kusma, batın distansiyonu gelişmesi hâlinde de basit bir direkt grafi ile değerlendirilmelidir. İntestinal obstrüksiyon düşünülen hastalar çocuk cerrahisi ile konsülte edilmelidir. Ancak, her intestinal obstrüksiyon vakası direkt grafide kendisini hava-sıvı seviyeleri ile belli etmeyebilmek-

tedir. Bu konuda unutulmaması gereken temel kural; yenidoğanda safıralı kusma, aksi ispat edilinceye kadar cerrahi bir patolojidir ve mutlaka aksinin ispatlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada, safıralı kusma ile kendini belli eden, ancak direkt grafi bulguları ilk bakışta normal görülen paraduodenal herni olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Olgu sunumu için hastanın yasal temsilcilerinden gerekli onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Prenatal izlemleri sorunsuz olan beş günlük kız olgu, doğum sonrası solunum sıkıntısı nedeni ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ekstübe olarak takip edilmekte iken, aralıklı safıralı kusmalarının olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Fizik muayenesinde intestinal obstrüksiyon düşündüreren hiçbir bulgu yoktu. Olgunun gaz-gaita çıkışı sorunsuzdu. Olgunun ayakta direkt batın grafisi değerlendirildiğinde belirgin patoloji saptanmadı (Resim 1). Safıralı kusma olması nedeni ile batın ultrasonografisi (USG) çekildi. USG'de patoloji saptanmadı. Kusmaların karakterinin değerlendirilmesi ama-

cıyla olguya orogastrik sonda (OGS) takıldı. Yirmi dört saatlik izleminde mide mayi ve tükürük karakterde gelenleri oldu. Bu nedenle hastanın OGS'si alınarak tekrar beslenmeye başlandı. Üçüncü beslenme sonrası tekrar safıralı kusma olması üzerine OGS drenajına alındı ve safıralı gelenlerinin olduğu teyit edildi. Bu sırada olgunun gaitasının sindirilmiş besin karakterde olduğu görüldü. Aslında obstrüksiyonu düşündüreren bulgular olmasa da (direkt grafide hava-sıvı seviyesi, gaz-gaita çıkaramama, aralıklı safıralı kusmalar dışında normal beslenme, batın distansiyonu olmaması) malrotasyon açısından değerlendirmek adına üst gastrointestinal pasaj grafisi (ÜGPG) çekildi. Grafide mide çıkışı sorunsuz ve duodenum C kavsi normal bulundu. Takip eden görüntülerde çekum sağ alt kadranda saptandı. Hirschsprung hastalığını ekarte etmek için kontrastlı kolon grafisi çekildi; normal saptandı. Olgunun OGS'si çıkarılarak tekrar beslenme başlandı. Beslenme sonrası tekrar eden aralıklı safıralı kusmaları oldu. Bunun üzerine OGS'den 50 cc hava verilerek grafi çekildi. Hava verildikten sonra yaklaşık 5. dk'da batın sol üst ve alt kadranda distansiyon geliştiği, intestinal ansla-

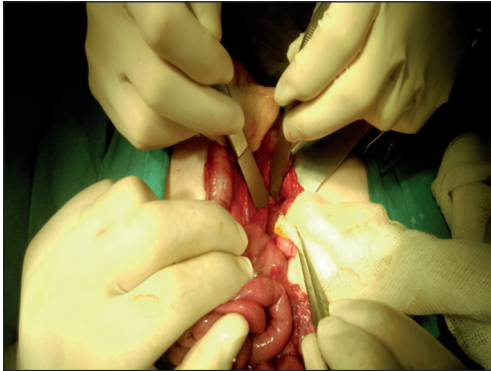


RESİM 1: Başvurudaki direkt grafi. Gaz dağılımı normal.



RESİM 2: Bolus hava sonrası anslar sol kadranda.

rın sol kadranda sıkıştığı görüldü (Resim 2). Sol paraduodenal herni düşünülerek operasyon kararı alındı. Operasyonda duodenum C kavsi ve çekum normal lokalizasyonda saptansa da tüm ince bağırsak anslarının paraduodenal herni kesesi içerisinde olduğu görüldü (Resim 3, Resim 4). Bağırsak ansları distale doğru sağılarak herni kesesinden dışarı alındıktan sonra OGS'den hava verildiğinde bağırsakların herni kesesinin içine girdiği görüldü. Herni kesesi tamir edildikten sonra operasyon sonlandırıldı. Operasyondan iki gün sonra bağırsak sesleri normoaktif olarak değerlendirildi. Olgu oral beslendi; beslenme kademeli olarak artırıldı. Olgunun kusması olmadı. Ameliyat sonrası birinci yılında takipleri sorunsuz seyretmektedir.



RESİM 3: Paraduodenal herni kesesinin ağzında anslar ve omentum.



RESİM 4: Fitiklaşmış ansların redükte edildikten sonraki herni kesesinin görüntüsü.

TARTIŞMA

Dorsal mezenterin fiksasyon anomalileri ince bağırsak anslarının içine herniye olabileceği boşluklar oluşturmaktadır. Bunların arasında en sık görülenleri paraduodenal alanlardaki boşluklardır. Paraduodenal herni mezokolik herni adı ile de bilinmektedir. Hatta bazı araştırmacılar, paraduodenal herni yerine mezokolik herni terminolojisinin kullanılmasını daha uygun görmekte-dirler. Paraduodenal herniler nadir patolojiler olup, otopsi serilerindeki insidansı %1'in altındadır. Sol paraduodenal herni veya diğer adıyla sol mezokolik herni ince bağırsak anslarının inen kolonun arkasındaki boşluğa girmesi sonucu oluşmaktadır ve sağ mezokolik herniye kıyasla daha sık görülmektedir.^{1,2} Bu alandaki boşluk inferior mezenterik venin ve sol kolonik arterin retroperitoneuma inkomplet fiksasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağındaki paraduodenal hernilerle ilgili kitabi bilgiler çok azdır. Çocuk cerrahisinin masaüstü kitaplarında bile hastalıkla ilgili toplam üç-dört cümlelik bilgi geçmektedir. Bunun sebebi hastalığın nadir oluşudur. Literatüre baktığımız zaman, hastalıkla ilgili bilgiler genellikle vaka takdimi şeklindedir.³⁻¹⁵ Tang V ve ark. 2011 yılına ait tek merkezli en geniş serili çalışmasında, yenidoğan döneminde paraduodenal herninin nadir bir olgu olduğunu saptamış ve literatür bilgileri ile desteklemişlerdir. Sol paraduodenal herninin malrotasyonun genellikle eşlik etmemesi sebebiyle ÜGPG'de saptanması çok zordur.¹⁶ USG bu konuda yetersiz kalmaktadır ve sonucu genellikle normaldir. Olgumuzda ameliyat bulgusu olarak saptadığımız patoloji, bağırsak anslarının boş iken sorun oluşturmaması, beslenme sonrası bağırsaklar dolduğunda herni kesesine girip sıkışmaları idi. Bu nedenle olgunun semptomları beslenmeden belirli bir zaman sonra safralı kusma olarak kendini belli etmekteydi. Olgudaki bu bulgular göz ardı edilip ileri inceleme yapılmıyorsa, ileri düzeyde sıkışma sonrası bağırsaklar drene olamayıp strangülasyon gelişecekti. Bu olgunun eğitici tarafı aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

1. Batının sadece belirli kadranslarında distansiyonun gelişmesi paraduodenal herni açısından anlamlı olabilmektedir.

2. Tetkikler normal olsa bile safralı kusma göz ardı edilmemeli ve bolus beslenmeyi taklit ederek (olgumuzda 50 cc hava verilerek yapıldı) ileri inceleme yapılmalıdır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Mirzaman Hüseyinov; **Tasarım:** Mirzaman Hüseyinov; **Denetleme/Danışmanlık:** Mirzaman Hüseyinov; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Mehmet Gürül; **Analiz ve/veya Yorum:** Mirzaman Hüseyinov, Mehmet Gürül; **Kaynak Tarayması:** Mirzaman Hüseyinov; **Makalenin Yazımı:** Mirzaman Hüseyinov; **Eleştirel İnceleme:** Mehmet Gürül; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Mehmet Gürül; **Malzemeler:** Mirzaman Hüseyinov.

KAYNAKLAR

- Ghahremani GG. Abdominal and pelvic hernias. In: Gore RM, Levine MS, eds. Textbook of Gastrointestinal Radiology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p.1993-2009.
- Meyers MA. Paraduodenal hernias. Radiologic and arteriographic diagnosis. Radiology. 1970;95(1):29-37. [Crossref] [PubMed]
- Pershad J, Simmons GT, Chung D, Frye T, Marques MB. Two acute pediatric abdominal catastrophes from strangulated left paraduodenal hernias. Pediatr Emerg Care. 1998;14(5):347-9. [Crossref] [PubMed]
- Garignon C, Paparel P, Liloku R, Lansiaux S, Basset T. Mesenteric hernia: a rare cause of intestinal obstruction in children. J Pediatr Surg. 2002;37(10):1493-4. [Crossref] [PubMed]
- Ramachandran P, Sridharan S. Strangulated left paraduodenal hernia in an infant. Pediatr Surg Int. 2003;19(1-2):120-1. [PubMed]
- Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, Chaumoître K, Alessandrini P. Small bowel obstruction caused by congenital mesocolic hernia: case report. J Pediatr Surg. 2003;38(9):E11-2. [Crossref]
- Moran JM, Salas J, Sanjuán S, Amaya JL, Rincón P, Serrano A, et al. Paramesocolic hernias: consequences of delayed diagnosis. Report of three new cases. J Pediatr Surg. 2004;39(1):112-6. [Crossref] [PubMed]
- Shinohara T, Okugawa K, Furuta C. Volvulus of the small intestine caused by right paraduodenal hernia: a case report. J Pediatr Surg. 2004;39(2):e8-9. [Crossref] [PubMed]
- Tainaka T, Ikegami R, Watanabe Y. Left paraduodenal hernia leading to protein-losing enteropathy in childhood. J Pediatr Surg. 2005;40(2):E21-3. [Crossref] [PubMed]
- Ming YC, Chao HC, Luo CC. Congenital mesenteric hernia causing intestinal obstruction in children. Eur J Pediatr. 2007;166(10):1045-7. [Crossref] [PubMed]
- Vaos G, Skondras C. Treves' field congenital hernias in children: an unsuspected rare cause of acute small bowel obstruction. Pediatr Surg Int. 2007;23(4):337-42. [Crossref] [PubMed]
- Page MP, Ricca RL, Resnick AS, Puder M, Fishman SJ. Newborn and toddler intestinal obstruction owing to congenital mesenteric defects. J Pediatr Surg. 2008;43(4):755-8. [Crossref] [PubMed]
- Drewett M, Burge DM. Late-onset volvulus without malrotation in preterm infants. J Pediatr Surg. 2009;44(2):358-61. [Crossref] [PubMed]
- Park CY, Kim JC, Choi SJ, Kim SK. A transmesenteric hernia in a child: gangrene of a long segment of small bowel through a large mesenteric defect. Korean J Gastroenterol. 2009;53(5):320-3. [Crossref] [PubMed]
- Kyaw K. Left mesocolic hernia or peritoneal encapsulation?--a case report. Singapore Med J. 1998;39(1):30-1. [PubMed]
- Tang V, Daneman A, Navarro OM, Miller SF, Gerstle JT. Internal hernias in children: spectrum of clinical and imaging findings. Pediatr Radiol. 2011;41(12):1559-68. [Crossref] [PubMed]