

Nadir bir ileus nedeni: Yetişkinde ileal duplikasyonun eşlik ettiği omfalomezenterik duktus kalıntısı

Özgür Dandin (*), Hüseyin Sinan (**), Ahmet Ziya Balta (***), İlker Sücüllü (***), Ergün Yücel (***), Şükrü Yıldırım (****)

ÖZET

İnce barsak tıkanıklığı, cerrahi acillerin yaygın nedenlerinden biridir. Omfalomezenterik duktus kalıntısının neden olduğu ince barsak tıkanıklığı oldukça nadir görülür. Olgumuz 48 saatte gaz gayta çıkaramama, kolik tarzında karın ağrısı ve kusma şikayeti olan, geçirilmiş batin ameliyatı ve medikal hikayesi bulunmayan 26 yaşında erkek hasta idi. Hasta yapılan tetkikler sonucunda ileus tanısı konularak acil şartlarda ameliyata alındı. Eksplozasyonda; umbilikusun arka duvarından başlayıp barsak mezosuna yapışan, ileum pasajını tıkayarak ileusa neden olan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda omfalomezenterik duktus kalıntısı olduğu düşünülen bant görüldü. Beraberindeki tıkanıklığın proksimalinde ileal duplikasyon saptandı. Ameliyatta ileusa neden olan bantın eksizyonu yapıldı. Hasta postoperatif 7. günde cerrahi şifa ile taburcu edildi.

Enterik duplikasyon ve omfalomezenterik duktus kalıntıları nadiren de olsa birlikte görülebilen konjenital anomalilerdir.

Omfalomezenterik duktus kalıntıları, batin ameliyatı geçirmemiş mekanik barsak tıkanıklığı olgularında akıld tutulması gereken patolojilerdir.

Anahtar kelimeler: *Omfalomezenterik duktus, ileal duplikasyon, ince barsak tıkanıklığı, ileus*

SUMMARY

Omphalomesenteric ductus remnant coinciding with ileac duplication in adult: A rare cause of ileus

Small bowel obstruction is a common cause of surgical emergency. Persistent omphalomesenteric duct causing small bowel obstruction is an extremely rare case. Our case was a 26-year-old male patient without any medical history of previous abdominal operation presented in our department with colicky abdominal pain, vomiting, absence of passage of gas and feces for 48-hour duration. As a result of investigation the patient was taken to the operating room with a diagnosis of bowel obstruction. In exploratory laparotomy, approximately 10 cm length a fibrous cord extending from the posterior wall of the umbilicus to the mesenter of the small bowel, justifying the suspicion of omphalomesenteric duct remnant was identified. Ileal duplication was detected by the proximal of the obstruction accompanying. The duct causing ileus was resected and the obstruction was resolved without bowel resection. The patient was discharged on the seventh day after surgery with surgical cure.

Enteric duplications and omphalomesenteric duct remnants, in rare cases, are congenital anomalies can be seen with.

Omphalomesenteric duct remnants, in cases of mechanical bowel obstruction without any history of previous abdominal operation, is a pathology that should be remembered.

Key words: *Omphalomesenteric duct, ileal duplication, small bowel obstruction, ileus*

* Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü,

** Ankara Mevki Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

*** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar, İSTANBUL

****Bursa Asker Hastanesi, Patoloji Bölümü

Ayrı basım isteği: Op.Dr. Özgür Dandin, Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Çekirge - Bursa

E-mail: dandinozgur@gmail.com

Makalenin geliş tarihi: 15.08.2011 • **Kabul tarihi:** 30.11.2011 • **Çevrim içi basım tarihi:** 28.03.2013

Giriş

İnce barsak tıkanıklığı cerrahi acillerin yaygın nedenlerinden biridir. Omfalomezenterik duktus kalıntısının neden olduğu ince barsak tıkanıklığı olgusu oldukça nadirdir. Omfalomezenterik duktus kalıntısı, primitif yolk sakın nadir görülen konjenital anomalilerinden biridir. Omfalomezenterik duktus kalıntıları, çoğunlukla Meckel divertikülü olmaya eğilimli olmakla beraber daha nadir olarak patent omfalomezenterik duktus olarak kendini gösterir (1). Omfalomezenterik duktus kalıntıları asemptomatik seyredeler ancak genelde çocukluk çağıında olmak üzere (<4 yaş) barsak tıkanıklığı, karın ağrısı, melena, umbilikal fıtık ya da umbilikal akıntı gibi sorunlarla karşımıza çıkarlar. Bulunma sıklığı erkek ve kadınlarda eşit olmasına rağmen, erkeklerde daha belirgin semptomlara neden olurlar (2). Sindirim sisteminin konjenital duplikasyonu 1/4500 oranında görülür ve ağızdan anüse kadar herhangi bir yerde görülebilirler (3). En sık ince barsakta görülmekle beraber ince barsak duplikasyonlarının % 70'i terminal ileumda yerleşir (4). Enterik duplikasyonlar gastrointestinal sistemin mezenterik kısmına yapışırlar (5). Duplikasyonların sindirim sisteminde değişik lokalizasyonlarda ve değişik boyutlarda görülmesi, spesifik tanıs ve cerrahi yaklaşımların gerekliliğini ortaya çıkarır (3). Konjenital malformasyonu olan hastalarda genellikle barsak tıkanıklığı, karın ağrısı ve melena gibi semptomlar görülür (3,6).

Bu çalışmada daha önce batin ameliyatı geçirmemiş bir yetişkinde, omfalomezenterik duktus kalıntısı olan fibröz bant ve ileal duplikasyonun beraber olduğu, nadir görülen bir mekanik barsak tıkanıklığı olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu:

Yirmi altı yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 gündür devam eden karın ağrısı ve gaz gaita çıkaramama şikayeti nedeniyle acil polikliniğine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde; batında yaygın hassasiyet mevcut olup, defans ve rebound yoktu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde nötrofil sayısının $11,05 \times 10^3 / \text{mm}^3$ olması dışında anormal bulguya rastlanmadı. Hastaya nazogastrik dren takıldı. Drenden 300 ml/ gün asidik görünümde mide içeriği gelen hastanın çekilen direk grafisinde ince barsakta hava sıvı seviyeleri saptandı (Şekil 1). Abdominal ultrasonografide; barsak anslarında dilatasyon ve intraabdominal gaz distansiyonu tespit edildi.

Hikayesinde batin ameliyatı olmayan hastanın abdominal tomografisinde; jejunal ve ileal anslarda dilatasyon (en geniş yerinde barsak ansı çapı 3 cm) olduğu ve bu duruma neden olabilecek organik bir patolojinin olmadığı görüldü. Hastaneye yatışının 2. gününde nazogastrik dreninden 500 ml/gün intestinal içerik gelen, gaz gaita çıkışı olmayan, karın distansiyonu ilerleyen hasta acil şartlarda ameliyata alındı.

Eksplorasyonda; umblikustan başlayıp barsak mezosuna yapışan, ileumda barsak pasajını tıkararak ileusa neden olan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda omfalomezenterik duktus artığı ile uyumlu bant saptandı (Şekil 2).



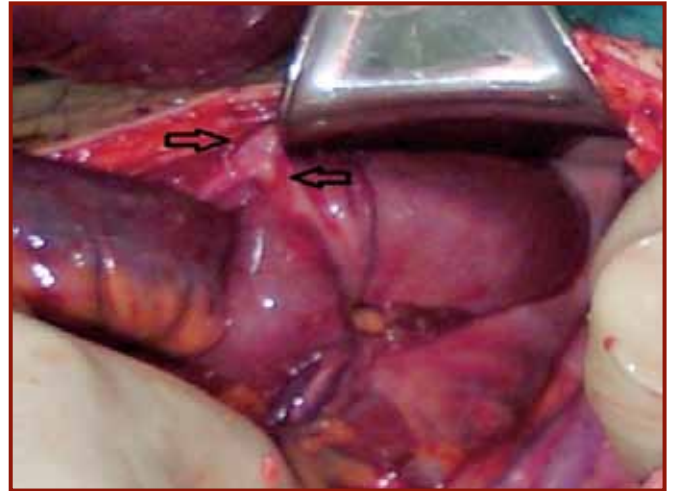
Şekil 1. Direk grafide ince barsakta hava sıvı seviyeleri.

Terminal ileumun, bu bant ile barsak mezosu arasında sıkışarak internal herniasyona neden olduğu ve bu herniasyonun proksimalinden itibaren tüm barsak segmentlerinde dilatasyon, jejunuma kadar olan barsak anslarında perfüzyonun bozulduğunu gösteren renk değişikliği ve peristaltizmin azaldığı görüldü (Şekil 3).

Tıkanıklığın yaklaşık 20 cm proksimalinde, 10 cm uzunluğunda, 1,5 cm genişliğinde ileal duplikasyon kisti saptandı (Şekil 4).

Mekanik barsak tıkanıklığına neden olan bant, proksimal ve distalinden serbest bağlamalar ile bağlandı ve makasla eksize edildi. Herniasyon ve sebep olduğu tıkanıklığın giderilmesini takiben dakikalar içinde perfüzyonun düzelerek renk değişikliğinin gerilediği, peristaltizmin normale döndüğü görüldü.

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası dördüncü ayda yapılan kontrolünde herhangi bir sorun saptanmadı.



Şekil 2. Tıkanıklığa neden olan, bant yapısı.



Şekil 3. Tıkanıklığın proksimalindeki barsak anslarının ameliyat sıradaki görünümü.

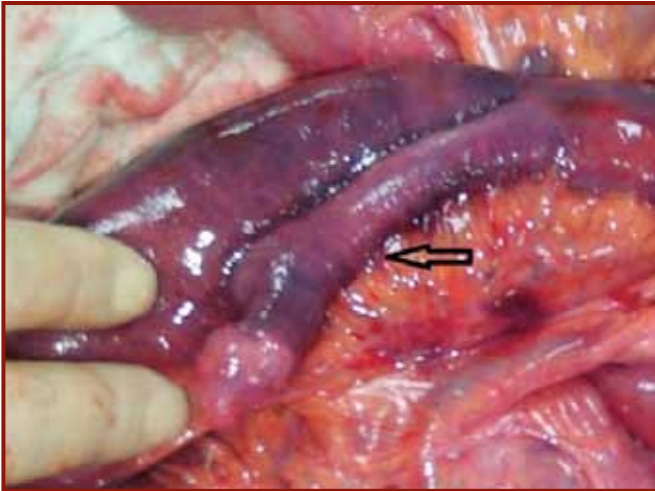
Ameliyatta çıkarılan bant yapısının histopatolojik incelemesinde; tek sıralı basık mezotelyal hücreler ile çevrili periferi ödemli santrali fibrohyalen yapıda multiple vasküler kordon yapıları görüldü. Bu kordonun orta kısmında kalın duvarlı küçük arter, sinir ve ince duvarlı yassılaştırmış venöz damar kesitleri tespit edildi. Arter, ven, sinir ve kapiller yapılar çevresindeki fibrohyalen stroma ile gruplar oluşturduğu, arada döşeyici epitel genellikle dökülmüş, atrofik duktus benzeri yapılar tespit edildi. Histopatolojik tanının omfalomezenterik duktus kalıntısı ile uyumlu olduğu saptandı (Şekil 5).

Tartışma:

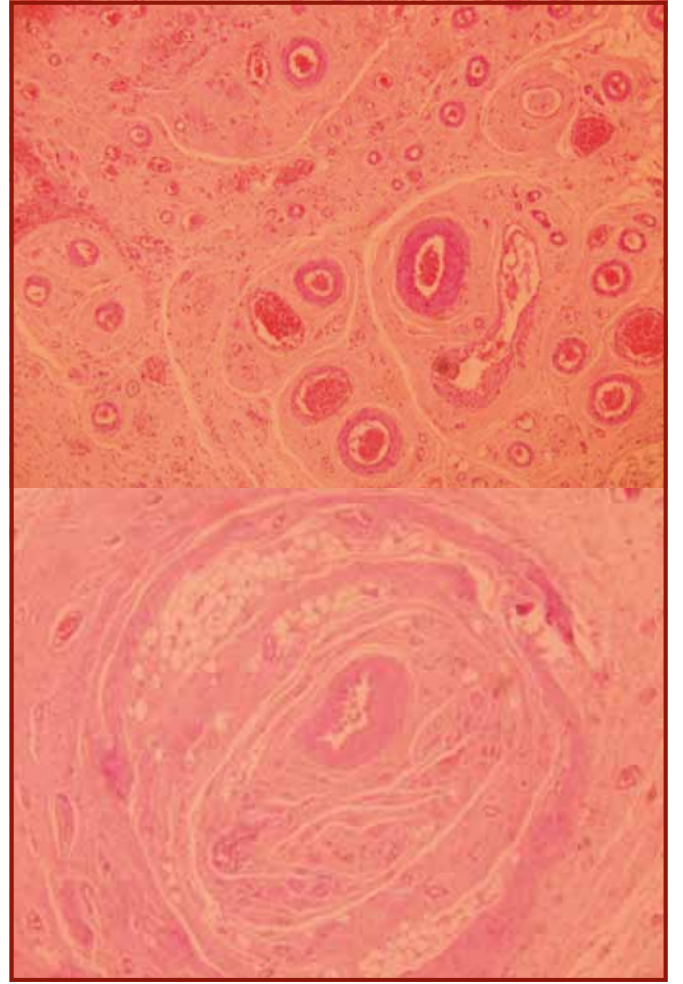
Normalde fetüsün beslenmesi için plasenta gestasyonun 7-9. haftalarında yol sakın yerini aldığıında omfalomezenterik duktus oblitere olur (7). Obliterasyondaki başarısızlık fistül, enterokist, umblikustan ince bağırsağa uzanan fibröz bant veya bir Meckel divertikülü olarak sonuçlanır (7). Birçok seride dört majör varyantı tanımlanmıştır. Bunlar sinüs, kist, divertikül, patent omfalomezenterik duktustur (8).

Persistan omfalomezenterik duktus veya damar varyasyonları:

Bir ucu ileuma diğer ucu umbilikusa açılan kanal, bir ucu umbilikusa açılan diğer ucu batın içinde kör sonlanan kanal, umbilikusa bağlantısı olmayan bazen barsakla bağlantılı kistoma, proksimalde ileuma açılan distali kapalı tüp şeklinde kanal (Meckel divertikülü) (en sık), rudimenter Meckel divertikülü ile veya tek başına bulunan mezenterden umbilikusa uzanan omfalomezenterik damarları içeren umblikal fibröz kord, omfalomezenterik damarları içeren kord Meckel divertikülünün tepesinden başlayıp mezentera yapışa-



Şekil 4. İleumun mezenterik kenarında ileuma yapışık duplikasyon kisti.



Şekil 5. Eksize edilen bant yapısının hematoxilen eozin ile boyamada sırasıyla x40 ve x200 büyütmedeki histopatolojik görüntüsü.

bilir; ki bu terminal ligaman olarak adlandırılır; ya da Meckel divertikülünün serbest kenarı buyunca ilerleyen bir yol izleyebilir (9). Bizim olgumuzdaki yapı rudimenter Meckel divertikülü ile birlikte olmayan, tek başına bulunan, mezenterden umbilikusa uzanan omfalomezenterik damarları içeren umblikal fibröz kord tipidir. Bu tip oldukça nadir görülmektedir.

Meckel divertikülü erken fetal hayatta primitif bağırsağı yol saka bağlayan bir omfalomezenterik duktus kalıntısıdır (7). Fibröz bant ile beraber veya tek başına görülen Meckel divertikülleri tüm omfalomezenterik duktus anomalilerinin %90'ını oluşturur (7). Bu anomaliye bağlı problemlere yaklaşımda anomalinin boyutu, yerleşim yeri, gastrointestinal sistem ile bağlantısı, yapıştığı yapıya kompresyonu, heterotopik mukoza içerip içermemesi ve mezenterik vaskülaritesi primer olarak önem arz etmektedir (10). Bu anomalilerin embriyogenezi, çeşitli teoriler ortaya atılmasına rağmen tam bilinmemektedir (4).

Enterik duplikasyonlar, kistik ya da daha az sıklıkta tübüler şekilli olabilirler ve intestinal epitel ile örtülü iyi gelişmiş düz kas katmanı barındırırlar (4,6). Kistik yapıda olanlar kalın duvarlı mukusla dolu kitle görünümündedir (10). Yapışık olduğu barsakla birleşmezler ancak ortak bir duvar ve ortak mezenterik kanlanması vardır (6,10). Ayrıca ektojik gastrik mukoza, pankreas dokusu, komşusu olduğu doğal dokuya benzer epitel barındırabilirler (6). Enterik duplikasyonlar gastrointestinal sistemin mezenterik kısmına yapışırlar (5). Enterik duplikasyonlar, beslenmesine ve gastrointestinal sisteme yapışma durumuna göre iki şekilde görülür. Yapışıklık gösterdiği organ ile düz kastan oluşan ortak bir duvarı ve ortak beslenmesi olan enterik duplikasyonlar ki bunlar en sık olanlarıdır (4,5). Çok nadir olarak görüleni ise tamamen barsaktan izole olan ve beslenmesini ayrı bir damardan sağlayan enterik duplikasyondur (4,5). İntestinal lümen ile enterik duplikasyon arasında bağlantı olanlar olmayanlara göre daha nadir görülürler (4). En sık beraber olduğu anomaliler olguların %25-40'ında tanımlanan spinal malformasyonlardır (3). Bu konjenital malformasyonu olan hastalarda genellikle barsak tıkanıklığı, karın ağrısı ve meleno gibi semptomlar görülür (3,6). Semptomlar daha çok yaşlı hastalarda görülür (3). Nadir olarak malign dejenerasyon bildirilmiştir (6). Duplikasyonların sindirim sisteminde değişik lokalizasyonlarda ve değişik boyutlarda görülmesi, spesifik tanısız ve cerrahi yaklaşımların gerekliliğini ortaya çıkarır (3). Duplikasyonların çoğunun tedavisi uzun bir barsak segmentini içermedikçe rezeksiyondur (6).

Olgumuzda komplikasyona neden olmamış duplikasyona, olası morbiditeyi artırmamak için müdahalede bulunmadık. Bununla birlikte duplikasyonlar makroskopik olarak Meckel divertikülü ile karıştırılabilirler. Meckel divertikülü, vitelin arterden sağlanan ayrı bir kanlanmasının olmasından ve ince bağırsağın antimezenterik kısmından orjin almasıyla ileal duplikasyon kistinden ayrılır (5).

İleal duplikasyon ile beraber Meckel divertikülünün neden olduğu bir mekanik barsak tıkanıklığı olgusu daha önce bildirilmiştir (6). Ancak yaptığımız literatür incelemelerinde ileal duplikasyonun eşlik ettiği omfalomezenterik duktus kalıntısının nadir bir varyantı olan umbilikal fibröz bantın neden olduğu mekanik barsak tıkanıklığı olgusuna rastlanmamıştır.

Literatürler incelendiğinde en sık görülen omfalomezenterik duktus kalıntısı olan Meckel divertikülü komplikasyonunu takiben cerrahi komplikasyon

oranı %8.5' dir. Bu durum ileal duplikasyon komplikasyonları için de benzerdir. Bunun başlıca nedeni olguların çoğunun geç dönemde doktora başvurması ve tanının geç konulmasıdır (11). Bu bağlamda olgumuzda tanı daha erken konulsaydı, ileride olası komplikasyonlara neden olabilecek duplikasyon ile beraberindeki sağlam barsak segmentinin rezeksiyonunu düşünebilirdik. Ancak bir mekanik barsak tıkanıklığı olgusunda olası ameliyat kararının verilmesinde ve zamanlamasında yapılan tetkiklerle beraber hastanın kliniğinin hekim tarafından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, enterik duplikasyon ve omfalomezenterik duktus kalıntıları nadiren de olsa birlikte görülebilen konjenital anomalilerdir.

Omfalomezenterik duktus kalıntıları, batın ameliyatı geçirmemiş mekanik barsak tıkanıklığı olan olgularda akıldaki tutulması gereken bir patolojidir.

Kaynaklar:

1. Cartanese C, Petitti T, Marinelli E et al. Intestinal obstruction caused by torsed gangrenous Meckel's diverticulum encircling terminal ileum. *World J Gastrointest Surg* 2011; 27: 3: 106-109.
2. Markogiannakis H, Theodorou D, Toutouzias K et al. Persistent omphalomesenteric duct causing small bowel obstruction in an adult. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2258-2260.
3. Schalamon J, Schlee J, Höllwarth M. Experience with gastro-intestinal duplications in childhood. *Langenbeck's Arch Surg* 2000; 385: 402-405.
4. Arias P, Lorenzo G, Sa'nchez M et al. Enteric duplication cyst resembling umbilical cord cyst. *Journal of Perinatology* 2006; 26: 368-370.
5. Royal S, Hedlund G, Kelly D. Ileal Duplication Cyst. *Radiologic-Pathologic Conferences of the Children's Hospital of Alabama, AJR* 1994; 163: 98.
6. Milbrandt K, Sigalet D. Intussusception associated with a Meckel's diverticulum and a duplication cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 2008; 43: E21-E23.
7. Turgi'un D, Barnck J. Meckel's Diverticulum. *American Journal of Gastroenterology* 1990; 85: 7.
8. Pacholska M, Chrupek M, Daniluk-Matraoe I et al. Umbilical remnant abnormalities: a review of five cases. *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology* 2006; 10: 133-136.
9. Eisendrath D. Ileus Due to Meckel's Diverticulum. *Annals of Surgery* 1909; 50: 1278-1302.
10. Grosfeld J, O'neill J, Clatworthy H. Enteric Duplications in Infancy and Childhood: An 18-Year Review. *Annals of Surgery* 1970; 172: 1-9.
11. Korkmaz Ö, Yılmaz H, Keleş C. Erişkinlerde Görülen Meckel Divertikül Komplikasyonları. *Dicle Tıp Dergisi* 2008; 35: 2: 91-95.