

Yaygın İnce Barsak Tutulumu Olan Gastrointestinal Sistem Duplikasyonu: Olgu Sunumu

Dr. Oğuzhan DİNÇEL (1), Dr. Erdem KINACI (1), Dr. Fatih BAŞAK (1), Dr. Alper Dursun ŞAĞBAN (1), Dr Erhan AYŞAN (2), Dr Arslan KAYGUSUZ (3)

ÖZET

Gastrointestinal sistem duplikasyonları, ağızdan anüse kadar uzanan herhangi bir yerde görülen nedeni tam olarak bilinmeyen nadir rastlanılan konjenital anomalilerdir. Çoğunlukla ileum ve jejunumda yer alırlar. Sıklıkla kistik yapıdadırlar. Hastalık genellikle hayatın ilk yaşlarında tam alabildiği gibi erişkin yaşa kadar semptomsuz seyredebilir. Bu makalede, pilor stenozu nedeniyle ameliyata alınan bir hastada jejunumda rastlantısal olarak tespit edilmiş, uzun bir segmenti tutmuş, kistik yapıda intestinal duplikasyon olgusu sunulmuştur. Uzun bir segmenti tutmuş olması ve asemptomatik seyretmesi nedeniyle bu olguya her hangi bir cerrahi işlem uygulanmadı.

Anahtar kelimeler: kistik, tübüler, duplikasyon, incebağırsak, konjenital anomali

SUMMARY

Gastrointestinal system duplication of which diffuse intestinal presentation: Case Report

Gastrointestinal system duplications, are rare and congenital anomalies which may occur in place from oropharynx to anus. In generally they are spherical cystic that found in jejunum and ileum. The disease can be diagnosed generally at earlier years of life or can be asymptomatic up to adults years. We presented 35 years old man with pylor stenosis. While we were operating him, saw incidentally jejunal duplications that cystic and involving longer segments. We didn't perform resection because of involving longer jejunal segment and being asymptomatic.

Key words: cystic, tubuler, duplication, small bowel, congenital anomaly

GİRİŞ

Gastrointestinal sistem(GİS) duplikasyonları, nadir rastlanan konjenital anomalilerdir. Sindirim sisteminin ağızdan anüse kadar herhangi bir yerinde görülmekle beraber en sık incebarsaklarda tespit edilirler (1,2). Duplikasyonlar, kistik tip ve tubuler tip olmak üzere iki şekilde görülürler (2,3). Olgulara tanı konulan yaş grubu değişkenlik gösterebilir ilk bir yaş en sık tanı konulan yaş grubunu oluşturmaktadır (2,4). Semptomları değişkenlik gösterir. En sık rastlanan bulgusu; bulantı, kusma ve karında ele gelen kitledir (1,5,6). GİS duplikasyonlarının tanısı operasyon öncesi genellikle ispat edilemez. Radyolojik tetkikler daima yardımcı değildirler, hatta cerrahiye geciktirip mortaliteyi arttırabilirler (7,8). İntestinal duplikasyonlarda kanama, perforasyon, obstrüksiyon, peritonit

ve geç dönemde malignite gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir (2,5,9). Tedavide duplikasyonların büyüklüğüne yerleşimine, tipine göre değişik cerrahi prosedürler uygulanmaktadır. Rastlantısal olarak tespit edilmiş asemptomatik ve cerrahiye uygun olmayan vakalarda nonoperatif yaklaşımlarda literatürde yer almaktadır (10,11).

OLGU

Otuz beş yaşında erkek hasta, iki yıl önce peptik ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edilmiş olup hastaya Graham prosedürü uygulanmış. Postoperatif anti ülser tedavi ile eksterne edilen hasta bir ay önce karın ağrısı, kilo alamama ve yediklerini kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkikler neticesinde gastroskopisinde pilorda tama yakın darlık yapan obstrüksiyon tespit edildi. Fizik muayenesinde klepotaj, turgor tonusunda azalma ve mukozalarda kuruluk tespit edildi. Laboratuvar bulguları; lökosit 14000/mm³, hematokrit %42, hemoglobin 14 g/dl, sodyum 134 mmol/L, potasyum 3,1 mmol/L idi. Bu bulgular sonucunda hastayı elektif şart-

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği Asistanı (1),

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı (2),

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği Şefi(3)

larda ameliyata aldık. Ameliyatta bilateral trunkal vago-tomi ve gastroenterostomi uygulandı. Duplikasyonlara, gastroenterostomi için uygun jejunum ansını ortaya koymaya çalışılırken rastlanıldı. Kistik tipteydi ve uzun bir barsak segmentini tutmuş (yaklaşık 120cm) olarak göz-lendi (resim 1-2). Hasta asemptomatik olduğundan ve rezeksiyona bağlı kısa barsak sendromu gelişebileceği göz önüne alınarak rezeksiyon yapılmadı. Sorunsuz taburcu edilen hastayı rutin kontrollerle takip etmekteyiz.

TARTIŞMA

GİS duplikasyonlarının etyolojisi henüz tam olarak aydınlanmamıştır. İlk kez 1937 yılında Ladd tarafından daha önce değişik isimlerle adlandırılan lezyonlar GİS duplikasyonları olarak nitelendirilmiştir (12). Kısmi ikizleşme teorisi, açık notokord teorisi, embriyonik divertikül ve rekanalizasyon teorileri ortaya atılmakla beraber hiç birisi etyolojiye tam açıklık getirememişlerdir (1). İncebarsaklar %44 oranıyla GİS duplikasyonlarının en sık tutulum gösterdiği yer olup ileum ilk sırayı alır (12). Olgulara tanı konulan yaş grubu değişkenlik gösterir; bazıları erişkin yaşa kadar teşhis edilemediği gibi, bazılarıda otopside tespit edilir (3,5,13,14,15,16). Yapılan otopsi serilerinde oran 1/4500 olarak belirtilmiştir (17). GİS duplikasyonlarının tanısı, klinik ve yardımcı tetkiklere



rağmen çoğu olguda güç konulur. Tanının kesinleşmediği durumlarda laparotomi yapılmalıdır ki bu lezyonlar çok nadir görüldüğünden operasyon esnasında karşılaşı-lana kadar şüphe uyandırmaz (5,8). Bizim olgumuzda da duplikasyonlar erişkin yaşta olan ve pilor stenozu nede-niyle ameliyat edilen hastada rastlantısal olarak tespit edildi. Her şeye rağmen ilk bir yaş en sık rastlandığı yaş grubunu oluşturmaktadır. Vakaların %75'inden çoğu bir yaşına dek tanı almaktadır (4,5). Duplikasyonların kistik ve tubuler tipleri mevcuttur. Kistik tip; barsağın kısa seg-mentini, Tübüler tip ;barsağın uzun segmentini içermek-tedir. Tübüler duplikasyonlar barsağın mezenterik sınırı-nda oluşurlar ve bu lokalizasyon, normal barsak doku-sunu koruyarak duplikasyonun çıkarılmasını güçleştirir (3). İleumla bağlantılı spesifik kistler sindirim sistemi duplikasyonlarının en büyük grubunu oluşturmaktadır. Tübüler duplikasyonlar, birkaç mm'den 90 cm'e dek ve-ya daha uzun olabilir (2). Literatürde uzun intestinal duplikasyonların çoğu gastrik mukoza ile örtülüyken kısa tü-büler ve kistik duplikasyonlarının normal mukoza ile ör-tülü olduğu bildirilmektedir (18). GİS duplikasyonların-da semptomlar değişkenlik göstermektedir; karın ağrısı, bulantı, kusma, karında ele gelen kitle en sık rastlanan bulgulardır (1,5,6). Radyolojik çalışmalarda; baryumlu grafilere ile intraluminal, intramural veya ekstresek kitle tespit edilir. Ultrasonografi(USG), solid ve kistik ayırım-

ları yapar. Kistik duplikasyonlarda görülen, muskuler kenar kalınlaşması güvenilir bir endikasyondur. USG'nin yetersiz olduğu yerde Bilgisayarlı Tomografi(BT) kullanılarak lezyonun özelliği, lokalizasyonu, uzunluğu ayrıca duplikasyonlarla birlikte görülebilen diğer bazı anomaliler hakkında bilgi verir. Tc-99mperteknetat sintigrafisi ise ektopik gastrik mukozaya içeren duplikasyonların tespitinde kullanılır (19,20).GİS duplikasyonlarında %20 olguda kanama görülür. Perforasyon az görülsede daha tehlikelidir. Geç komplikasyonlardan olan malignite gelişimi ileri yaşlarda görülmekle beraber konuyla ilgili literatür taramalarında çok az oranda rastlanılmıştır (2,5,9,21).Heterotopik gastrik mukoza, peptik ülserasyon,kanama ve prforasyonun oluşmasına neden olur. Bu durum daha çok uzun tübüler duplikasyonlarda gözlenir (2,9). İntestinal duplikasyonlarda cerrahi tedavi; bitişikteki sağlam barsak segmenti ile rezeksiyon şeklinde önerilmektedir. Çünkü komşu barsak segmentiyle ortak bir duvar ve damar ağına sahiptir (22). İdeal cerrahi tedavi, komplet eksizyon olup basit eksizyon, parsiyel rezeksiyon, mukozal stripping gibi değişik prosedürlerde duruma göre uygulanabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi literatürde ileri yaşta, asemptomatik ve rastlantısal olarak tespit edilmiş olgularda nonoperatif yaklaşımlarda yer almaktadır (10,11).

KAYNAKLAR

- 1- **Chandramouli Pİ, Mahour GH.** Duplications of the Alimentary Tract in Infants and Children. J Pediatr Surg 1995; 30: 9; 1267-1270.
- 2- **Royle SG, Doig CM.** Perforation of the Jejunum Secondary to a Duplication Cyst Lined With Ectopic Gastric Mucosa. J Pediatr Surg 1988; 23: 11; 1025-26.
- 3- **Wesson D.** The Intestinal - Congenital Anomalies; Pediatric Gastrointestinal Disease, 1.Edition B.C Decker Inc, Philedelphia. 1991; 477-484.
- 4- **Sanguilly J.** Duplication of the ileum. Am J Surg 1982; 144: 285-287.
- 5- **Fering V, Velecela E:** Upper digestive duplications in adults. Ann Chir 1995;49: 10; 928-35.
- 6- **Otter MI, Marks CG.** An unusual presentation of intestinal duplication with a literature review. Dig. Dis Sci 1996; 41: 3; 627-9.
- 7- **Tanabe ID, Di Tomaso A.** Massive GI Hemorrhage from an ileal duplication cyst in an adults. Am J Gastroenterol 1995; 90: 3; 504-5.
- 8- **Scheye T, Vanneville G.** Duplication of the digestive tract in children. Ann Chir 1995;49: 1; 47-55.

- 9- **Iyer CP, Mahour GH.** Duplications of the alimentary tract in infants and children J Pediatr Surg 1995; 30: 9; 1267-70.
- 10- **Earle L. Wrenn JR.** Alimentary Tract Duplications: Pediatric Surgery, 2.Edition WB Saunders Company, Philadelphia. 1993; 421-434.
- 11- **Brown RL, Azizkhan RG.** Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. Semin Pediatr Surg 1999 Nov; 8: 202-9.
- 12- **Macpherson RI.** Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic and radiologic considerations. Radiographics 1993 Sep;13: 1063-80.
- 13- **Segal SR, Sherman NH, Rosenberg HK et al.** Ultrasonographic fetures of gastrointestinal duplications. J Ultrasound Med 1994 Nov; 13: 863-70.
- 14- **Devos B, Schreurs L.** Adenocarcinoma in a cystic duplication of the ileum. Acta Chir Belg 1987; 87:4; 235-40.
- 15- **Ribaux C, Meyer P.** Adenocarcinoma in an ileal duplication. Ann Pathol 1995; 15: 443-5.
- 16- **Johnson JA, Poole GV.** Ileal duplications in adults: Presentation and Treatment. Arch Surg 1994 Jun; 129: 659-61.
- 17- **Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill JA Jr et al.** Surgical Management of alimentary tract duplications. Ann Surg 1989 Feb; 209: 167-74.
- 18- **Yang MC, Duh YC, Lai HS et al.** Alimentary tract duplications. J Formos Med Assoc 1996 May 95; 95: 406-9.
- 19- **Berrocal T, Torres I, Gutierrez J et al.** Congenital anomalies of the upper gastrointestinal tract. Radiographics 2000 Jan-Feb; 20: 8.
- 20- **Nagar H.** Duplications of the gastrointestinal tract. Isr Med Assoc J 1999 Dec; 1: 254-6.
- 21- **Ildstad ST, Tollerud DJ, Weiss RG et al.** Duplications of the alimentary tract. Clinical characteristics, preferred treatment and associated malformations. Ann Surg 1988 Aug; 208: 184-9.
- 22- **Schwartz D. Correspondence.** Pediatr Surg 1994; 29: 9; 1291.