

ASEMPTOMATİK İNSİDENTAL ERİŞKİN İNTESTİNAL MALROTASYON (OLGU SUNUMU)

(An Asymptomatic Incidental Intestinal Malrotation in an Adult (A Case Report))

Mehmet Gülen*, Orçun Şentürk**, Muzaffer Akıncı*, Ahmet Kocakuşak*

Özet

İntestinal malrotasyon, orta barsak (midgut) bölümünün peritoneal kavitede arteria mesenterica superior etrafında normal fetal rotasyonunu yapamaması ve fiksasyon bozukluğu ile seyreden bir gelişimsel anomalidir. Malrotasyon, erişkinde mekanik barsak tıkanıklığının nadir görülen bir nedenidir. Tanısını koymak güç olsa da erken teşhis ve tedavi başarılı sonuç verir. İntestinal malrotasyon nadir olarak asemptomatik seyredip tanısı genellikle insidental olarak konur. Sunulan vakada, kliniğimize ince barsak obstrüksiyon bulguları ile başvuran bir insidental intestinal malrotasyon olgusu literatür eşliğinde irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: İntestinal malrotasyon, insidental, erişkin

Summary

Intestinal malrotation is a developmental anomaly of the midgut where the normal fetal rotation of intestines around the superior mesenteric artery and their fixation in the peritoneal cavity fail. Malrotation is a rare cause of the mechanical intestinal obstruction in adults. It is also difficult to diagnose but prompt recognition and surgical treatment usually lead to a successful outcome. Intestinal malrotation is rarely asymptomatic and generally diagnosed incidentally in adults. In the present report, a case of incidental intestinal malrotation with clinic findings of small bowel obstruction is discussed with literature review.

Key words: Intestinal malrotation, incidental, adult

* Op. Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği

** Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ

İntestinal malrotasyon, Treitz ligamanından itibaren transvers kolonun ortasına kadar olan orta barsak (midgut) bölümünün embriyolojik dönemde arteria mesenterica superior etrafında saatin aksi istikametinde yapması gereken 270 derecelik rotasyonu tamamlayamaması ile ortaya çıkan gelişimsel bir anomalidir ^(1,2). Genelde bu rotasyon gestasyonel dönemde 10. haftaya kadar gerçekleşir ⁽³⁾. Gerçek insidansı tam olarak bilinmemesine rağmen, yapılan epidemiyolojik çalışmalarda intestinal malrotasyonun her 500 doğumda bir görüldüğü bildirilmektedir ⁽²⁾.

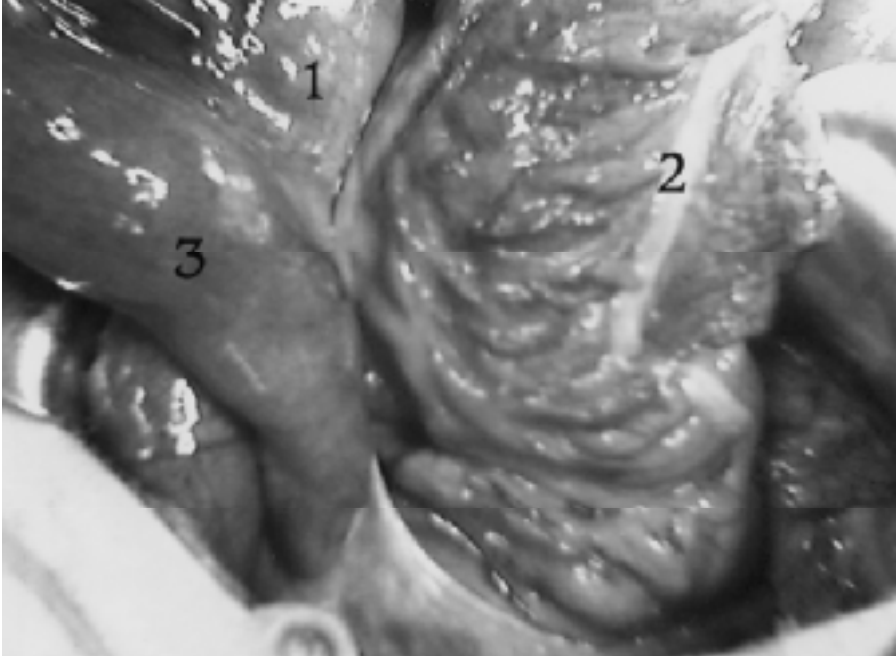
OLGU

Yirmibeş yaşında erkek hasta acil cerrahi polikliniğimize üç gündür gaz ve gaita çıkaramama, kusma, kolik tarzında karın ağrısı ve karın şişkinliği ile başvurdu. Fizik muayenede batın distandü, barsak sesleri hipoaktif, tuşede ampulla boş idi. Ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tipi hava sıvı seviyeleri mevcuttu (Resim 1). Hastada 38 derece ateş tespit edildi. Tam kan sayımında lökosit sayımı 18000 / mm³ idi. Ultrasonografik incelemede ince barsakların dilate ve sekresyonla dolu olduğu görüldü. Hasta, altı ay önce peptik ülser perforasyonu nedeni ile ameliyat edilmişti. İleus ön tanısı ile interne edilen hasta, iki gün sürdürülen medikal tedaviye cevap vermeyince laparotomi kararı alındı.

Resim 1. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde tespit edilen hava sıvı seviyeleri



Resim 2. Ameliyat sırasında malrotasyona ait komponentler (1-Duodenum, 2-Kolon, 3-Jejunum)



Ameliyat sırasında yapılan eksplorasyonda çekum, çıkan kolon ve transvers kolonun yarısına kadar olan bölümü içeren kolon segmentinin peritona fiks olmadığı ve batının sol üst kadranda mobil bir şekilde yerleştiği görüldü (Resim 2). Treitz ligamanının oluşmadığı gözlemlendi. Duodenum, arteria mesenterica superiorun önünden geçmekte idi. Jejunum, transvers kolonun önünden batın sağ alt boşluğuna doğru devamlılık göstermekteydi. Jejunumu çepeçevre saran ve obstrüksiyona neden olan bir adet bride rastlandı. Obstrüksiyona bağlı olarak ince barsaklar dilate idi. Eksplorasyondan elde edilen bilgiler doğrultusunda hastaya insidental intestinal malrotasyon ve brid ileus tanısı konuldu. Hastaya bridektomi uygulanarak duodenum ve jejunum rahatlatıldı. Çekum ve çıkan kolonu stabilize etmek için çekopeksi uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmayan hasta, ameliyat sonrası üçüncü günde şifa ile taburcu edildi.

İRDELEME

Embriyonel dönemde karnın orta bölümünde bulunan çekum, arteria mesenterica superior etrafında saat yönünün aksi istikametinde 270 derecelik bir dönme yapar. Daha sonra karnın sol tarafında bulunan çıkan kolon ve kolonun sağ fleksurası da çekumu izleyerek önce sağ üst kadrana, daha sonra da sağ alt kadrana çekilir. Rotasyon tamamlandığında kolon mezosunun çıkan ve inen bölümleri karnın arka duvarına yapışır. Bu şekilde Treitz ligamanının mezenteri de oblik olarak çekuma kadar barsağı tutarak asar. Bu gelişim, gestasyonun 10.haftasında tamamlanır. Malrotasyonda en fazla rastlanan durum, çekumun sağ alt kadrana çekilememesi ve ektopik yerleşmiş çekumu arka duvara tespit eden periton bantlarının duodenuma bası yapmasıdır. Bu nedenle çekum genellikle sol üst kadranda kalmıştır ve duodenum, arteria mesenterica superiorun arkasından geçmez. Ayrıca anormal anatomi nedeni ile distal duodenum

ve jejunum columna vertebralisin sağındadır. Bu yüzden Treitz ligamanı gelişmez ⁽³⁾. Bizim olgumuzda da çekum olması gereken yerde olmayıp sol üst kadrana yerleşmiş idi. Çekum, çıkan kolon ve transvers kolon oldukça mobil olup, batin arka duvarındaki parietal peritona fikse olmamışlardı. Treitz ligamanının olmadığı görüldü. Jejunum da fikse olmayıp transvers kolonun üzerinden batin sağ alt boşluğuna doğru devamlılık göstermekte idi. Duodenum, arteria mesenterica superiorun önünden geçmekte idi (Resim 2). Jejunumu çepeçevre saran ve obstrüksiyona neden olan bir adet brid tespit edildi.

Malrotasyon hastalarında bir diğer karakteristik bulgu ise Doppler ultrasonografi ile vena mesenterica superiorun arteria mesenterica superiorun solunda yer aldığı tespit edilmesidir. Malrotasyonlu hastalarda bir yaşına kadar 2:1 erkek hakimiyeti varken, bir yaşından sonra bu oran eşitlenmektedir. Pediatrik hastalarda en fazla rastlanan tip, midgut volvulusuna neden olan inkomplet rotasyon olup bunların çoğu kısa barsak sendromu ya da ölüm ile sonuçlanır. Malrotasyon infantlarda genellikle gastroşizis, omfalosel, Bochdalek hernisi, anüler pankreas, duodenum atrezileri ve doğumsal kalp anomalileri ile birlikte dir. Infantlarda mortalite %2-24'dür. Vakaların %60'ı doğumu izleyen ilk aylarda tespit edilirken, %20'sine 1ay ile 1 yaş arasında, %25'ine ise 1 yaş ile erişkin dönemde herhangi bir zaman diliminde tanı konulmaktadır ⁽²⁾.

Doğumu izleyen dönemlerde safralı kusma, karın gerginliği gibi belirgin bulgular hastalığın tanısını koymayı kolaylaştırır ⁽³⁾. Erişkinde ise hastaların çoğu semptomatik olmasına rağmen semptomların atipik ve hastalığa özgü olmaması malrotasyon tanısını koymayı güçleştirir. Varolan bu atipik semptomlar nedeni ile birçok malrotasyon hastası yanlış tanı ve tedaviye maruz kalabilmektedir ^(4,5). Hastalar tamamen asemptomatik de kalabilmektedir. Erişkinde semptomların atipik olması nedeni ile malrotasyon tanısının çoğu ya ameliyat sırasında insidental olarak ya da otopsilerde konulmaktadır ⁽²⁾. Literatürde ileus ya da sol alt kadrana ağırlı akut apandisit nedeni ile opere edilen malrotasyon olguları bildirilmiştir ^(4,6-8). Sunulan vaka ise ileus ön tanısı ile opere edilirken malrotasyon tanısı ameliyat sırasında konmuş olup mevcut gelişimsel anomaliye rağmen bu durum herhangi bir soruna yol açmamıştır. Semptomatik olan vakalarda ise her ne kadar erişkinlerde semptomların hastalığa özgü olmaması nedeni ile tanı koymak güç olsa da erken teşhis ve cerrahi tedavi başarılı sonuçlar verir ^(9,10). Malrotasyon hastası, her zaman barsak tıkanıklığı ve buna bağlı barsak nekrozuna aday hastadır. Bu nedenle malrotasyon teşhis edilen her hastaya elektif laparotomi ve Ladd's prosedürü önerilmektedir ^(5,7). Malrotasyonda en fazla uygulanan girişim olan Ladd's prosedüründe amaç, duodenum ve jejunuma bası yapan Ladd bantlarının kesilip ince barsağın rahatlatılmasıdır ⁽¹⁾. Malrotasyonda Ladd's prosedürü dışında uygulanan diğer cerrahi girişimler içinde duodenopeksi, çekopeksi ve adhezyolizis yer almaktadır ⁽⁹⁾. Bu sebeple, sunulan vakada cerrahi metod olarak bridektomiye ek olarak çekum fiksasyonu için de çekopeksi uyguladık.

Sonuç olarak, erişkinde intestinal malrotasyon, oldukça nadir görülen fakat neden olabileceği komplikasyonlar açısından önemli bir anomalidir. Erişkinde çoğu zaman semptomların atipik olması nedeni ile tanı koymak güç olsa da erken teşhis ve cerrahi tedaviden oldukça fayda görmeleri nedeni ile intestinal malrotasyon, ince barsak obstrüksiyonu bulguları ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hiçşönmez A. Malrotasyon. In: Sayek İ, ed. **Temel Cerrahi**. İkinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 1996: 1651-2
2. Parish A. Intestinal malrotation. **Medicine** 2002; 20: 1-16
3. Sökücü S, Sıdal M, Neyzi O. Sindirim sistemi ve hastalıkları. In: Neyzi O, ed. **Pediyatri**. İkinci baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1993: 122
4. Bider K, Kaim A, Wiesner W, Bongartz G. Acute appendicitis in a young adult with midgut malrotation. A case report. **Eur Radiol** 2001; 11: 1171-4
5. Cohen Z, Kleiner O, Finaly R, Mordehai J. How much of a misnomer is 'asymptomatic' intestinal malrotation? **Isr Med Assoc J** 2003; 5: 172-4
6. Goicochea Mancilla C, Diaz Plasencia J, Balmaceda Fraselle T. Intestinal obstruction for malrotation in an adult patient. Report of a case. **Rev Gastroenterol Peru** 2001; 21: 60-3
7. Maxson RT, Franklin PA, Wagner CW. Malrotation in the older child: surgical management, treatment, and outcome. **Am Surg** 1995; 61: 135-8
8. Van Roye S, Vandelanotte M, Proot L. Chronic small bowel obstruction due to intestinal malrotation in the older child. An often missed diagnosis. **Acta Chir Belg** 1993; 93: 262-4
9. Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Bronia towski S. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults. **Dis Colon Rectum** 2002; 45: 1381-6
10. Ciraldo A, Thomas D, Schmidt S. A case report: transverse colon volvulus associated with chiladitis syndrome. **The Internet Journal of Gastroenterology** 2000; 1: 5-9