

Konjenital Fibröz Banda Bağlı Meckel Divertikül Torsiyonu

Iof Meckel's Diverticulum Causedny Congenital Fibrous Band

Muzaffer H. Çolak, Murat Çakır, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin, Halil İ. Taşçı, Ramazan Atalay

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D., Konya

Özet

Meckel divertikülü, gastrointestinal traktın en sık görülen konjenital anomalisidir. Vakaların çoğu asemptomatiktir. Genel olarak cerrahi ve otopsi esnasında rastlantısal olarak bulunur. Ani gelişen karın ağrısı ve akabinde hayatı tehdit edici komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir. Komplikasyon gelişmiş bir Meckel divertikülünde tanı, genel olarak tanısız laparotomiler sonrasında konulmaktadır. Bu makalemizde, akut apandisit (A. apandisit) ön tanısı ile operasyona alınan ve cerrahisi laparoskopik olarak tamamlanan, literatürde ender bir komplikasyon olarak belirtilen fibröz banda bağlı torsiyona uğrayarak gangrene olmuş Meckel divertikülü olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Meckel divertikülü, torsiyon, tanısız laparoskopi

Abstract

Meckel's diverticulum is the most frequently seen congenital anomaly of the gastrointestinal tract. Most of the cases are asymptomatic. Generally they are found randomly during surgical procedures and autopsies. They can be seen following fulminant abdominal pain and subsequently life-threatening complications. A Meckel's diverticulum with complications is generally diagnosed following diagnostic laparotomy procedures. In our study, we present agangrened Meckel's diverticulum case twisted and attached to the fibrotic band, which is reported to be a rare complication in literature. The patient was taken into surgery with the pre-diagnosis of acute appendicitis and the procedure was completed laparoscopically.

Key words: Meckel's diverticulum, twist, diagnostic laparoscopy.

GİRİŞ

Meckel divertikülü (MD), omfalomezenterik kanalın embriyonik gelişim aşamasında yeteri kadar oblitere olmamasına bağlı gelişen gerçek bir divertiküldür (1). Gastrointestinal sistemin en sık rastlanan konjenital anomalisi olup %1-3 oranında görülür (2). Erkeklerde kadınlardan iki kat daha sıktır ve ileoçekal vallden yaklaşık 60 cm proksimalde bulunur (3). MD genelde asemptomatik olarak kalır ve komplikasyonlar vakaların yalnızca %2-3'ünde rapor edilmiştir (1). MD bağlı gelişen klinik tabloda; alt gastro intestinal sistem kanaması (%10.9-38.9), divertikülit (%12.7-30.9) ve barsak tıkanması (%26.6-53.4) komplikasyonlarıyla karşımıza çıkar (3). Aksiyal torsiyon MD'nin oldukça nadir bir komplikasyonudur. Bu, kalıcı bir mesodivertikuler bir bant etrafında ya da bir bant olmaksızın serbest uçlu bir divertüle bağlı gelişir. Bu durumun tam olarak mekanizması belli değildir. Torsiyonun derecesi değişiklik gösterebilir ve divertikülün dolaşımını bozarak nekroz ve perforasyona yol açabilir (4). Bu çalışmada 18 yaşında bir erkek hastadaki konjenital fibröz banda bağlı gelişen torsiyonu ve bunun sonucu oluşan meckel divertikül nekrozu olgusu sunulmuştur.

OLGU

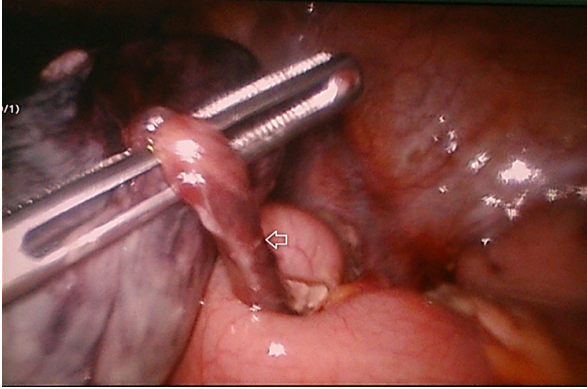
On sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık 6 saat önce başlayan, göbek çevresinde ve sağ alt kadranda hissedilen karın ağrısı, iştahsızlık ve bulantı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde barsak sesleri hipoaktif olarak alındı ve sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Laboratuvar testlerinde lökositoz (24.000/uL)

dışında anormallik yoktu. Düz karın grafisinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Batın USG'sinde kompresyona yanıt vermeyen, 5 mm çaplı ve çevresinde minimal serbest sıvı bulunan apendiks görüldü. Hasta ekploratris laparoskopiye alındı. Pelvik bölgede ve perçekal alanda minimal serbest sıvı gözlemlendi. Eksploayonda ileoçekal bileşkedeki yaklaşık 40 cm uzaklıkta proksimalindeki fibröz banda bağlı sağ alt kadranda karın duvarına yapışık olan (Şekil 1) ve kendi kökü etrafında torsiyone olarak gangrene olmuş yaklaşık 5 cm uzunluğunda MD tespit edildi. Laparoskopik olarak bant kesildi ve divertikül serbestleştirildi. Simfizis pubisin yaklaşık 3 cm proksimalinden yapılan mini kesi ile MD'nin bulunduğu ince barsak ansı batın dışarıya alındı (Şekil 2). 55 mm lineer stapler yardımı ile divertiküektomi yapıldı. Postopretif komplikasyon gelişmeyen hasta 5. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Konjenital gastrointestinal anomaliler tüm konjenital anomalilerin %6'sını oluşturur ve MD'de gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir (5). Gebeliğin 7-8. haftalarında kapanması gereken omfalo-mezenterik kanalın kapanmaması sonucu oluşmaktadır. 1598 yılında Fabricius Hildanus tarafından tanımlandıktan sonra 1809 yılında Johann Friedrich Meckel tarafından anatomisi ve embriyolojisi tanımlanmıştır. Genel popülasyonda %1-3 oranında görülmekle birlikte otopsielerde %0.14-4.5 oranında saptanmıştır. Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir (6). Genellikle ileoçekal valvin 40-60 cm proksimalinde mezenterik yüzünde yerleşir. Divertikül boyu

Şekil 1. Torsiyone olmuş Meckel divertikülü. Ok konjenital fibröz bantı göstermektedir.



1-10 cm arasında değişebilmektedir (7). Olgumuzda ileoçekal valve yaklaşık 40cm uzaklıkta 5 cm boyunda MD tespit ettik.

Genellikle 2 yaşından önce semptomatik hale gelmektedir. Komplikasyonlar ise daha çok 20 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Klinik yaşla birlikte değişmektedir ve yaşla birlikte komplikasyon oranı da artmaktadır (3,6). Komplikasyonları arasında barsak strangulasyonu, invajinasyon, inkarsere fitik ve neoplazi yer alır (4). Yirmi yaşın altındaki hastalarda en önemli komplikasyon kanama iken ileri yaşlarda özellikle 40 yaşından sonraki dönemde en önemli komplikasyon tıkanmadır (3,6). Hayatı tehdit eden MD komplikasyonları olguların yaklaşık %4-6'sında görülür (8). Literatür taramamızda olgumuz gibi kompliyasyona neden olmuş vaka örneklerinin çok nadir olduğunu gördük.

Preoperatif tanı sıklıkla mümkün olmayıp, karın ultrasonografisi ve tomografisi sıklıkla sekonder değişiklikleri göstermektedir. Özellikle divertikülit tablosu A.apandisit tablosu ile karışmakta ve bu ön tanı ile ameliyat esnasında tespit edilmektedir (2). Bizim hastamızda da A.apandisit ön tanısı düşünülerek divertikül tanısı operasyon esnasında konuldu.

MD aksiyaltorsiyonu, divertikülün nadir görülen,obstrüksiyon ve enfeksiyon bulguları ile beliren bir komplikasyondur (9). Torsiyone olmuş MD sonrasında gangren gelişimi ise daha da nadir bir durumdur. Torsiyon, divertikül denumblikusa veya ileal mezentera uzanan fibröz

Şekil 2. Simfizis pubis üzerinden yapılan mini kesi ile batın dışarısına alınan meckel divertikülü görüntüsü.



bant nedeniyle oluşabileceği gibi, dar tabanının etrafında dönmesi ile spontan olarak da gelişebilir (4). Olgumuzda da torsiyon divertikülden batın duvarına uzanan konjenital fibröz bir banta bağlı olarak geliştiği gözlemlendi.

Meckel divertikülünün tedavisi hakkında birçok görüş bulunmaktadır. Semptomatik olup olmamasına göre tedavi protokolü değişebilmektedir. Asemptomatik olup ve tesadüfen saptanmış 40 yaşın altındaki olgularda veya yaş ne olursa olsun fibrotik bantı bulunan hastalarda uzaklaştırılmasını öneren yayınlar vardır (10). Semptomatik Meckel divertikülünün tedavisi cerrahidir (11). MD komplikasyonlarının preoperatif tanısı zor olmasına rağmen tedavide minimal invazif yöntemler kullanılabilir (12). Bu vakada da tanısız laparoskopik yöntemi kullanılarak MD tanısı erken dönemde konuldu. Laparoskopik olarak fibröz bantından kurtarılan divertikül simfizispubis üzerinden yapılan mini kesi ile batın dışına alındı ve divertikülektomi işlemi uygulandı.

Sonuç olarak akut karın ağrısı nedeni ile operasyona alınacak olgularda MD' ne bağlı gelişmiş bir komplikasyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ludtke FE, Mende V, Kohler H, Lepsien G. Incidence and frequency or complications and management of Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet 1989; 169: 537-42.
2. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's diverticulum: Comparison of incidental and symptomatic cases. World J Surg 2004; 28: 917-20.
3. Akçakaya A, Alimoğlu O, Özkan OV, ve ark. Kompliyasyonlu Meckel divertikülleri. Ulus Travma Derg 2003; 4: 246-9.
4. Limas C, Seretis K, Soultanidis C, Anagnostoulis S. Axial orsion and gangrene of a giant Meckel's diverticulum. J Gastrointestin Liver Dis 2006; 15: 67-8.
5. K, Tubbs RS, Matusz P, Shaffer K, Loukas M. Meckel's diverticulum: a review. Clin Anat 2011; 24: 416-22.
6. Pintero A, Martinez-Barba E, Canteras M, Rodriguez JM, Castellanos G, Parrilla P. Surgical management and complications of Meckel's diverticulum in 90 patients. Eur J Surg 2002; 68: 8-12.
7. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's Diverticulum in adults: Retrospective analysis of 119 cases and historical review. Eur J Surg 2001; 167: 518-24.
8. Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. World J Emerg Surg 2008; 3:27.
9. Eser M, Oncel M, Kurt N. Gangrene secondary to axial torsion in a patient with Meckel's diverticulum. Int Surg 2002; 87: 104-6.
10. Anonymous: Meckel's diverticulum: surgical guidelines at last? Lancet 1983; 2: 438.
11. Turgeon DK, Barnett NL. Meckel's Diverticulum. Am J Gastroenterol. 1990; 85: 77-81.
12. Chan KW, Lee KH, Mou JW, Cheung ST, Tam YH. Laparoscopic management of complicated Meckel's diverticulum in children: a 10-year review. Surg Endosc 2008; 22: 1509-12.