

Nonrotasyon ile Birlikte Anuler Pankreas ve Duodenal Stenoz

Murat Şanal, Osman Güner, Volkan Tümay

Acıbadem Bursa Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü, Bursa, Türkiye

ÖZET

Bu çalışmada anuler pankreas ve duodenal stenoz ile birlikte nonrotasyon anomali gösteren 35 haftalık ikiz gebelikten doğan 2350g kız çocuğu sunulmuştur. Anuler pankreas için yan yana duodeno-duodenostomi, duodenal stenoz için de baklava tarzı duodeno-jejunostomi anastomozları uygulanmış ve apendiks invert edilerek apendektomi yapılmıştır.

Postoperatif dönem sorunsuz geçmiş ve 16 aylık takipte geç komplikasyon ortaya çıkmamıştır.

Yaptığımız literatür taramasında, bir rotasyon anomali olan nonrotasyonla birlikte anuler pankreas ve duodenal stenoz kombinasyonu bildirilmemiştir.

Anahtar sözcükler: anuler pankreas, duodenal stenoz, malrotasyon, çift duodenal obstrüksiyon

ANNULAR PANCREAS AND DUODENAL STENOSIS ASSOCIATED WITH NONROTATION

ABSTRACT

We present a newborn;35th pregnancy week, twin pair, 2350 g girl with duodenal obstruction whom diagnosed with annular pancreas and duodenal stenosis in association with nonrotation. Side to side duodeno-duodenostomy to bypass annular pancreas, diamond shaped duodenojejunostomy for duodenal stenosis and an appendectomy for nonrotation were performed. Postoperative period was uneventful and 16 months follow up revealed any late complication.

To our knowledge, a combination of duodenal stenosis and annular pancreas with nonrotation has not been presented previously.

Key words: annular pancreas, duodenal stenosis, malrotation, double duodenal obstruction

Konjenital çift duodenal tıkanıklık (congenital double duodenal obstruction CDDO) nadir görülen bir anomalidir (1).

Literatürde buna sebep olan duodenal atrezi ve duodenal stenoz birlikteliği tanımlanmış olmakla beraber, bir rotasyon anomali olan nonrotasyonla birlikte anuler pankreas ve duodenal stenoz kombinasyonu bildirilmemiştir.

Bu yazıda, tam olmayan bir tıkanıklığa sebep olan anuler pankreas, distal duodenal stenoz ve nonrotasyon birlikteliği sunulmuştur. Tıkanıklığı ortadan kaldırmak için çift anastomoz; duodeno-duodenostomi ve duodeno-jejunostomi başarıyla uygulanmış ve aynı zamanda invertasyon apendektomi yapılmıştır.

Gönderilme Tarihi: 06 Eylül 2011 • **Revizyon Tarihi:** 29 Aralık 2011 • **Kabul Tarihi:** 30 Aralık 2011
İletişim: Murat Şanal • **Tel:** 0(224) 270 44 44 • **E-Posta:** alimsanal@mail.com

Olgu

35 haftalık ikiz eşi, 2350 g kız bebek.

Antenatal dönemde yapılan ultrason (US) larda duodenal genişleme izlenmiş ve duodenal atrezi düşünülmüş.

Doğum sonrası yapılan tetkiklerde ayakta direkt batin grafisi (ADBG) duodenal atrezinin tipik bulgusu olan double-bubble göstermiyordu. İkinci gün yapılan kontrastlı pasaj grafisi duodenum seviyesinde tam olmayan bir tıkanıklığı ve rotasyon anomalisini gösteriyordu (Şekil1).

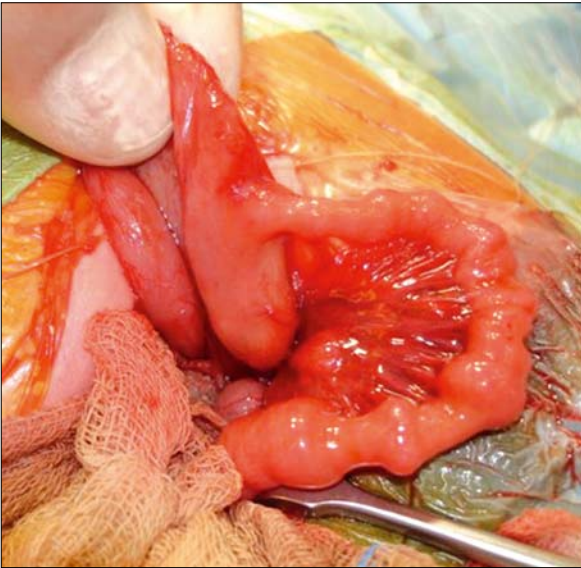
Göbek üstü transvers kesi ile yapılan laparotomide, anuler pankreas, duodenum distalinde stenoz ve intrauterin normal rotasyonun 90 derecelik aşamasında kalması ile



Şekil 1. Kontrastlı pasaj grafisinde kısmi duodenal obstruksiyon ve rotasyon anomalisi.



Şekil 2. Anuler pankreas ve nonrotasyonu gösteren, duodenumun hemen üzerinde yerleşmiş çekum ve apendiks.



Şekil 3. Distal duodenal stenoz.

karakterize edilen ve nonrotasyon olarak tanımlanan bir malrotasyon anomalisi saptandı (Şekil 2,3). Treitz oluşmamış, duodenum distali sağ alt kadrana doğru uzanır durumda ve çekum mobil halde duodenum başlangıcı hizasında idi. Dar mezenter saptanmadı.

Preoperatif radyolojik tetkikler bize duodenal bir anomalinin varlığını ve kısmi olan tıkanıklığı göstermiş ancak kesin tanı laparotomi ile konabilmiştir.

Proksimaldeki tıkanıklığı gidermek için yan yana duodeno-duodenostomi, distaldeki stenoz içinde baklava tarzı duodeno-jejunostomi uygulandı. Nonrotasyon nedeniyle apendiks invert edilerek apendektomi yapıldı. İnce barsak ansları arasında saptanan aberan pankreas dokusuna müdahalede bulunulmadı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçti.

Halen 16 aylık olan hastamızda şimdiye kadar geç dönem komplikasyonlarına dair herhangi bir şikayet gelişmedi.

Tartışma

Duodenal tıkanıklığa neden olan doğumsal anomaliler, ekstrensik ve intrensik olarak sınıflandırılır. İntrensik nedenler intrauterin dönemde, rekanalizasyonda oluşan bir hata nedeniyle atrezi, stenoz ya da web oluşumuna neden olurlar. Dıştan baskıya neden olan etkenler de anuler pankreas, preduodenal portal ven, malrotasyon ve konjenital duodenal bandlardır (2,3).

Anuler pankreas ile birlikte distal duodenal stenoz ya da web oluşumu çok nadir görülür.

Papandreou ve arkadaşları iki vakada doğumsal çift duodenal tıkanıklığa neden olan anuler pankreas ve distal duodenal stenoz ile özellenen konjenital çift duodenal tıkanıklık "congenital double duodenal obstruction" tarif etmişlerdir (1). Ancak yaptığımız literatür taramasında,

bir rotasyon anomalisi olan nonrotasyon ile birlikte anuler pankreas ve duodenal stenoz kombinasyonuna ait bir yayına rastlanmamıştır.

Anuler pankreasta, tıkanıklığı aşmak için tercih edilen cerrahi teknikler genellikle duodeno-duodenostomi ya da duodeno-jejunostomi uygulamasıdır. Duodenum distalindeki obstruksiyonlarda ise Heineke-Mikulicz duodenoplasti uygulaması bildirilmiştir (2,4).

Vakamızda anuler pankreasın neden olduğu proksimaldeki tıkanıklık için yan yana duodeno-duodenostomi ,distaldeki duodenal stenoz için ise, anastomoz yapılacak duodenum ve jejunumdaki çap farkı göz önüne alınarak, anastomozun proximalini daha verimli kullanmak ve anastomozun daha çabuk çalışmasına yardımcı olmaya yönelik baklava tarzı duodeno-jejunostomi tercih edilmiştir.

Doğumsal duodenal obstruksiyonlarda yaşam şansı yüksek olmakla birlikte, yapılan cerrahi müdahalenin başarısına bağlı olarak uzun dönemde ortaya çıkan komplikasyon oranı azdır (4). En sık görülen komplikasyonlar arasında kör lup oluşmasına bağlı megaduodenum gelişmesi, alkalen reflü gastrit, kolestatik sarılık, gastro-özofajiyal reflü, gecikmiş pasaj zamanı ve barsak tıkanıklığı sayılabilir (4,5).

Bizim hastamızda ameliyat sonrası erken dönemde sorun olmadı ve takiplerinde ikizine göre daha iyi gelişme gösterdi. Ameliyat sonrası geçen 16 aylık periyotta geç dönem komplikasyonlara ait herhangi bir sorun yaşanmadı. Ancak özellikle anuler pankreaslarda geç dönem komplikasyonlara eğilimin fazla olduğunun bilinmesi nedeniyle, hastamızın aile-eşi erişkin yaşlara dek takipte olması yönünde bilgilendirildi.

Doğumsal duodenum obstruksiyonlarında gözden kaçırılmaması gereken önemli bir nokta birden fazla web ya da distalde başka tıkanıklıkların olabileceğinin daima akılda tutulmasıdır. Bu nedenle operasyon esnasında tıkanıklığın distalinin de çok dikkatli bir şekilde kontrol edilmesi, olası

ilave tıkanıklıklar nedeniyle ikinci ya da üçüncü ameliyatlara yapılmasını engelleyecektir.

Bizim olgumuzda anuler pankreas ve distal duodenal stenoz nedeniyle oluşmuş bir çift duodenal tıkanıklık ve beraberinde rotasyonun 90 derecelik aşamasında kalması ile özellenen nonrotasyona uyan bir malrotasyon anomalisi saptandı. Bu rotasyon anomalisine bağlı olarak Treitz gelişmemiş idi ve çekum mobil halde duodenumun başlangıcı hizasında yerleşmişti. Anuler pankreasla birlikte, duodenum jejunum arasında saptanan gerçek duodenal stenoz olguyu ilginç kılan nadir bir durumdur.

Anuler pankreas için yan yana duodeno-duodenostomi yapıldı.

Duodenum distalinde yer alan ikinci tıkanıklığın sebebi ise dıştan bası ya da ekstresek bant gibi nedenlere bağlı olmayan gerçek bir darlık idi. Buradaki darlık için baklava tarzı duodeno-jejunostomi planlandı ve anastomoz yapılmadan önce distal bölümün açıklığı lümen içerisine serum fizyolojik enjekte edilerek kontrol edildi. Pasajda bir başka tıkanıklık olmadığına teyit edilmesi üzerine anastomoz gerçekleştirildi. Malrotasyon nedeniyle de appendiks çekuma invert edilerek apendektomi uygulandı. Gözlemde volvulus riski oluşturabilecek bir dar mezenter saptanmadı.

Duodenal obstruksiyonu da içine alan konjenital gastrointestinal sistem anomalilerinin tanı ve tedavisi halen tuzaklarla doludur ve bir çok zorluk içermektedir. Bu olgudaki konjenital çift duodenal tıkanıklık ve rotasyon anomalisinin her biri kendi başına intestinal tıkanıklığa sebep olabilmektedir ve bu nokta göz önüne alındığında burada bir türlü anomaliden söz edilebilir kanısındayız.

Bu tip olguların tanı ve tedavisinde, hataları en aza indirmek için, gelişmiş prenatal ve postnatal tanı yöntemlerinin, çok dikkatli cerrahi eksplorasyon ve teknik uygulanmasının gerekliliğini vurgulamak istiyoruz.

Kaynaklar

1. Papandreou E, Baltogiannis N, Cigliano B, Savanelli A, Settini A, Keramidias D. Annular pancreas combined with distal stenosis. A report of four cases and review of the literature. *Pediatr Med Chir* 2004; 26:256-9.
2. Mauricio A, Escobar, Alan P. Ladd, Jay L. Grosfeld, Karen W. West, Frederick J. Rescorla, L.R. Scherer III, Scott A. Engum, Thomas M. Rouse, and Deborah F. Billmire. Duodenal Atresia and Stenosis: Long-Term Follow-Up Over 30 Years. *J Ped Surg* 2004; 39: 867-71.
3. Spigland N, Yazbeck S. Complications associated with surgical treatment of congenital intrinsic duodenal obstruction. *J Pediatr Surg* 1990; 25:1127-30.
4. Atsushi Takahashi, Takeshi Tomomasa, Norio Suzuki, Minoru Kuroiwa, Hitoshi Ikeda, Akihiro Morikawa, Shiro Matsuyama, and Yoshiaki Tsuchida. The Relationship Between Disturbed Transit and Dilated Bowel, and Manometric Findings of Dilated Bowel in Patients With Duodenal Atresia and Stenosis. *J Ped Surg* 1997;32:1157-60.
5. Qinming Zhang, Yongwei Chen, Dawei Hou and Weihong Guo. Analysis of Postoperative Reoperation for Congenital Duodenal Obstruction. *Asian J Surg* 2005; 28:38-42.