

# Yenidoğanda omfalomezenterik kanal anomalileri: Olgu sunumları

## Omphalomesenteric duct anomalies in neonate: Case reports

Özgül SALİHOĞLU, Nurseli TOKSOY, Lida BÜLBÜL, Melike ÖZBERK KOÇ, Sami HATİPOĞLU

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### ÖZET

Omfalomezenterik kanal embriyonal dönemde midgut ile vitellin kese arasındaki bağlantıyı sağlayan yapıdır ve ender olarak umbilikusa bağ dokusu ile bağlı olabilir. Bu makalede indirekt hiperbilirubinemi ve rutin yenidoğan muayenesi nedeniyle hastaneye başvuran, ancak muayenelerinde omfalit ve göbekten kanama tespit edilerek omfalomezenterik kanal açıklığı ve Meckel divertikülü tanıları konulan iki yenidoğan olgusu sunuldu. Yenidoğan döneminde omfalit ve göbekten kanama bulgusu olan olgularda omfalomezenterik kanal anomalileri ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Omfalomezenterik kanal, Meckel divertikülü, umbilikal kord, omfalit, yenidoğan

### ABSTRACT

The omphalomesenteric duct is an embryonic structure which communicates the vitelline duct with the midgut, and it may be rarely associated with umbilicus through the connective tissue. In this article, we present two term neonates with the diagnosis of omphalomesenteric duct anomalies and Meckel's diverticulum. One of these neonates was hospitalised due to the indirect hyperbilirubinemia and then omfalitis was observed in this case. Umbilical hemorrhage was observed in the second neonate in the routine neonatal examination. Omphalomesenteric duct anomalies should be suspected in the case of omphalitis and umbilical cord bleeding in the neonatal period.

**Key words:** Omphalomesenteric duct, Meckel's diverticulum, umbilical cord, omphalitis, neonate

**Alındığı tarih:** 04.08.2011

**Kabul tarihi:** 19.08.2011

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Özgül Salihoglu,  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma  
Hastanesi, Bakırköy-istanbul  
**e-mail:** fbozgulsalih@yahoo.com

### GİRİŞ

Omfalomezenterik kanal, embriyonal dönemde midgut ile vitellin kese rasındaki bağlantıyı sağlamaktadır. Çocukluk döneminde kanalın tam kapanamaması, Meckel divertikülü (MD) gibi gastrointestinal sistemin konjenital anomalilerine neden olabilir. MD insidansı %2-3 olarak bildirilmektedir<sup>(1-3)</sup>. MD olgularının büyük kısmı semptomsuzdur ve çocuklarda erişkinlere oranla daha sık görülmektedir<sup>(2,4)</sup>. MD, intestinal kanama, obstrüksiyon ve divertiküli içeren oldukça farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilmekte; bazı olgularda ise şok, mekanik tıkanıklık ve

perforasyona kadar ilerleyerek ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir<sup>(1,2,5)</sup>. Omfolomezenterik kanalın artık kısmında kalan gastrik mukoza olgulardaki kanama ve ülserasyonun temel nedenini oluşturmaktadır. Cerrahi histopatolojik piyeslerinin %45-80'inde ektopik gastrik mukoza tespit edilmekte; ancak ektopik mukoza ile klinik bulguların doğrudan ilişkili olmadığı bildirilmekte yani gastrik mukozanın varlığı kanamayı garantilememektedir<sup>(1,2)</sup>. Tanı için radioizotop (Tc-99m) çalışmalarının çocuk yaş grubunda oldukça yararlı olduğu bildirilmektedir. Ancak, ektopik gastrik mukozanın tanınmasına dayanan bu yöntemin farklı klinik başvurular için başarısı

sınırlı kalabilmektedir <sup>(1,2,6)</sup>.

Bu makalede yenidoğan döneminde omfalit olduğu düşünülen iki olguda tanı konulan; omfalomezenterik kanal anomalisi olguları sunulmuştur.

## OLGULAR

**Olgular 1:** Bebek A, hastanemizde, alkol ve sigara içme öyküsü olan 20 yaşındaki takipsiz gebeden, 38 gebelik haftasında, doğum ağırlığı 2960 g, doğum boyu 47 cm, baş çevresi 31 cm olarak normal spontan doğumla, erkek bebek olarak doğdu. Apgar skoru 1. ve 5. dk.'da sırasıyla 9-10 puan olarak hesaplandı. Anne-baba arasında akrabalık yoktu. Üç günlükken indirekt hiperbilüribinemi tanısıyla (serum total bilirübin: 22 mg/dl) fototerapi amaçlı yenidoğan ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesinde cilt rengi ikterik görünümde, göbek kordonu kuru, koyu kahve renkte, kalın ve kötü kokulu idi. Periumbilikal bölgede ciltte hiperemi tespit edildi. Bebeğin vital bulguları doğal, emme refleksi iyi bulundu. Bu bulgular ile omfalit düşünülerek steril koşullarda göbek kordonu klemp



**Resim 1.** Olgular 1'de göbek kordonunda vişne renginde bağırsak mukozası.

altından kesilerek uzaklaştırıldı. Kesi sonrası, göbek kordonunda vişne renginde bağırsak mukozası ile uyumlu görünüm olması ve gaita gelmesi üzerine çocuk cerrahisi ile konsülte edildi (Resim 1). Olgular göbeğe açılan omfalomezenterik kanal ön tanısıyla opere edildi.

**Olgular 2:** Bebek B, 39. gebelik haftasında, 3820 g, 48 cm boy, 35 cm baş çevresiyle aralarında akrabalık olmayan G1P1A0 takipli gebeden sezaryenle erkek bebek olarak doğdu. Apgar skoru 1 ve 5. dk.'da sırasıyla 9-10'du. On üç günlük iken kontrol muayenesinde göbeğinin düşmemiş olduğu, göbekten kanama olduğu ve göbek çevresinde hiperemi olduğu tespit edildi (Resim 2). Rutin yapılan hemogram, koagülasyon testleri ve infeksiyon belirteçlerinde özellik saptanmadı. Çocuk cerrahisi ile konsülte edilen olgular MD ön tanısıyla opere edildi. Operasyon sonrası patolojik değerlendirme MD ile uyumlu idi.



**Resim 2.** Olgular 2'de göbek kordonunda kanama ve göbek çevresinde hiperemi.

## TARTIŞMA

MD'nin toplumda görülme sıklığı %2-3 olarak bildirilmektedir <sup>(1-3)</sup>. Cinsiyetin klinik formasyona etkisi gösterilmemiştir. Erkek olgular, kız olgulara göre sıklıkla daha çok semptom gösterir ve erkek: kız oranı 2:1 olarak bildirilmektedir <sup>(1,2)</sup>. Olgularımızın her ikisinin de cinsiyetinin erkek olması literatür bilgilerini destekler nitelikte idi.

MD oldukça farklı klinik tablolar ile başvurabil-

mektedir. Divertikülit ve intestinal tıkanıklık olgularında karın ağrısı ve kusma sıklıkla ilk başvuru semptomlarını oluşturmaktadır. Ağrı karakteristik olarak sağ alt kadrana lokalize olmakta ve akut apandisit ağrısını taklit etmektedir. Bu nedenle bu olgulara operasyon öncesi dönemde kanayan olgulara oranla daha fazla tanısal çalışmalar yapılmaktadır. Tıkanıklık olguları ise sıklıkla daha büyük yaş grubunda gözlenmektedir<sup>(7)</sup>. Yenidoğan döneminde ise bildirilen olgular oldukça sınırlı sayıda ve insidental olarak saptanan olgulardır. Olgularımızdan birinci olgu; omfalit bulguları ile başvurmuş ve kordonun rezeksiyonu sonucu gelen gaita ile omfalomezenterik kanal açıklığı düşünülmüş; ikinci olguda ise, hiperemik göbek kordonundan devam eden kanama nedeniyle MD düşünülmüş ve her iki olgunun tanısı cerrahi ve patolojik olarak doğrulanmıştır.

Tc-99m sintigrafisi, MD tanısında ektopik gastrik mukozanın tespitine yarayan ve oldukça sık kullanılan tanısal yöntemdir. Yapılan çalışmalarda sensitivitesi %85, spesifitesi %95 olarak bildirilmektedir<sup>(2,6)</sup>. Olgularımızın yenidoğan olması ve omfalit tablosunun acilen sistemik tedaviye gereksinim duyması nedeniyle sintigrafik inceleme yapılamamıştır. Tanı, klinik bakı sonrası direkt cerrahi girişim ve patolojik incelemeyle konulmuştur. Yapılan çalışmalarda cerrahi piyeslerde heterotopik dokuların varlığı %45-80, ektopik gastrik mukoza ise %25-50 oranlarında bildirilmektedir<sup>(1-3)</sup>. Olgularımızın patolojik incelemelerinde her iki olguda da ektopik gastrik mukoza saptanmamıştır.

Yenidoğan döneminde göbekten kanama veya kanlı akıntı tablosu omfalit, umbilikal polip ve umbilikal arter infeksiyonu ayırıcı tanısının da yapılmasını gerektirmektedir. Omfalit genellikle göbek kordonunun düşmesini izleyen birkaç gün içinde ortaya çıkan seröz, irinli ya da kanlı akıntılar ile umbilikal polip

parlak, pembe renkte polipoid bir doku zemininde kanlı inatçı bir akıntı ile başvurabilmektedir. Bu nedenle özellikle yapılacak antibiyotik ve lokal tedavi ile birlikte cerrahi değerlendirmenin yapılarak biyopsi ve eksizyon ile tanının patolojik olarak doğrulanması gerekmektedir.

Sonuç olarak, yenidoğan döneminde göbek kordonu ile ilgi patolojik durumlarda, özellikle omfalit ve göbekten kanama bulgusu olan olgularda omfalomezenterik kanal anomalileri akılda tutulmalı ve çocuk cerrahının görüşünden yararlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. 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;22:1509-1512. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-008-9832-0> PMID:18322735
2. Levy AD, Hobbs CM. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic correlation. *Radiographics* 2004;24:565-587. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.242035187> PMID:15026601
3. Menezes M, Tareen F, Saeed A, Khan N, Puri P. Symptomatic Meckel's diverticulum in children: a 16-year review. *Pediatr Surg Int* 2008;24:575-77. <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-007-2094-4> PMID:18322689
4. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel's diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg* 2005;241:529-33. <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000154270.14308.5f> PMID:15729078 PMID:1356994
5. Jelenc F, Strlic M, Gvardijancic D. Meckel's diverticulum perforation with intraabdominal hemorrhage. *J Pediatr Surg* 2002;37:18. <http://dx.doi.org/10.1053/jpsu.2002.32929> PMID:12037779
6. Mariani G, Pauwels EK, AlSharif A, Marchi S, Boni G, Barreca M et al. Radionuclide evaluation of the lower gastrointestinal tract. *J Nucl Med* 2008;49:776-87. <http://dx.doi.org/10.2967/jnumed.107.040113> PMID:18413380
7. Lai WP, Yang YJ, Cheng CN, Chen JS. Clinico-pathological features of intussusception in children beyond five years old. *Acta Paediatr Tw* 2007;48:267-71.
8. Donnellan WL. Umbilical Anomalies. Patent Urachus. Patent Omphalomesenteric Duct. In: Donnellan WL, Burrington JD, Kimura K, Schäfer JC, White JJ, ed. *Abdominal Surgery Of Infancy And Childhood, Volume I*. Luxembourg: Harwood Academic Publishers GmbH; 1996. p.29/1-12.