

RÜPTÜRE OMFALOSSELLERİN TAMİRİNDE SERBESTLEŞTİRİCİ İNSIZYONLAR

RELEASING INCISIONS IN THE REPAIR OF RUPTURED OMPHALOCELE

Erol BALIK
Geylani ÖZOK
Hüseyin İLHAN

SUMMARY

Ruptured omphalocele is a congenital anterior abdominal wall defect, that must be closed urgently. In such cases, covering the protruding intraabdominal organs by using abdominal skin flaps (Gross operation) is one of the operative methods that can be carried out. But in some large defects it can not be possible to cover intraabdominal organs entirely or can be carried out only by stretched skin flaps. In such cases, releasing incisions in four abdominal quadrants can be used. In this article, two ruptured omphalocele cases, which we have used releasing incisions are presented.

(Key Words: Omphalocele, Releasing Incision)

ÖZET

Rüptüre omfalosel, acil olarak kapatılması gereken konjenital bir karın ön duvarı defektidir. Böyle olgularda, dışarı çıkmış karın içi organların karın derisi flepleriyle örtülmesi (Gross operasyonu), uygulanabilecek cerrahi metotlardan birisidir. Ancak, bazı büyük defektlerde karın içi organları tamamen örtmek mümkün olmamakta ya da ancak gergin deri flepleriyle başarılabilir. Bu gibi olgularda dört karın kadranından serbestleştirici insizyonlar kullanılabilir. Bu yazıda serbestleştirici insizyonlar kullandığımız iki rüptüre omfalosel olgusu sunulmuştur.

(Anahtar Sözcükler : Omfalosel, Serbestleştirici İnsizyon)

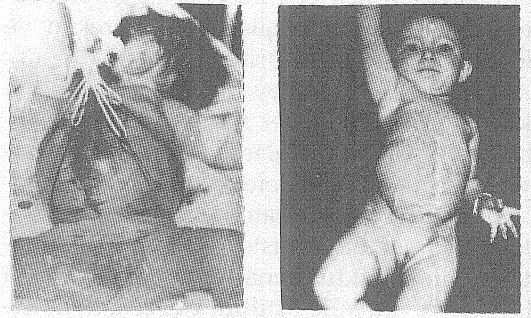
Çocuk Cerrahisi A.B.D.
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 35100 - İZMİR
(Doç. Dr. E. Balık, Y. Doç. Dr. G. Özok, Dr. H. İlhan)

Yazışma: Dr. G. Özok

Omfalysel konjenital bir karın ön duvarı defektidir. Umbilikal bölgedeki bir defektten karın içi organların bir kısmı karın boşluğu dışına çıkmıştır ve periton ile amniotik membrandan oluşan bir kesenin içinde bulunurlar. Omfalysel kesesinin antenatal rüptürü sonucunda bebek, karın içi organlarının bir kısmı periton boşluğu dışında olarak doğmakta ve defektin acil onarımı gerekmektedir. Abdominal defektin onarımında; primer onarım, prostetik materyellerle basamaklı onarım, prostetik materyel ve deri flepleriyle basamaklı onarım ve sadece karın derisi flepleriyle basamaklı onarım (Gross operasyonu) kullanılan yöntemlerdir (1). Gross operasyonu uygulanan olgularda bazen deri flepleri gergin olabilmekte ve bu durum hem fleplerin beslenmesini bozmakta hem de karın içi basıncını artırmaktadır. Bu gibi durumlarda dört karın kadrından yapılacak birer serbestleştirici insizyon gerginliği azaltabilecektir. Bu yazıda serbestleştirici insizyon uyguladığımız iki olgu sunulmuştur.

1. OLGU: B. K., yarım saat önce hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde normal spontan doğum ile doğan 2700 gr. ağırlığındaki kız bebek rüptüre omfalysel tanısı ile yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik bakıda, umbilikal bölgede yer alan 5 cm. çapındaki bir defektten midenin bir kısmı, ince barsaklar, uterus, sağ over ve tuba uterinanın karın dışına çıktığı saptandı. Kısa süren bir preoperatif hazırlık döneminden sonra genel anestezi altında yapılan operasyonda; defektin sınırları üstte ksifoide, altta pubise kadar uzanan median insizyonlarla genişletildi. Eksplozasyonda karın içi organlarda ek anomali saptanmadı. Karın boşluğunun yeterince gelişmediği ve primer onarımın olanaksız olduğu görülerek Gross operasyonuna karar verildi. Karın derisi her iki tarafta rektus fasiasının hemen üzerinden dekole edilerek flepler hazırlandı. Ancak, fleplerin karın içi organları gergin olarak örtebildiği gözlenerek, gözlenerek, serbestleştirici insizyonlar yapılmasına karar verildi. Her iki üst kadranda kot kavislerine,

iki alt kadranda da inguinal plilere paralel olmak üzere herbiri 4 cm uzunluğunda toplam dört adet serbestleştirici insizyon yapıldı ve dört kadrana birer traksiyon sütürü kondu (Resim 1). Bu uygulamadan sonra deri flepleri herhangi bir gerginlik olmadan orta hatta sütüre edildi. Postoperatuar dönemde 30 gün süreyle total parenteral beslenme uygulanan hasta post-op 40. günde kliniğimizden şifa ile çıkarıldı (Resim 2).



Resim 1 ve 2

2. OLGU: Ç.K., 8 saat önce bir il devlet hastanesinde normal spontan doğum ile doğan 2500 gr. ağırlığındaki kız bebek rüptüre omfalysel tanısı ile yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik bakıda, karın ön duvarında umbilikal bölgede 10 cm. çapında defekt vardı. Mide, duodenum, ince barsaklar ve karaciğer sol lobu karın boşluğu dışındaydı. Genel anestezi altında yapılan operasyonda defektin üst ve alt kenarından orta hatta yapılan median insizyonlarla açıklık genişletildi. Eksplozasyonda karaciğer sağ ve sol lobları arasında yerleşmiş herbiri 4x2, 5x2 cm. boyutlarında iki adet kitle saptandı. Histopatolojik inceleme sonucunda bu kitlelerin yangısal infiltrasyon olduğu öğrenildi. İlk olgudakine benzer şekilde deri flepleri hazırlanarak, dört kadranda serbestleştirici insizyonlar yapıldı ve traksiyon sütürleri konarak karın içi organlar deri flepleriyle örtüldü. Postoperatuar dönemde 13 gün süreyle total parenteral beslenme uygulanan hasta 30. gün şifa ile çıkarıldı.

Her iki olguda da traksiyon sütürleri orta hattaki gerginliği azaltmak için kullanıldı.

TARTIŞMA

Rüptüre olmamış omfalosellerde amaçlanan tedavi şekli karının tüm tabakalarıyla primer onarımdır. Ancak defekt çapının çok büyük olduğu ya da karın boşluğunun yeterince gelişmediği durumlarda konservatif tedavi yöntemleri de kullanılabilir (2). Oysa, rüptüre omfalosellerde defektin çapı ya da karın boşluğunun büyüklüğü ne olursa olsun acil cerrahi onarım gerekmektedir. İlk planda düşünülmesi gereken ve ideal çözüm olan primer onarımdır (3). Ancak defekt çapı veya karın içi hacminin küçük olması buna her zaman izin veremeyebilir. Bu gibi durumlarda prostetik materyeller kullanılarak defektin onarımı mümkündür. Prostetik materyelle onarım yöntemleri arasında Schuster'in tanımladığı metotta defekt, rektus kenarlarına sütüre edilen bir teflon yama ile örtülmekte, teflon yamanın üzeri de karın derisinden hazırlanan flepler ile kapatılmakta ve periyodik aralıklarla teflon yama küçültülmekte, karın boşluğu tüm organları alabilecek büyüklüğe eriştiğinde de teflon tümüyle çıkartılmakta ve her iki rektus fasiası orta çizgide sütüre edilmektedir (4). Silon yönteminde ise kenarları rektus fasiasına sütüre edilen silikon silindirik bir poş hazırlanmakta ve karın içi organlar bu poşun içine yerleştirilmekte, silonun hacmi hergün küçültülerek organlar karın boşluğuna dönmeye zorlanmaktadır (5). Silon yönteminde kolaylıkla sepsis gelişebildiğinden ve mortalitesi yüksek olduğundan artık yaygın olarak kullanılmamaktadır (6). Her iki yöntemde de teflon ve silastik gibi prostetik materyellerin her an kullanıma hazır olarak el altında bulundurulmaları gerekmektedir ve ülkemizde temin edilmeleri kolay değildir.

Büyük rüptüre omfalosellerde kullanılan diğer bir cerrahi teknik ise Gross yöntemidir. Bu teknikte karın derisinden geniş flepler hazırlanmakta ve karın boşluğuna sığdırılmayan organlar rektus fasiası ile karın derisi arasında oluşan poşa yerleştirilmekte ve flepler orta hatta sütüre edilmektedir (1).

Büyük omfaloselli olgularda bazen deri flepleri defekti ya örtememekte ya da gergin olarak örtebilmekte, bu da hem flep beslenmesini bozmakta hem de karın içi basıncını artırmaktadır. Bunun sonucu olarak fleplerde özellikle sütür hattında nekroz meydana gelebilmekte ve Vena Cava'ya olan bası sonucunda venöz dönüş bozuklukları meydana gelebilmekte, ayrıca solunum zorluğu oluşabilmektedir (1).

Tüm bu gerginlik ve bası semptomlarının önlenmesinde, olgularımızda uyguladığımız serbestleştirici insizyonlar kullanılabilir. İnsizyonlar karın dört kadrından, üstte kot kavislerine paralel, altta da inguinal plilere paralel olarak yapılmalıdır. Her insizyon için yaklaşık 4'er cm. uzunluk yeterli olmaktadır. İnsizyon yerindeki yaralar normal bir yara bakımı ile sekonder olarak iyileşmektedir (Resim 2).

Sonuç olarak; rüptüre omfaloselli olgularda seçilen cerrahi teknik Gross operasyonu ise ve flepler defekti örtemiyor ya da ancak gergin olarak örtebiliyorsa, dört kadrardan yapılacak serbestleştirici insizyonlar basıya ve gerginliğe bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek için kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Schuster S R. *Omphalocele and Gastrochisis*. Welch K J, Randolph J G. eds. In: *Pediatric Surgery*. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc; 1986: 740 - 63
2. Raffensperger J G. *Omphalocele and Gastrochisis*. In: Raffensperger J G. eds. *Swenson's Pediatric Surgery*. New York: Appleton and Lange; 1990: 783 - 92
3. Canty T G, Collins D L. *Primary fascial closure in infants with gastrochisis and omphalocele. A superior approach*. *J Pediatr Surg*. 1983; 18: 707 - 12.
4. Schuster S R. *A new method for the staged repair of large omphaloceles*. *Surg Gynecol Obstet*. 1967; 125: 837 - 50.
5. Allen R G, Wrenn E L. *Silon as a sac in the treatment of omphalocele and gastrochisis*. *J Pediatr Surg*. 1969; 4: 3 - 8.
6. Gierup J, Olsen L, et al. *Aspects on the treatment of omphalocele and gastrochisis. Twenty years' clinical experience*. *Z Kinderchir*. 1982; 35: 3 - 6.