

Bölüm 9

DOĞUMSAL KARIN DUVARI DEFEKTLERİ

Hülya İPEK¹

GİRİŞ

Karın duvarı anomalileri insanlarda görülen konjenital anomalilerin içinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Karın duvarının göbek çevresindeki bölümünün gelişim yetersizliği nedeniyle değişik karın duvarı anomalileri ve buna bağlı klinik spektrum ortaya çıkmaktadır.

EMBRİYOLOJİ

İntrauterin hayatın 3. haftasında primitif barsak, ön barsak (foregut), orta barsak (midgut) ve arka barsak (hindgut) olarak farklılaşır. Karın duvarını oluşturacak olan sefalik, kaudal, lateral kıvrımlar ve bunların somatik ve splanknik tabakaları ortaya çıkar. Karın ön duvarındaki göbek açıklığı yanlardan ortaya doğru yürüyecek olan bu dört kıvrım tarafından kapatılır.

1. Sefalik kıvrım: Öne doğru uzanan bu kıvrım ön barsağı ihtiva eder ve bundan farinx, özofagus ve mide oluşur. Somatik tabakası toraks, epigastrium duvarı ve primitif diafragmayı oluşturur. Sefalik kıvrım hatalı gelişirse, epigastrik omfalosel ortaya çıkar ve yarık sternum, diafragma defekti, perikardial defekt ve kardiak anomaliler ile bulunur ki bu sendroma Cantrel Pentalojisi denir.
2. Kaudal kıvrım: Posteriora doğru uzanan ve daha küçük olan kaudal kıvrım, arka barsak ve allantoisi oluşturur. Arka barsaktan da kolon ve rektum gelişir. Splanknik tabakası arka barsağın ön yüzünü kapatır. Somatik tabakası ise allantois, mesane ve hipogastrik karın duvarını oluşturur. Kaudal kıvrım hatalı gelişirse, hipogastrik omfalosel, arka barsak agenezisi (anal atrezi) ve mesane ekstrofisi ortaya çıkar.
3. Lateral kıvrımlar: Splanknik ve somatik tabakalarla birlikte lateral karın duvarlarını ve umbilikal halkayı oluştururlar. Lateral kıvrımların 3. hafta sonundaki gelişme hatasında umbilikal halka açık kalır ve sonuçta omfalosel veya umbilikal kord hernisi ortaya çıkar.

¹ Operatör Dr., Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drhulyad@yahoo.com

fektin küçülmesi ve yok olması söz konusu olmadığı için hemen cerrahi tedavi gerektirir.

Diastazizrekti: Özellikle göbek üstünde kalan kesimde iki rektus kası arasındaki linea alba'nın zayıflığı sonucu ortaya çıkan ince uzun bir fitikleşmedir. Kozmetik endikasyon haricinde cerrahi tedavi gereği yoktur.

Mesane ekstrofisi: Klokal membranın anormal gelişimi ve bunun sonucunda mezenşimal dokunun migrasyonunun engellenmesi ile karın duvarının göbek altındaki kısmının kapanmaması. 10.000-50.000 canlı doğumda bir görülür. Mesane arka duvarı ve üreter ağızları ortadadır. Başka sistemlere ait ek anomali nadirdir. Erkeklerde penisin boyu kısa dorsal kordi ve epispadias vardır. Kızlarda üretra ve vajen kısadır. Klitorisde üretral plağın her iki yanında ve ayrıktır. Pubik kemiğin orta hatta birleşmemesi nedeni ile levator ani ve puborektal kasların arası açık kalmıştır. Pelvik taban zayıftır. Rektal prolapsus ve anal inkontinans sık görülür. Perine kısa ve anterior ektopik anüs vardır. İnguinal herni ve inmemiş testis sık görülür. Hastaların tümünde iki taraflı veziköüreteral reflü vardır.

KAYNAKÇA

1. Numanoğlu İ. Çocuk Cerrahisi. 1. Baskı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1991, 1127-1159.
2. Canfield MA, Honein MA, Yuskiv N. National estimates and race/ethnic-specific variation of selected birth defects in the United States, 1999-2001. *Birt Defects Res A Clin Mol Teratol* 2006;76:747-756.
3. Gamba P, Midrio P. CAbdominal wall defect: Prenatal diagnosis, newborn management, and longterm outcomes. *Seminars Pediatr Surg* 2014;23:283-290.
4. Tucker JM, Brumfield CG, Davis RO et al. Prenatal differentiation of ventral abdominal wall defects. Are amniotic fluid markers useful adjuncts ? *J Reprod Med* 1992;37:445-448
5. Axt R, Quijano F, Boos R et al. Omphalocele and gastroschisis: prenatal diagnosis and peripartal management A case analysis of the years 1989-1997 at the Department of Obstetrics and Gynecology, University of Homburg/Saar. *Eur J Obstet Gynecol and Repr Biol* 1999;87:47-54.
6. Marshall J, Salemi JL, Tanner JP et al. National BirthDefects Prevention Network. Prevalence, correlates, and outcomes of omphalocele in the United States, 1995- 2005. *ObstetGynecol*. 2015;126:284-93.
7. Stoll C, Alembik Y, Dott B et al. Risk factors in congenital abdominal wall defects (omphalocele and gastroschisis): a study in a series of 265 858 consecutive births. *Annales de Genetique* 2001;44:201-208.
8. Benjamin B, Wilson GN. Anomalies associated with gastroschisis and omphalocele: analysis of 2825 cases from the Texas Birth Defects Registry. *J Pediatr Surg*. 2014;49:514-9.
9. Corey KM, Hornik CP, Laughon MM et al. Frequency of anomalies and hospital outcomes in infants with gastroschisis and omphalocele. *Early Hum Dev*. 2014;90:421-4.
10. Gamba P, Midrio P. Abdominal Wall defects: prenatal diagnosis, newborn management, and long-term outcomes. *Semin Pediatr Surg*. 2014;23:283-90.
11. Haddock G, Davis CF, Raine PA. Gastroschisis in the decade of prenatal diagnosis: 1983-1993. *Eur J Pediatr Surg*. 1996;6:18-22.
12. St-Vil D, Shaw KS, Lallier M et al. Chromosomal anomalies in newborns with omphalocele. *J Pediatr Surg*. 1996;31:831-4.
13. Haddock G, Davis CF, Raine PA. Gastroschisis in the decade of prenatal diagnosis: 1983-1993. *Eur J Pediatr Surg*. 1996;6:18-22.

14. St-Vil D, Shaw KS, Lallier M et al. Chromosomal anomalies in newborns with omphalocele. *J Pediatr Surg*.1996;31:831-4.
15. Kirby RS, Marshall J, Tanner JP et al. National Birth Defects Prevention Network. Prevalence and correlates of gastroschisis in 15 states, 1995 to 2005. *Obstet Gynecol*. 2013;122:275-81.
16. Başaklar C. *Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları*. Ankara, Palme Yayıncılık, 2006, s:1051-1081 RiniBI, Wilding G, Hudes G, et al. Phase II study of axitinib in sorafenib-refractory metastatic renal cell carcinoma. *J ClinOncol*. 2009;27:444-448.