

OLGU

Antenatal tanı alan mekonyum peritoniti
Antenatal diagnosis of meconium peritonitis

Erdal Bilen, Murat Yüksel, Hilmi Baha Oral, Seyit Ali Köse

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Isparta, Türkiye.

Özet

Mekonyum peritoniti inutero fetusun ince barsak delinmesi ile periton boşluğuna mekonyum yayılmasının neden olduğu steril bir kimyasal reaksiyondur. İkinci ve üçüncü trimester obstetrik ultrasonografide fetal karın içi hiperekojen alanların ve psödokist görülmesi ile tanıda aklımıza gelmektedir. 3500 canlı doğumda I prevelansı bulunmaktadır. Yapılan ultrason görüntüsüne göre fibroadeziv tip, genaralize tip, psödokist formasyonunda olabilir. Omentum ve barsak ansları mekonyumlu bölgeye hareket ederek peritoneal kavite oluşturup mekonyumun dışarı çıkmasını engellemeye çalışır, buda ultrasonografi de kistik kitle (psödokist) olarak görülebilir ve ya kalsiyum depositleriyle kaplanmış solid non kistik kitle reaksiyonunda olabilir. Bu olguda 29. haftaya kadar rutin ultrasonografi takiplerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Gebe 32. hafta tekrar çağrılarak yapılan ultrasonografi takibinde fetal mekonyum peritoniti psödokist formasyonuna sahip olduğu görüldü. Sonuç olarak, antenatal dönemde fetal abdomende psödokist oluşumu görülmesi halinde mekonyum peritonitinden şüphe edilen olgunun uygun bir merkezde ve uygun gebelik haftasında doğumunun yapılması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Mekonyum Peritoniti, Intrauterin Psödokist.

Giriş

Steril bir reaksiyon olan mekonyum peritoniti inutero fetusun ince barsak delinmesi ile periton boşluğuna mekonyum yayılmasıyla oluşur. Mekonyum peritoniti; gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterde yapılan obstetrik ultrasonografide fetal karın içi hiperekojen alanların görülmesi ve psödo kist benzeri karın olması ile tanıda aklımıza gelmektedir (1). Genel özellikleri olarak mekonyum peritonitinde; fetusun karın boşluğunda olan asit, kalsifiye değişime uğrayan mekonyum ve barsaktaki genişlemenin bir arada görülmesi sayılmaktadır (2).

Retrospektif çalışmalarda 1/3500 prevelansı görülmektedir (3). Mekonyum peritonitinin etyolojisinde; inutero barsak perforasyonuna bağlı steril bir kimyasal reaksiyon sonucu olduğu düşünülmektedir (4). Mekonyum peritonitinin en sık nedenleri arasında mekanik obstrüksiyon (atrezi, volvulus, invajinasyon, konjenital bantlar, Meckel divertikülü ve intestinal herni) ile ilişkili ince bağırsak lezyonları bulunmaktadır. Viral enfeksiyonlar da (sitomegalovirus ve ya parvovirus B19) nedenleri arasında sayılabilmektedir (5).

Yazışma Adresi/Corresponding: Erdal Bilen
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Isparta, Türkiye.
Tel: 0 (246) 211 21 62
E-mail: erdalbilen@sdu.edu.tr

Abstract

Meconium peritonitis is a sterile chemical reaction which is caused by the spread of meconium into the peritoneal cavity after in utero perforation of the fetus small intestine. The second and third trimester ultrasonographic appearance of hyperechoic areas and pseudocyst formation can be diagnostic. Meconium peritonitis develop in 1 out of 3500 live births. According to the ultrasonographic appearance there are fibroadhesive, generalized, pseudocyst types. Omentum and intestinae lops comprimore peritoneal cavity and prevent the escape of meconium to outside. In our case routine fetal ultrasonography was normal until 32nd weeks of pregnancy. At pertational week 32, ultrasonography revealed pseudocyst formation and fetal meconium peritonitis was supported. In conclusion, in cases with ultrasonographic pseudocyst appearance of fetal abdomen, clinicians should suspect meconium peritonitis transfer to and timely delivery on appropriate center are imperative.

Keywords: Pregnancy, Meconium Peritonitis, In-utero pseudocyst.

Buna ek olarak polihidramnion ve ya fetal barsak distansiyonuna bağlı da mekonyum peritoniti gelişebilmektedir. Polihidramnion, olguların yaklaşık olarak % 50'sinde bildirilen, yutmada azalma şeklinde peristaltik hareket azlığına bağlı oluşabilmektedir. Bu vakalarda inflamatuvar yanıt lokalize kalırsa mekonyum psödokistleri oluşabilmektedir (6). Mekonyum peritonitli olguların % 86'sında intraabdominal kalsifikasyonlar izlenmektedir. Ayrıca olguların % 25'inde mekonyum ileusu izlenmektedir (7). Ultrasonografik bulgular etyoloji, perforasyon zamanı aralığı ve inflamatuvar yanıt derecesine bağlı olarak değişmektedir. Ultrasonografi de gölgelenme içermeden diffuz hiperekojen punktat yankıları hepatik yüzeyinde ve skrotal kese içinde, karın boşluğunda kar fırtınası şeklinde görülebilmektedir (8). Mekonyum peritoniti nadir rastalanan ve geç tanı konulduğunda sonuçları kötü olan bir durumdur.

Biz bu çalışmada kliniğimizde görülen mekonyum peritonitine bağlı nadir görülen psökist olgusunu sunmaktayız.

Müracaat tarihi: 18.06.2013
Kabul tarihi: 20.10.2013

Olgu

23 yaşında G 2 P 1 olan ve 32. gebelik haftasında fetal abdomende kist saptanması üzerine tarafımıza refere edilen olgu değerlendirildi. Obstetrik ultrasonografide amniotik mayinin artmış (AFI:28 cm) olduğu, 31 hafta 3 gün ile uyumlu bir fetüs ve fetal sağ alt kadranda yaklaşık 6,5 cm çapında, multiseptalı kist ile birlikte periton yüzeyinde kalsifik odaklar gözlemlendi (Resim 1). Hasta gebeliğinin 32. haftasında tekrar kontrole çağrılarak yeniden obstetrik ultrasonografi yapılmış, ultrasonografi ölçümleri 31 hafta 3 gün ile uyumlu tek canlı fetüs görüldüğü, fetal batın sol alt kadranda yaklaşık 6,5 cm çapında multiseptalı kistik kitle lezyonu mevcut olduğu ayrıca periton yüzeyinde milimetrik kalsifikasyon odaklar izlendiği, amniotik mayinin arttığı belirtilmiştir. Kliniğimize sevki yapılan ve değerlendirilen hastaya yapılan obstetrik ultrasonografide; 31 hafta 3 gün ile uyumlu olduğu, amniotik mayinin arttığı, sol alt kadranda 6x6,5 cm çapında multiseptalı kistik bir yapı olduğu, ön duvar periton yüzeyinde milimetrik kalsifikasyonlar olduğu belirtildi. Olguda fetal barsak perforasyonuna bağlı gelişmiş mekonyum peritoniti olabileceği düşünülerek, spontan kapanma ihtimali nedeniyle takip kararı alındı. Hasta gebeliğinin 33. haftası içinde ağrı ve erken membran rüptürü nedeniyle başvurdu. Vajinal yol ile baş geliş, 2370 gr ağırlığında 1. ve 5. dakika apgar skoru sırasıyla 4 ve 6 olan erkek bebek doğurtuldu. Tüm batın ultrasonografide; batın sağ üst kadranda, inferiorda pelvik alana kadar uzanım gösteren, diğer kesimleri net olarak vizualize edilemeyen, en geniş yerinde yaklaşık 4 cm'ye kadar ulaşan distandü mide-dilate barsak ansı ayrımı yapılamayan yoğun içerikle dolu görünüm izlenmiştir. Bebek daha sonra çocuk cerrahisi tarafından değerlendirilip operasyona alınmış, operasyon sırasında barsak yapışıklıkları nedeniyle perfore alan görülemedi, yapışıklar kısmi olarak çözülmüş, dren konularak operasyona son verilmiştir. Bebeğe 15 gün süre ile antibiyotik tedavisi uygulanmış, ateşinin tekrar yükselmesi, batının distandü olması nedeniyle ve bebek tekrar opere edilmiştir. Bu operasyonda ileoçekal valvden 15 cm uzaklıkta perfore alan izlenmiş, 15 cmlik ileal segment parsiyel rezeksiyonu yapılarak ileoileal anastomoz yapılmıştır. Bebeğin postoperatif dönemi problemsiz olarak devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Mekonyum peritoniti tanısının antenatal dönemde konulabilmesi durumunda fetal mortalite azaltılabilmektedir. Prenatal ultrasonografi mekonyum peritoniti olan veya şüphesi olan bebeklerin doğumu ve uygun yöntemin belirlenmesi açısından olanak sağlamaktadır (9). Ultrasonografide dilate barsak ansı, asit, yaygın kalsifikasyon, polihidramnion saptanan olgularda mekonyum peritoniti mutlaka akla gelmelidir. Mekonyum peritoniti prognozu etyolojisine bağlı olarak değişmektedir (10). Doğumdan önce tanı konulabilen olgularda prognoz, doğumdan sonra tanı konan olgulara göre daha iyidir. Doğum öncesi tanı konan olguların büyük çoğunluğu kendiliğinden kapanabilmektedir. Gebelikte tanı konan olgularda ölüm oranı % 11-14 olarak bulunmuş iken, doğumdan sonra tanı

almış bebeklerde ölüm oranı % 40-50 olarak bulunmuştur. Bizim olgumuzda da tanı doğumdan önce konmuş olup, perfore olan barsak bölümü kendiliğinden kapanabilme ihtimali nedeniyle takip edilme kararı verilmiştir (11). İzole mekonyum peritonitli olgularda (ek anomali içermeyen) uygun ise normal vajinal doğum planlanabilir. Bu tip olgularda bebeğe gerekli testler uygulanır ve normal bulunur ise oral alımı açılır. Eğer uygun görülmez ise, cerrahi girişim gerekebilmektedir. Mekonyum peritonitine asit, barsak genişlemesi, psödokist oluşumu gibi anomaliler eşlik ediyorsa durum daha ciddi olarak algılanır. Bu bebeklere de gerekli testler uygulanır ve genellikle cerrahi girişim ihtimali %25-50 arasında değişmektedir. Bizim olgumuzda ise prenatal değerlendirme de psödokist oluşumu izlenmiş olup, ağrısının olması ve erken membran rüptürü nedeniyle normal vajinal yol ile doğumu yaptırılmıştır. Bebek doğduktan sonra batın ultrasonografisi de yaptırılıp, cerrahi planlanıp bebeğe ileoileal anastomoz uygulanmıştır (12). Ailelerin psikolojik olarak bu gibi olgularda yapılan USG'ler ile doğum ve doğum sonrası olabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesi çok önemlidir. Birçok çalışma ve bizim çalışmamızda da mekonyum peritonitli bir olguya doğum öncesi yaklaşımın önemini vurgulamaya çalıştık.Yeni çalışmalar ile geleceğe ışık tutacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Al Tawil K, Salhi W, Sultan S, Namshan M, Mohammed S. Does meconium peritonitis pseudo-cyst obstruct labour? Case Rep Obstet Gynecol. 2012; 2012: 593143.
2. Nemilova TK, Karavaeva SA, Ignat'ev EM. Meconium peritonitis: current interpretation, diagnostics, strategy of treatment. Vestn Khir Im. II Grek. 2012; 171(4): 108-111.
3. M. K. Shyu, J. C. Shih, C. N. Lee, H. L. Hwa, S. N. Chow, and F. J. Hsieh, "Correlation of prenatal ultrasound and postnatal outcome in meconium peritonitis," Fetal Diagnosis and Therapy 2003; (18)4: 255-261.
4. K. Chalubinski, J. Deutinger, and G. Bernaschek, "Meconium peritonitis: extrusion of meconium and different sonographical appearances in relation to the stage of the disease" Prenatal Diagnosis 1992; (12)8: 631-636.
5. Puccetti C, Contoli M, Bonvicini F, Cervi F, Simonazzi G, Gallinella G, Murano P, Farina A, Guerra B, Zerbini M, Rizzo N. Parvovirus B19 in pregnancy: possible consequences of vertical transmission. Prenat Diagn. 2012; 32(9): 897-902.
6. E. Valladares, D. Rodriguez, A. Vela, S. Cabre, and J. M. Laila, "Meconium pseudocyst secondary to ileum volvulus perforation without peritoneal calcification: a case report," Journal of Medical Case Reports 2010; 4: 292-296.
7. Barthel ER, Speer AL, Levin DE, Naik-Mathuria BJ, Grikscheit TC. Giant cystic meconium peritonitis presenting in a neonate with classic radiographic eggshell calcifications and treated with an elective surgical approach: a case report. J Med Case Rep. 2012; 6 (1): 229.

8. J. C. Konje, R. de Chazal, U. MacFadyen, and D. J. Taylor, "Antenatal diagnosis and management of meconium peritonitis: a case report and review of the literature.," *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 1995; (6): 1 66-69.
9. Shyu MK, Shih JC, Lee CN, Hwa HL, Chow SN, Hsieh FJ. Correlation of prenatal ultrasound and postnatal outcome in meconium peritonitis. *Fetal Diagn Ther.* 2003; 18: 255-261.
10. Bendel WJ Jr, Michel ML Jr. Meconium peritonitis: Review of the literature and report of a case with survival after surgery. *Surgery* 1953; 34: 321-333.
11. Careskey JM, Grosfeld JL, Weber TR, Malangoni MA. Giant cystic meconium peritonitis (GCMP): Improved management based on clinical and laboratory observations. *J Pediatr Surg.* 1982; 17(5): 482-489.
12. Nam SH, Kim SC, Kim DY, Kim AR, Kim KS, Pi SY, et al. Experience with meconium peritonitis. *J Pediatr Surg.* 2007; 42: 1822-1825.