

Tanımız nedir ?

Haluk Ceylan¹, Bülent Hayri Özokutan¹, Suna Erkişç²

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Çocuk Cerrahisi ve ²Patoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

OLGU SUNUMU

İki yaşında erkek çocuk göbeğinde yer alan kitle nedeniyle çocuk cerrahisi polikliniğimize getirildi. Doğumundan sonra altıncı günde, göbek kordonunun düşmesinden sonra fark edilen kitlenin üzerinden, çamaşırını lekeleyecek tarzda devamlı olarak kanlı-seröz akıntısı olduğu ifade edildi. Yenidoğan döneminde göbek granülomu tanısıyla üç kez gümüşnitrat ile koterize edilen lezyonda iyileşme gözlenmemiştir.

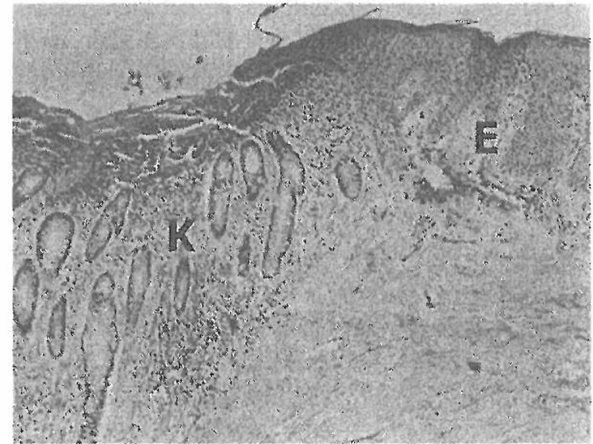
Olgunun yapılan muayenesinde umblikusun ortasından köken alan, yaklaşık 8 mm çaplı ve 15 mm yükseklikte polipoid lezyon saptandı. Kitlenin tepe kısmındaki 4x4 mm boyutlarında bir alan mukoza görünümünde epitel ile, kalan kısmı deri ile örtülüydü (Resim 1). Diğer sistemlerin muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Yapılan karın ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Kitlenin cerrahi eksplorasyonuna karar verildi. Lezyonun tabanına, umblikusun içinde kalan, çevresel deri insizyonu yapılarak girişimde bulunuldu. Polip, karın içi uzanım olasılığı gözönünde bulundurularak, tabanından itibaren karın duvarına doğru takip edildi. Periton açıldı, yapılan gözlemede kitlenin karın içi herhangi bir organ ilişkisinin olmadığı görüldü. Lezyon tamamen çıkarıldı.

Histopatolojik incelemede polipoid oluşumun yan kısımları skuamöz epitelle döşeli iken üst kısmında kolon mukozası mevcut olduğu gözlemlendi. Kolon mukozası ile örtülü bölgedeki yüzey epiteli yer yer seçilememekte ve bu alanlarda nötrofil polimorflarla karışık fibrinöz

materyal izlenmekteydi. Seçilebilen alanlarda yüzey epitelinde Goblet hücreleri belirgindi ve daha derinde müküler tabaka görülmekteydi. (Resim 2).



Resim 1. Umblikusta yerleşimli polibin tepesinde mukozal örtü izlenmektedir.



Resim 2. Kitlenin mikroskopik resmi. Çok katlı yassı epitel (E) ve kolon mukozası (K) görülmektedir (Hematoxilen-Eozin x40).

✉ Dr. Haluk Ceylan, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 27070, Gaziantep.

E-mail: halukceylan@yahoo.com

TANI

Omfalomezenterik kanal artığı (umblikal polip).

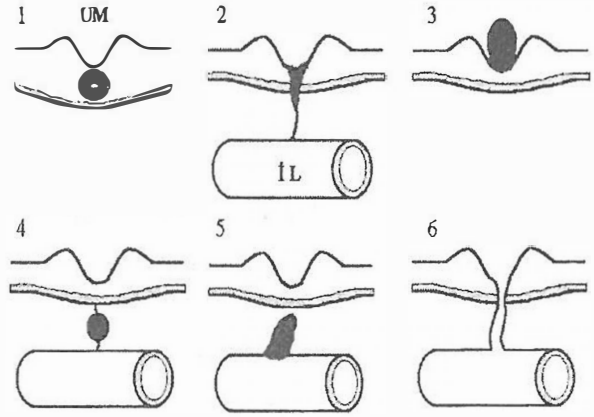
TARTIŞMA

Embriyoda orta barsak ve yolk sak, omfalomezenterik kanal aracılığıyla iştirak halindedir. İntrauterin hayatın beşinci ve dokuzuncu haftaları arasında bu kanal kapanır (1). Embriyolar hayatta omfalomezenterik kanalın gerektiği şekilde kapanmaması çeşitli malformasyonların ortaya çıkmasına neden olur. Omfalomezenterik kanal tamamen açık kalabilir ya da Meckel divertikülü, göbek ile ileum arasında fibröz bant, kist, göbek polibi gelişebilir (2)(Şekil 1). Açık omfalomezenterik kanalın, ileumdan farklı olarak çekum ve appendikse açıldığı olgular bildirilmiştir (3). Göbek polibinin omfalomezenterik kanal artığı olduğu bilinmekle beraber, urakus kalıntısından köken almış göbek polibi olgusu bildirilmiştir (4).

Omfalomezenterik kanal malformasyonları, hiç bir belirti vermeyebileceği gibi, bazan tamamen açık kalmış kanal nedeniyle fekal fistül, ileumun umblikustan prolapsusu, fibröz bantlara bağlı barsak volvulusu gibi ağır tablolara yol açabilir. Meckel divertikülü bazı olgularda rektal kanama veya divertikül ile ortaya çıkabilir. Göbek polibi, kanama ve enfeksiyonlara zemin hazırlayabilir (2, 5).

Umblikal polip, kendisini örten göbek kordonunun düşmesiyle, umblikusun merkezinde görünür hale gelir. Kitle sindirim sistemi mukozası ile örtülüdür, genellikle kırmızı renklidir ve boyutları 3-4 milimetreden daha büyük değildir (4,6,7). Bizim olgumuzda polibin yüzeyinin nisbeten geniş bir alanı epidermis ile örtülüydü ve tepe bölgesinde küçük bir bölgede kolon mukozası içeriyordu

Yenidoğan döneminde sıklıkla karşılaşılan göbek granülomu, göbek polibinin ayırıcı tanısında önemlidir. Granülom, göbek kordonunun düşmesinden sonraki iyileşme sürecinde ortaya çıkar, fibroblast ve düzensiz kapiller ağlarından oluşur, tedavi edilmediği takdirde epitelize olur (7). Göbek granülomu gümüşnitrat ile koterize edilerek tedavi edilebilir. Granülasyon dokusunun ortadan kaldırılabilmesi için koterizasyon işleminin bazan bir kaç defa tekrarlanması gerekebilir. Lezyon bu tedaviye cevap vermezse ayırıcı tanıda öncelikle umblikal polip ya da sinüs düşünülmelidir.



Şekil 1. Omfalomezenterik kanal kalıntıları: 1. Barsak dokusu içeren umblikal kist, 2. Umblikal sinüs ve bant, 3. Barsak mukozası ile kaplı umblikal polip, 4. Kist içeren fibröz bant, 5. Meckel divertikülü, 6. Açık vitellin kanal (UM: Umblikus, İL: İleum. 7 numaralı kaynaktan değiştirilerek alınmıştır).

Göbekte kitle ya da akıntı yakınımasıyla getirilen çocuklarda; urakus kalıntısı (7), ektopik pankreas dokusu (8), mantar enfeksiyonuna bağlı granülasyon dokusu (9) gözönünde bulundurulması gereken diğer patolojilerdir.

Sunulan olguda üç defa gümüş nitrat ile koterizasyon denenmiş ancak hastanın bulgularında gerileme olmamıştı. Bu noktadan hareketle, diğer anamnez ve fizik muayene bulguları gözönüne alınarak cerrahi eksizyona karar verilmiş ve çıkarılan kitlenin bir omfalomezenterik kanal artığı olan umblikal polip olduğu saptanmıştır.

SONUÇ

Yenidoğan döneminde karşılaşılan göbeğe ilişkin patolojilerde omfalomezenterik kanalın kapanma anomalileri ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulmalıdır. Özellikle pratik hayatta hekimin sıklıkla karşılaştığı umblikal granülom olgularının ayırıcı tanısında, umblikal polibin akılda tutulması gerekliliğine dikkat çekmek istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Kamii Y, Zaki AM, Honna T, Tsuchida Y. Spontaneous regression of patient omphalomesenteric duct: from a fistula to Meckel's diverticulum. J Pediatr Surg 1992; 27:115-116.
2. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformations. Semin Pediatr Surg 1996; 5:116-123.

3. Crankson SJ, Ahmed GS, Palkar V. Patent omphalomesenteric duct of the vermiform appendix in a neonate: congenital appendicoumbilical fistula. *Pediatr Surg Int* 1998; 14:229-230.
4. Oguzkurt P, Kotiloglu E, Tanyel FC, Hicsonmez A. Umbilical polyp originating from urachal remnants *Turk J Pediatr* 1996; 38:371-374.
5. Hyman N, LeLeiko NS, Dolgin S. The curious umbilicus: clue to the cause of abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 13:90-91.
6. Larralde de Luna M, Cicioni V, Herrera A, Casas JG, Magnin PH. Umbilical polyps. *Pediatr Dermatol* 1987; 4:341-343.
7. Cilley RE, Krummel TM. Disorders of umbilicus. In: O'Neill Jr JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds) *Pediatric Surgery Vol.2* (5th ed). St. Luis, Mosby-Year Book, 1988: 1029-1043.
8. Tan HL, Yoong A, Yu CC. Ectopic pancreatic rests: a rare cause of persistent umbilical discharge. *Pediatr Surg Int* 2000; 16:116-117.
9. Anstey A, Spickett GP, Beechey-Newman N, Gowers L, Molloy H Br. A case of candidal umbilical granuloma. *J Dermatol* 1991; 124:475-478.