



Dr. Arzu Demirtola*, Dr. İ. Onur Özen**

Özet

Göbek kordonunun gelişmesi, gestasyonun üçüncü haftasının sonunda başlar. On ikinci haftada embriyonik kalıntılar, göbek kordonunda bir umbilikal ven ve iki umbilikal arter kalacak biçimde kordonu terk ederler. Göbek kordonunun doğumdan sonra düşmesine karşın, yenidoğan ve erken çocukluk döneminde embriyonik kalıntılar süreklilik gösterebilir. Bu yazı, göbek ve göbek kordonu ile ilgili anomaliler hakkında bilgi vermeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Göbek anomalileri, göbek kordonu anomalileri, yenidoğan

Abstract

The umbilical cord's development begins within the third week of gestation. By the twelfth week, embryonic remnants leave one umbilical vein and two umbilical arteries in the umbilical cord. Although the umbilical cord is shed after birth, the embryonic remnants may remain in the newborn or early childhood period. The purpose of this article is to give information about the anomalies of the umbilicus and umbilical cord.

Key Words: Umbilicus anomalies, umbilical cord anomalies, newborn

İntrauterin yaşam süresince göbek kordonu içerisinde, yolk kesesi ile primitif orta barsağın ilişkisini sağlayan omfalomezenterik kanal, allontois kesesi ile mesanenin ilişkisini sağlayan urakal kanal, umbilikal arterler ve umbilikal ven bulunur. İntrauterin yaşamın herhangi bir aşamasında bir duraklama olmadığı takdirde, on ikinci haftadan sonra umbilikal halka oluşarak, göbek kordonu, içinden yalnızca umbilikal arterlerin ve umbilikal venin geçebileceği genişlikteki bir boşluk halini alır.

Bebeğin göbeği ilk hafta içinde düştükten sonra geride granülasyon dokusu ile kaplı bir alan kalır. Normal olarak bu alanın iki ya da üç gün içinde epitelize olması gerekir. Bu dönemde göbek enfeksiyona karşı savunmasıdır ve temizliğine özen gösterilmesi gerekmektedir (1).

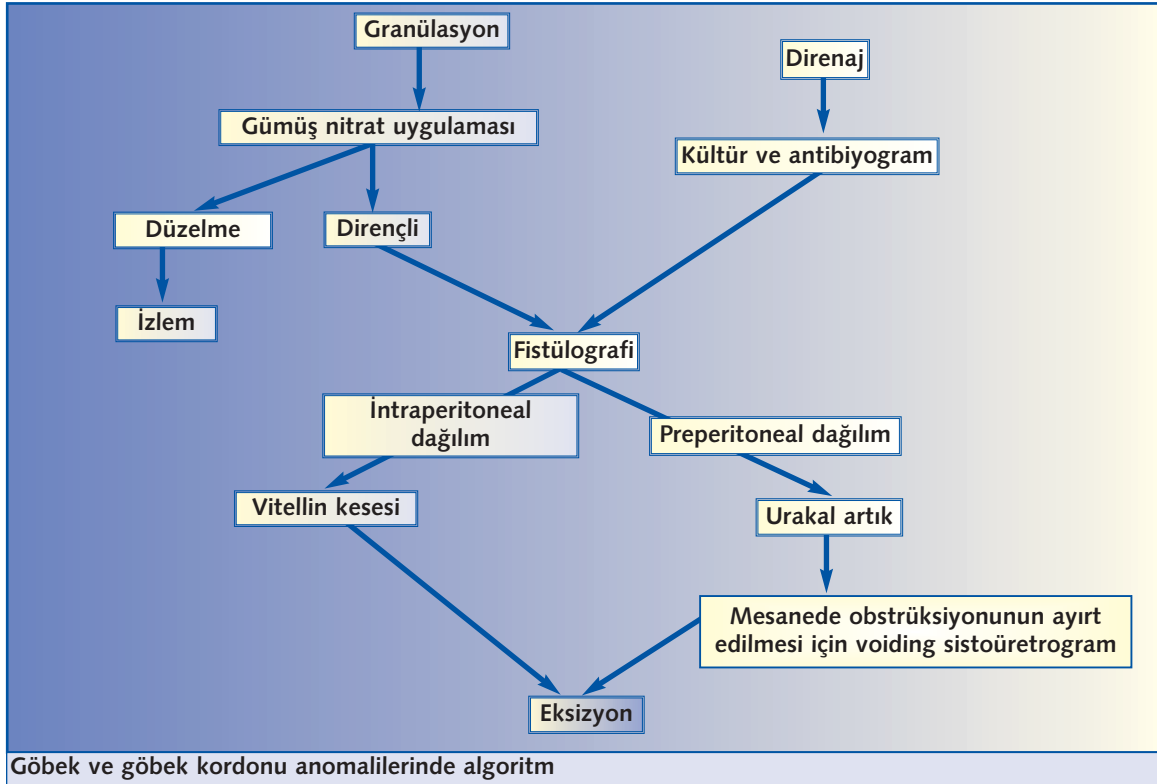
Göbekten Kanama: Kanama; travma, kordon yetersiz bağlanması ya da normal trombus gelişiminin yetersizliğine bağlıdır. Ayrıca yenidoğanın hemorajik hastalığının ya da Faktör XIII eksikliği gibi koagülopatilerin ilk bulgusu olabilir. Yenidoğan, doğumdan sonraki birinci hafta boyunca izlenmeli ve kanamanın uzaması durumunda araştırılmalıdır (2).

Göbek Kordonunun Ayrılmasında

Gecikme: Eğer umbilikal kordon ayrılması on dört günden daha fazla zaman alırsa, nötrofil işlevlerinde ve kemotaksiste olası bir bozukluk araştırılmalıdır (3).

Göbek Granülomu: Bağlanmış kordonun ayrılması, doğumdan sonraki beşinci-sekizinci günlere kadar gecikirse, granülasyon dokusu oluşur ve bu doku epitelizasyonu engeller. Klinikte sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Göbekten mukoid ve hafif kanlı bir akıntı vardır. Genellikle çevresel yerel bir enflamasyonla birlikte olabilir. Göbek granülomlarının ayırıcı tanısında, umbilikal açıklıktan dışarı sarkmış gastrik ya da intestinal mukoza akılda bulundurulmalıdır. Bu tip lezyonlar, granülomlardan farklı olarak yumuşak bir kateterin girişine izin verirler. Lezyonun tedavisi, göbek tabanı kuruyana dek gümüş nitratla yakılmasıdır, işlemin birkaç günlük arayla yinelenmesi gerekebilir. Bu işlem göbek tabanının epitelizasyonunu sağlar. (3, 4).

Omfalit: Göbek kordonunun düşmesini izleyen birkaç gün içinde ortaya çıkan seröz, irinli ya da kanlı akıntılar erken dönem bir omfalitin ilk bulgusu olabilir. Enfeksiyon göbek kordonunda sınırlı kalabileceği gibi, çevre deriye sıçrayarak eriteme neden olabilir. Deride ısı artışı ve hiperemi ile giden bu tabloda en sık etken E.coli ve stafilokoklardır. Antistafilokokal etkinliği de olan parenteral antibiyotikler ve göbek bakımı ile tedavi edilmelidir. Omfalit ilk hafta boyunca açık kalabilen damarlar yoluyla, hızla sistemik enfeksiyona ve sepsise yol açabileceği için erken girişim gerekmektedir. Klostridiumun etken olduğu, subkutan yağ doku ve fasyalarda nekroz ile seyreden fulminan omfalitlerde mortalite yüksektir ve

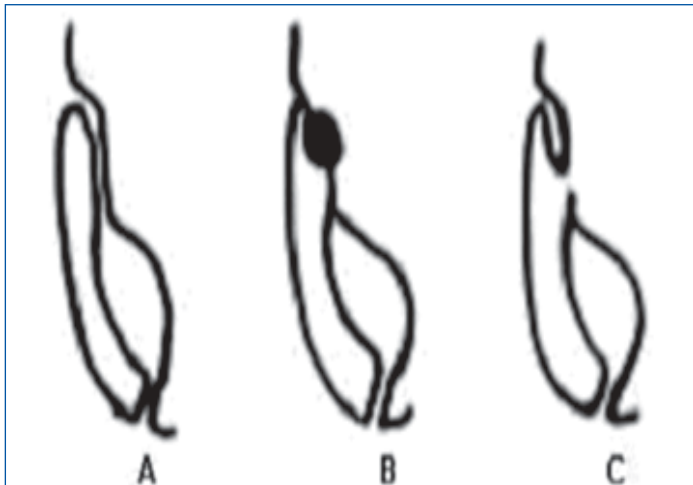


parenteral antibiyotik dışında cerrahi olarak nekrotik dokular uzaklaştırılmalıdır (5).

Urakal Lezyonlar: İntrauterin yaşamın başlangıcında allontois kesesi ile mesane arasında, göbek içinden geçen urakus adı verilen bir bağlantı vardır. Gebeliğin sonlarına doğru urakus tıkanarak fibröz bir bant halini alır (6, 7).

Tıkanmasının duraksaması durumunda birkaç tip urakal lezyonla karşılaşılır:

1. Tamamen Açık Urakus: Göbek ile mesane arasındaki açıklığın tümüyle açık



Şekil 1. Urakal lezyonlar, A. tamamen açık urakus. B. urakal kist. C. kör dış tip urakal lezyon.

olduğu tiptir. Sıklığı bin canlı doğumda birden azdır. Periumbilikal granülasyon ve göbekten idrar sızıntısı ile kendini gösterir. Göbekten verilen radyopak madde urakal yolu geçip mesaneyi doldurur. Eşlik eden genitoüriner sistem anomalileri açısından özellikle mesane çıkışında tıkanıklık yönünden üriner sistem incelemesi gereklidir. Tedavisi cerrahidir ve göbeğin, urakal yol ve mesanenin bir kısmı ile birlikte çıkarılmasını içerir (Şekil 1).

2. Kör Dış Tip Urakal Lezyon: Yalnızca urakal lezyonun alt kısmında tıkanmanın olmaması durumunda, sürekli akıntı olan küçük bir delik biçiminde görülür. İdrarın akışı, göbek kordonunun düşmesini izleyen kısa bir süre içinde başlar. Tedavisi, deliğin açıldığı yolun çıkarıldığı cerrahi girişimdir (Şekil 1).

3. Kör İç Tip Urakal Lezyon: Urakal lezyonun üst kısmının tıkanmasının olmamasıdır. Mesanenin kubbesinde yer alan bu urakal divertikül herhangi bir belirti oluşturmaksızın, çekilen bir sistogramda rastlantısal olarak görülür. Cerrahi tedavi gerektirmez.

4. Urakal Kist: Urakusun orta kısmındaki tıkanmanın yetersiz olması durumunda gelişir. Kist doğumda var olabileceği gibi, yavaş yavaş büyüyerek yenidoğan ya da çocukluk çağında belirgin duruma gelebilir. İnfraumbilikal-

supravesikal olan bu kist, düz grafilerde karın duvarının hemen arkasında kistik bir yapı olarak görülebilir. Enfekte olmadıkları sürece belirtisiz de gidebilen bu kistler, enfekte olduklarında (piyürakus/urakal apse), umbilikusa akabilecekleri gibi, mesaneye akarak piyüriye ya da peritona akarak peritonite, anterior abdominal duvarda ya da retroperitonda enfeksiyona neden olabilirler. Enfeksiyon etkeni sıklıkla Stafilokokus aureus ve seyrek olarak da E.coli başta olmak üzere koliform basillerdir. Tedavi, kistik kitlenin cerrahi olarak çıkartılmasıdır (Şekil 1).

Omfalomezenterik Kanal Biçim

Bozuklukları: Embriyonun gelişimi aşamasında göbek kordonu aracılığıyla yol kesesi ve primitif orta barsağın bağlanması omfalomezenterik kanalla sağlanır. Embriyogenezin normal gidişinde, intrauterin altıncı-yedinci haftalarda bu kanal tıkanarak kapanır. Bazı durumlarda bu kanalın tamamı ya da bir kısmı kapanmayarak değişik biçimlerde karşımıza çıkar (6-8).

1. Açık Omfalomezenterik Kanal (Omfalo-ileal Fistül): Umbilikustan mekonyum ya da ince barsak içeriğinin akmasına yol açar. Morfolojik olarak fistül ileal dokuyu içerir. İntestinal mukoza içeren bir "polip" patolojiye eşlik edebilir. İnce bir kateterin fistülden ilerletilerek, ince barsak içeriğinin kateterden emilmesi ya da kateterden verilen radyoopak madde ile barsağın doldurulması tanıyı doğrular. Doğumda ortaya çıkabileceği gibi, doğum sonrası birinci-ikinci haftada da görülebilir. Geniş omfalomezenterik kanalı olan hastalarda görülebilecek en ciddi komplikasyon, ileal segmentin mukozal prolapsusudur. Bu tip bir komplikasyon oluşması, barsak boğulması nedeniyle hızlı bir geri yerleştirmeyi ve acil cerrahi düzeltmeyi gerektirir. Bu komplikasyonla karşılaşılması hastalığın mortalitesini beş kat artırır. Tedavisi, umbilikus ve kanalın cerrahi olarak çıkartılmasıdır.

2. Omfalomezenterik Sinüs: Kanalın alt parçasının kapanmasında duraklamaya bağlı olarak gelişen bir sinüs ile karakterizedir. Göbek kordonundan inatçı, sulu bir akıntı olması patolojinin ilk bulgusudur. Umbilikusun tabanında kırmızı renkte nodüler bir yapı izlenir. Bu nodülün palpasyonu mukoid bir

akıntıya neden olur ki bu, sinüsün umbilikal granülomdan ayrılmasında kolaylık sağlar.

3. Omfalomezenterik Kanal Kisti:

Omfalomezenterik kanalın orta kısmının tıkanmasında duraklama sonucu salgıyla dolu kistik bir yapı oluşur. Klinikte büyüyen umbilikal bir kitle olarak karşılaşılan bu durum, cerrahi olarak çıkartılmayı gerektirir.

4. Umbilikal Polip: Umbilikal polip, umbilikusta intestinal mukoza kalıntısı varlığı ile giden bir durumdur. Parlak, pembe renkte polipoid bir doku olup kanlı inatçı bir akıntıya yol açar. Hatalı bir biçimde göbek granulumu olarak tanılandığında, gümüş nitrat tedavisine yanıt vermedikleri görülür. Doğru tanı biyopsi ile konulur ve tedavi için cerrahi gereklidir.

iletisim.ademirtola@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Başaklar C. Göbek ve Karın Ön Duvarı Anomalileri. In: Başaklar C, ed. Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları. Ankara: Palme; 1994. p. 335-49.
- 2- CStoll BJ, Kliegman RM. The Umblicus. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ed. Nelson Textbook Of Pediatrics. 17th Ed. Pennsylvania: W.B. Saunders Company; 2004. p. 608-9.
- 3- Berseth CL. Disorders of the Umbilical Cord, Abdominal Wall, Urachus and Omphalomesenteric Duct. In: Taeusch HW, Ballard RA, ed. Avery's Disease of the Newborn. 7th Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998. p. 933-40.
- 4- Nagar H. Umbilical Granuloma: A New Approach To An Old Problem. Pediatr Surg Int 2001; 17: 513-4.
- 5- 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.
- 6- Llyod AD. Omphalomesenteric Duct Remnants. In Puri P, ed. Newborn Surgery, 2nd Ed. London: Arnold; 2003. p. 615-19.
- 7- Kokoska ER, Weber TR. Umbilical and Supraumbilical Disease. In: Ziegler MM, Azizkhan RG, Weber TR, ed. Operative Pediatric Surgery, USA: McGraw-Hill Company; 2003. p. 537-42.
- 8- Disorders Of The Umblicus. In: Rowe MI, O'Neill JAJ, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, ed. Essentials Of Pediatric Surgery, Missouri: Mosby-Year Book; 1995. p. 441-45.