



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Ç. Gastroenteroloji Bilim Dalı Olgu Sunumu

20 Eylül 2024

Araş. Gör. Dr. Büşra Nur KOTAN



8 ay erkek hasta

Şikayet: kanlı dışkılama

Hikayesi:

Acil servise başvurduğu gün 2 defa kanlı dışkılması olmuş. İlki vişne çürüğü rengineymiş. İkincisinde taze kanlı bol miktarda dışkılması olmuş.

İshal, kabızlık yok. Dışkıyı boyayacak besin öyküsü, yeni başlanan ilaç öyküsü yok.

Özgeçmiş

31 Gh'da 1600 gr C/S doğum

35 gün YDYBÜ yatış-20 gün entübe

5 aylıkken Boğmaca nedeniyle 16 gün hastane yatışı.

Düzenli kullandığı ilaçlar:

Ferrum damla

Devit-3 oral damla

Soygeçmiş

- **Anne:** 36 yaşında, ev hanımı, sağ-sağlıklı
- **Baba:** 45 yaşında, ilkokul mezunu, serbest meslek, sağ-sağlıklı
- **Kardeşler:**
 1. Çocuk: Kız, 15 yaşında, sağ-sağlıklı
 2. Çocuk: hastamız
 3. Çocuk : Tek yumurta ikizi, sağ-sağlıklı

Başvuru anında vitalleri;

- Ateş: 36,9 °C
- Nabız: 168/dk (114-152)
- TA: 90 /60 mmHg
- SS: 44/dk
- SPO2: %98 (Oda havasında)

Fizik Muayene

- Genel Durum: orta
- Cilt rengi: **soluk** , turgor tonus doğal
- Baş-Boyun: Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı asimetric, tortikolis, kitle toplar damar dolgunluğu yok.
- KBB: Burun akıntısı yok. Orafarenks ve tonsiller doğal
- Gözler: Bilateral ışık refleksi doğal pupiller izokorik
- Dolaşım: **Taşikardik**. S1,S2 doğal S3 yok. Üfürüm yok.Femoral arter nabızları +/-
- Solunum : Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor.Çekilme yok. Dinlemekle ral,ronküs ekspiryum uzunluğu yok. Göğüs defromitesi yok
- Karın : Çöküklük , kabarıklık ,kitle yok. Hassasiyet, defans,rebaund yok. Hepatosplenomegali yok
- Ürogenital: Haricen erkek, sakral gamze, tüylenme yok.
- Sinir: Bilinç açık iletişim, yönelim, çevreyle ilgi normal. Zihinsel durumda özellik yok Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal
- İskelet: Kas kitlesi ve tonusu doğal.
- Rektal muayene: **rektal tuşe taze kan+**, fissr yok polip ok





31/10/2022

Laboratuvar

- **İlk hemogram;**

WBC (Lökosit) - $14,55 \times 10^3/\mu\text{L}$
NEU (Nötrofil Sayısı) - $3,740 \times 10^3/\mu\text{L}$
LYM (Lenfosit Sayısı) - $9,170 \times 10^3/\mu\text{L}$
MONO (Monosit Sayısı) - $1,430 \times 10^3/\mu\text{L}$
EOS (Eozinofil Sayısı) - $0,180 \times 10^3/\mu\text{L}$
RBC (Eritrosit) - $3,34 \times 10^6/\mu\text{L}$
HGB (Hemoglobin) - 8,90 g/dL
HCT (Hematokrit) - 24,7 %
MCV (Ortalama Eritrosit Hacmi) - 74,00 fL
MCH (Ortalama Hücre Hemoglobin) - 26,60 pg
MCHC - 36,00 g/dL
RDW-SD - 34,50 fL
RDW-CV - 12,80 %
PLT (Trombosit) - $304 \times 10^3/\mu\text{L}$

PTZ (Protrombin Zamanı) - 11,3 s
PTZ (INR) - 1,02 .
APTT - 19,0 s

Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 107,5 mg/dL
Ürea - 22,3 mg/dL
Kreatinin - 0,17 mg/dL
BUN (Kan üre azotu) - 10,42 mg/dL
AST (SGOT) - 24,2 U/L
ALT (SGPT) - 21,9 U/L
LDH - 198 U/L
Protein, Total - 51,3 g/L
Albumin - 38,7 g/L
Ürik asit - 3 mg/dL
Potasyum (K) - 4,27 mmol/L
Klor (Cl) - 106 mmol/L
Fosfor (P) - 5,73 mg/dL
Magnezyum (Mg) - 2,09 mg/dL
Düzeltilmiş Sodyum - 138,1 mmol/L
Düzeltilmiş Kalsiyum - 9,79 mg/dL
CRP - 0,27 mg/L

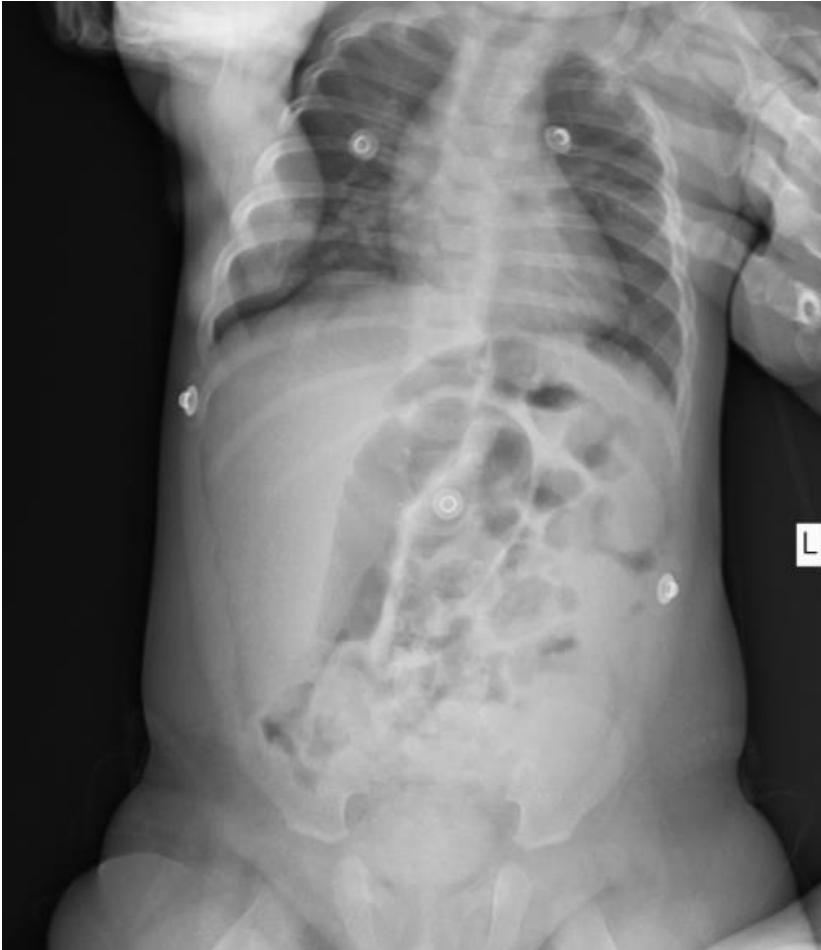


Patolojik bulgular

- Vişne çürüğü- kırmızı renkli dışkılama
- Taşikardi
- Cilt renginde solukluk
- Hemogloblin düşüklüğü

- ÖN TANILAR?

Görüntüleme;



Görüntüleme;

- **Abdomen US:**

Yüzeysel US incelemede sonografik sınırlarda duplikasyon kisti düşündürür görünüm saptanmadı.

Normal sınırlarda abdominal renkli Dopler US bulguları.

- **Kolonoskopi:**

Distalde daha belirgin olmak üzere, tüm kolon mukozasında yıkamakla kalkan kan, inen kolonda kanama odağı olmayan, yer yer görülen nodüler lezyonlar.

- **Endoskopi:**

Pilor açık, bulbus forme .Bulbus mukozası normal izlenmektedir. Postbulber bölgede iki adet 5-6 mm çapında polipoid oluşum izlendi. Bu iki polipoid oluşum arasındaki 0,5 cm lik mesafede mukozanın ödemli ve hafif çökükük olduğu görüldü.

- **Meckel sintigrafisi:**

Görüntüler incelendiğinde; verilen radyofarmasötiğin normal fizyolojik birikim yerlerinde tutulum gösterdiği saptandı. Meckel divertikülünü düşündürecek patolojik radyofarmasötik tutulumu izlenmedi.

Klinik İzlem;

Acil serviste takiplerimizde başvuru günü 3 defa, 2. gün 2 defa, 3. gün 3 defa olmak üzere bezinde kan görüldü.

Takiplerinde hemogram kontrolü ihtiyacına göre es replasmanı sağlandı.

Oktreotid 1 mcg/kg bolus sonrasında 1 mcg/kg/h infüzyon olarak eklendi.

Pantoprazol tedavisi de idame dozdan 25 mg 24 cc SF içine 1 cc/h şekilde infüzyona geçildi.

4. gün sabah normal bir dışkılaması olsa da sonrasındaki dışkılaması tekrar kanlı oldu. Hasta ç.cerrahi kliniğine devredildi.

Klinik izlem:

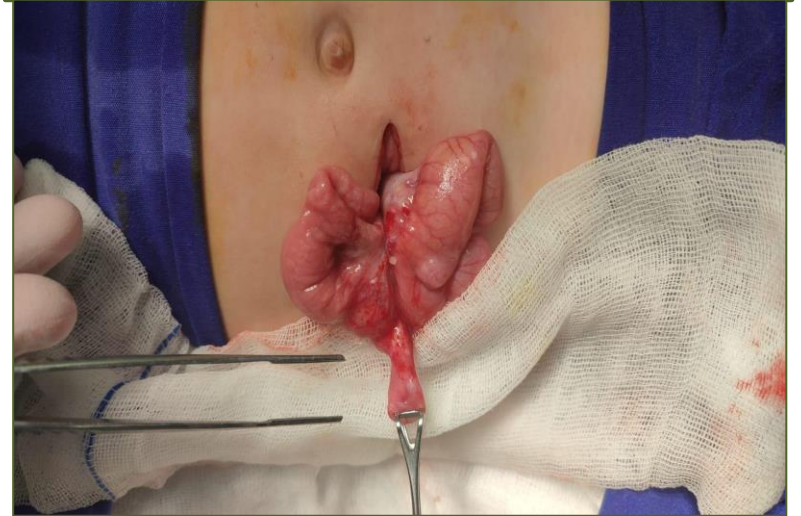
- Takiplerinde 4 gündür normal gaita çıkışı olan hasta Ç.Cerrahisi kliniğinden taburcu edildi.
- Hasta 3 gün sonra tekrar kanlı dışkılama ile acil servisimize başvurdu.



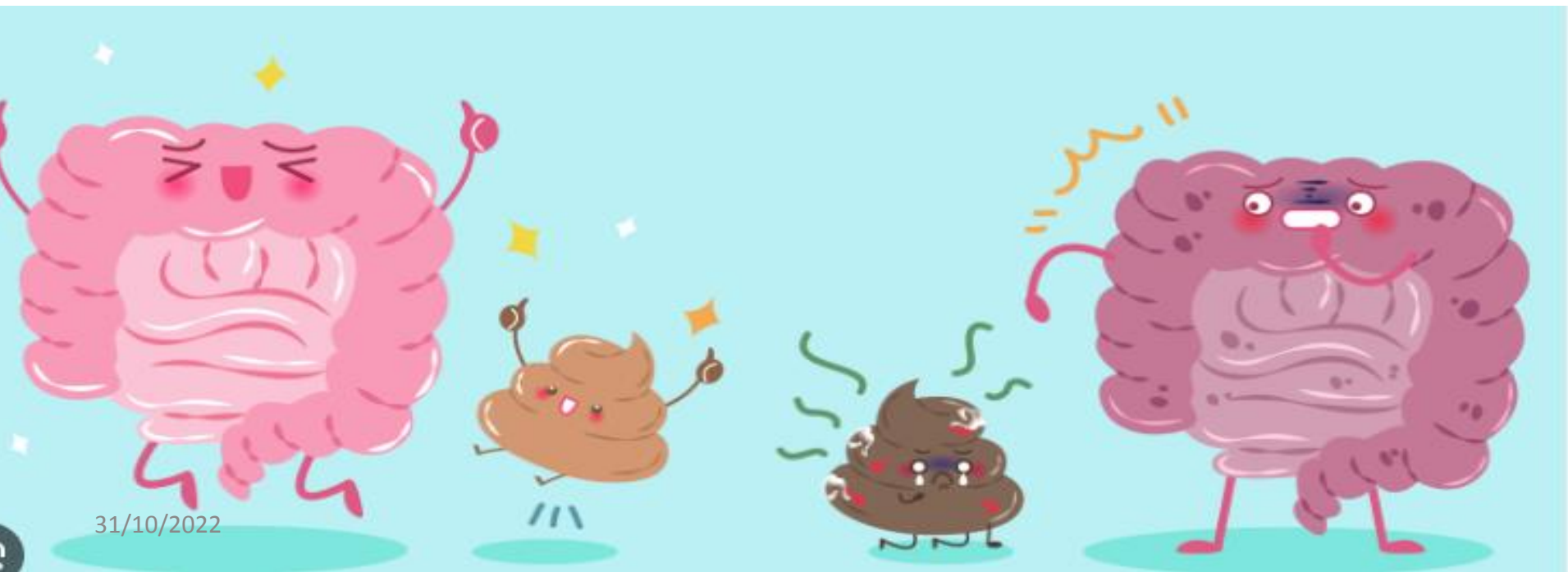
Klinik izlem:

Taburculuk sonrası tekrar kanlı gaita şikayeti ile başvuran hasta kliniği ve yaş aralığı düşünülerek Meckel divertikülü ön tanısı ile Ç.Cerrahi tarafından tanısal laparotomi yapıldı.

Tanısal laparotomide Meckel Divertikülü tanısı alan hastaya ileal rezeksiyon ve anastomoz yapıldı.



GIS KANAMA



31/10/2022

- Çocuklarda gastrointestinal sistem (GIS) kanamaları; ağızdan anüse kadar uzanan kanalın herhangi bir bölgesinde meydana gelebilir.
- Etiyolojide hayatı tehdit edici ağır varis kanamaları olabileceği gibi basit bir anal fissür de olabilir.
- Amerika'da yapılan bir çalışmada hastanede yatan hastalarda GIS kanaması oranı %0,5 olarak rapor edilmiştir. Çocuk yoğun bakım birimlerine yatan hastalardaki sıklığı ise %6,4 (ciddi kanama ise %0,4-1,6) bulunmuştur.
- Mortalite altta yatan hastalığa, etiyolojiye ve hastanın başvurduğu merkezin deneyim ve olanaklarına göre değişmekle birlikte, son yıllarda tanısal ve tedavi yaklaşımlarındaki gelişmelerle önemli ölçüde azalmıştır

Tablo 1. Çocuklarda gastrointestinal sistem kanamaları için kullanılan tanımlar

Tanımlar	
Üst GİS kanaması	Treitz ligamentinin proksimalinden (özofagus, mide ve duodenum) kaynaklanan kanamalar
Alt GİS kanaması	Treitz ligamentinin distalinden (ince bağırsak ve kolon) kaynaklanan kanamalar
Odağı bulunamayan GİS kanaması	Gözle görülür veya gizli olabilir.
Gizli kanama	Gözle tanımlanamayan, dışkıda gizli kan pozitifliği ve/veya demir eksikliği anemisine neden olan kanamalar
Hematemez	Taze kırmızı veya kahve telvesi görünümülü kanın kusma ile çıkarılması
Melena	Sindirilmiş kanın (koyu veya siyah renkli, katran benzeri) rektal yolla çıkarılması
Hematokezya	Taze kanın rektal yol ile atılması

GIS kanama ile başvuran bir hastada anamnezde neleri sorgulayalım?

- Kanamanın ne zaman başladığı, miktarı, rengi-görünümü ve tekrarlayıcı özellikte mi?
- Kusma rengini veya dışkı rengini değiştirebilen yiyecek ve/veya ilaç alımı var mı?
- Eşlik eden bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı gibi GIS bulgularının var mı?
- eşlik eden hastalık varlığı (karaciğer hastalığı, tanı almış inflamatuvar bağırsak hastalığı..)
- Son günlerde yapılan orofarengeal girişim, burun kanaması var mı?
- Yabancı cisim aspirasyonu (düğme tipi pil, keskin cisimler) öyküsü?
- Geçirilmiş bağırsak operasyonları?
- Ergen kızlarda menstürasyon durumu?
- Sık kusma-geğirme olup olmadığı, retrosternal ağrı, odinofaji, yutarken takılma hissinin varlığı?
- Kemoterapi/radyoterapi vb. ayrıntılı öykü alınmalıdır.

- Hastada kronik karaciğer hastalığı hikâyesi olması, özellikle özofagus varis kanaması açısından uyarıcı olmalıdır.
- Yenidoğan dönemindeki göbek kateterizasyonu portal ven trombozu yönünden önemlidir.
- Hastanın kullandığı ilaçlar (aspirin, antikoagölan, steroidler ve diğer antiinflamatuvar ilaçlar) gastrik erozyon ve ülser yönünden sorgulanmalıdır.
- ilk basamak hastanın hemodinamik olarak stabilitesini sağlamaktır. Daha sonra dışkıda renk değişikliğine yol açan nedenler dışlanmalı ve kanamanın kaynağı belirlenmelidir.

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- Çocuklardaki GİS kanamalarının %20 kadarı üst GİS kanamasıdır.
- Çocuklarda üst GİS kanamaları genellikle hafif seyretmekte olup çoğu endoskopik girişim gerekmeden kendiliğinden durmaktadır.
- Hastaların başvuru yakınması genellikle hematemez (%73) veya melenadır (%21).
- Hematemez taze kırmızı renkte olabileceği gibi mide asidi ile taze kanın teması sonucu kahve telvesi ya da pıhtılı şekilde de olabilir. Kırmızı olması kanamanın yeni olduğunun, mide asidi ile yeterli temas süresinin olmadığı göstergesidir.
- Melena görülmesi için en az 50-60 ml kanın sindirilmesi (gastrointestinal sistemde en az 6 saat durması) gerekmektedir.
- Melena olması, sadece hematemez olmasına göre daha fazla miktarda kanamayı gösterir. Rektumdan gelen taze kanamayı ifade eden hematokezya genellikle alt GİS kanaması bulgusu olmakla beraber, masif üst GİS kanamalarında da hematokezya görülebilir.



Fizik Muayene

- Ciddi kanama varlığında ilk olarak taşikardi ve ortostatik değişiklikler gözlenmektedir.
 - Ortostatik değişiklikler hastanın yatar pozisyondan oturur pozisyona getirildiğinde nabzın dakikada 20 vuru artması veya sistolik kan basıncının 10 mmHg düşmesi olarak tanımlanmaktadır ve orta derecede (%15-20) kanamanın bulgusudur.
 - Hipotansiyon kan hacminin %25-30'undan fazlası kaybedildiğinde ortaya çıkar. Hipotansiyon, bilinç değişikliği, ekstremitelerde soğukluk olması, kapiller yeniden dolmanın gecikmesi de kanamanın ciddi olduğunun işaretleridir.
- Fizik muayenede üst solunum yolu ayrıntılı olarak kanama odağı yönünden değerlendirilmelidir.

Tablo 2. Çocuklarda Üst GIS Kanamasında Yaşlara Göre Sık Gözlenen Etiyolojik Nedenler.

Yaş grubu	Etiyoloji
Yeni doğan dönemi	Maternal kan yutulması Koagülasyon bozuklukları Yenidoğanın hemorajik hastalığı (vitamin K eksikliği) Vasküler malformasyonlar Travma (nazogastrik tüpe bağlı) Stres gastrit/ülser Nekrotizan enterokolit Besin alerjisi (alt GIS kanama daha sıktır) Munchausen (ebeveyn tarafından) sendromu Annenin nonsteroidal ilaç kullanması Maternal trombositopeni
1 ay - 1 yaş	Gastrit (strese bağlı) İlaçlar İnek sütü protein alerjisi (alt GIS kanama daha sıktır) Vasküler malformasyonlar Mallory-Weiss sendromu Koagülasyon bozuklukları Özofajitler Munchausen (ebeveyn tarafından) sendromu Duplikasyon kistleri Özofajial ve gastrik "web"ler Özofagus varisleri
1 yaş - 5 yaş	Özofajitler İlaçlara bağlı Mallory-Weiss sendromu Gastrik ve duodenal ülseler Kostik madde içimi Özofagus varisleri Vaskülitler Munchausen (ebeveyn tarafından) sendromu Dieulafoy lezyonları/vasküler malformasyonlar Duplikasyon kistleri (lümenle ilişkili) Stromal tümörler ve diğer maligniteler Burun-ağız içi kanamalarının yutulması
5 yaş - 18 yaş	Özofagus varisleri Gastrik ve duodenal ülseler Reflü özofajit İlaçlar Mallory-Weiss sendromu Crohn hastalığı H.pylori gastriti Vasküler lezyonlar Vaskülitler Munchausen (ebeveyn tarafından veya kendisi) sendromu

ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Çocuklarda alt GIS kanamaları üst GIS kanamalarına göre daha nadir gözlenmektedir. Aile için endişe verici bir durum olmakla birlikte acil endoskopik veya cerrahi girişim nadir olarak gerekmektedir.

Çok nadir olarak aşırı miktarda üst GIS kanaması sonucu kolonik transit zamanının artmasına bağlı hematokezya gözlenebilmektedir.



Etiyoloji

- Yaşlara göre alt GIS kanamasının etiyolojisi değişmektedir.
- Ayırıcı tanıdan önce dışkıyı kırmızı renge boyayan ya da renk değişikliğine yol açan antibiyotik alımı (sefdinir ya da rifampisin gibi), demir ve bizmut preparatlarının kullanımı ve bazı besinlerin tüketimi (aşırı çikolata alımı, yaban mersini yenmesi ve bazı yeşil sebzelerin aşırı alımı) sorgulanmalıdır.
- Bebeklerde en sık sebep anal fissür iken daha büyük yaşlarda infeksiyöz ve inflamatuvar kolitler ön plandadır

Tablo 5. Yaş Gruplarına Göre Alt Gastrointestinal Sistem Kanama Nedenleri.

Yaş grubu	Etiyoloji
Yeni doğan	Maternal kan yutulması Anal fissür İnek sütü alerjisi (proktokolit) Nekrotizan enterokolit Malrotasyon ve volvolus Hirschsprung enterokoliti Koagülopati Vasküler malformasyonlar Duplikasyon kistleri
1 ay - 1 yaş	Anal fissür Allerjik proktokolit İnvajinasyon Meckel divertikülü İnfeksiyöz kolitler Erken başlangıçlı inflamatuvar bağırsak hastalığı Vasküler malformasyonlar
1 yaş - 5 yaş	Anal fissür İnvajinasyon Meckel divertikülü İnfeksiyöz kolitler Hemolitik üremik sendrom IgA vaskülit Jüvenil polip Soliter rektal ülser İnflamatuvar bağırsak hastalığı Vasküler malformasyonlar
5 yaş - 18 yaş	Anal fissür Meckel divertikülü İnfeksiyöz kolitler Hemolitik üremik sendrom IgA vaskülit Jüvenil polip Rektal hemoroidler Soliter rektal ülser İnflamatuvar bağırsak hastalığı Vasküler malformasyonlar Kanama diyatezleri

Anal fissür;

- Her yaş grubunda görülebilir.
- Daha çok taze kırmızı renkte çizgisel kanama ile bulgu verir.
- Özellikle tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde (4-6 ay), tuvalet eğitiminin alındığı dönemde (3-4 yaş civarı) ve okul başlangıcında (6 yaş) sık görülür.
- Kabızlıkla ilişkili olabileceği gibi Crohn hastalığının da bir belirtisi olabileceği unutulmamalıdır.

– İnek sütü protein alerjisi (alerjik proktokolit);

- Yenidoğan veya erken süt çocukluğu döneminde dışkıda kan ve mukuslu dışkılama ile ortaya çıkar.
- Bařka bir problemi olmayıp sağlıklı görünen kilo alımı iyi olan bebeklerde anal fissür dışlandıktan sonra ayırıcı tanıda inek sütü protein alerjisi dşnlmelidir.
- Alerjenin eliminasyonu ile çoğu olguda řikâyetler birkaç günde düzelir ve hastaların çoğu 9-12. aylarda alerjen besini tolere edebilirler.

– İnvajinasyon;

- Sağlıklı bir çocukta ani başlangıçlı kolik şeklinde karın ağrısı, kusma ve çilek jölesi şeklinde kanlı dışkılama invajinasyon belirtileridir.
- İnvajinasyonda GIS kanamanın görülmesi etkilenen bağırsak segmentinde venöz konjesyon ve iskeminin oluştuğunun göstergesidir.
- Süt çocuklarında invajinasyon genellikle idiyopatiktir veya terminal ileumun lenfoid hiperplazisi ile ilişkilidir. Daha büyük çocuklarda invajinasyon görülmesi halinde polip, intestinal duplikasyon veya Meckel divertikülü gibi altta yatan nedenler araştırılmalıdır.

– Meckel divertikülü;

- Omfalomezenterik kanalın tam olarak oblitere olmaması sonucu gelişir.
- Gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir ve prevalansı %4-11 arasında değişir.
- Divertiküllerin yaklaşık %50'sinin içerisinde heterotropik gastik mukoza olur ve komşu ileal mukozada ülserasyona bağlı kanamalar görülebilir.
- Öncesinde sağlıklı olan çocuklarda ağrısız, taze, tekrarlayan, kendi kendini sınırlayıcı, bazen de hayatı tehdit edecek kadar şiddetli kanama olarak bulgu verebilir

– Kolonik polipler;

- Tekrarlayan ağrısız hematokezya şeklinde bulgu verirler.
- Çocuklardaki poliplerin %90'dan fazlasını juvenil polipler oluşturmaktadır. Bunlar genellikle rektosigmoid bölgede lokalizedirler (%60-80) ve histopatolojik olarak hamartomatöz yapıdadırlar.
- Peutz-Jeghers, Cronkhite-Canada ve Cowden sendromundaki polipler de hamartomatöz yapıdadırlar.
- Adenomatöz polipler çocuklarda çok nadir gözlenmektedir ve premalign potansiyeli olan lezyonlardır.
- Çocukluk çağında daha çok ailesel polipozis koli, Gardner sendromu veya Turcot sendromu ile ilişkilidir.

Fizik Muayene;

- Malnütrisyon yönünden ayrıntılı antropometrik ölçümler, karın içi patolojiler yönünden de ayrıntılı karın muayenesi yapılması gereklidir.
- Rektal muayene (fissür, fistül, rektal polip ve skin tag gibi) ve cilt muayenesi (peteşi, hemanjiom ve diğer vasküler lezyonlar) yapılmalıdır.

TANI;

- Endoskopi;
 - Alt GIS kanamalarında üst GIS kanamalarının aksine acil endoskopik girişime gereksinim çok nadirdir, daha çok tanı amaçlı kullanılmaktadır.
 - Kolonoskopinin alt GIS kanamalarında tanı koyma değeri %48-90 arasında rapor edilmiştir.
- ^{99m}Tc perteknetat ;
 - Meckel divertikülü veya intestinal duplikasyonlarda bulunan heterotropik gastrik mukozanın gösterilmesinde duyarlı bir yöntemdir (%60-80).
 - Özellikle ağrısız, bol miktarda alt GIS kanaması olan bebeklerde kolonoskopiden önce tercih edilmelidir.
 - Hastanın kendi eritrositlerinin kullanıldığı ^{99m}Tc -RBC sintigrafisi 0,1 ml/dk'nın üzerinde kanaması olan hastalarda kullanılabilir.

Tedavi:

- 1-Hemodinaminin sağlanması:
 - GIS kanaması ile başvuran hastada öncelikli amaç; kanamanın ağırlığını saptayarak hastanın hemodinamisini stabil hale getirmek, kanamayı durdurmak ve tekrarını önlemektir.
 - Fizik muayene ve laboratuvar testleri planlanırken kan grubu tayini ve kan isteği de yapılmalıdır.
 - İlk basamak tüm acil ve ağır hastalarda olduğu gibi havayolu, solunum ve dolaşımın sağlanmasıdır.
 - Hasta monitörize edilmelidir.

- İkinci basamak sıvı tedavisidir. Öncelikle iki sağlam ve yeterli çapta damar yolu açılarak, tam kan sayımı, kan grubu ve koagülasyon parametreleri çalışılmalı ve hemodinamik olarak gerekli ise sıvı yüklenmelidir.
- Hacim replasmanı ile hipotansiyon 30 dakika içinde düzeltilemiyorsa organ harabiyetlerini önlemek için vazopressörler (tercihen noradrenalin) başlanmalıdır.

- Kan basıncı başlangıçta vazokonstrüksiyona bağılı olarak normal ölçülebilir. Hipotansiyon ile birlikte uzamış kapiller doluş zamanı ağır (>%25) hipovoleminin göstergesidir, kollapsın öncüsü olabilir.
- Sıvı tedavisi verilirken hastanın kan transfüzyonuna gereksinimi olup olmadığı belirlenmelidir. Amaç Hb düzeyini >8 g/dl üzerinde (7-9 g/dl arasında) tutmaktır.

- Medikal tedavi
 - PPI, H2 reseptör bloker, sukralfat, oktreotid, propranol
- Endoskopik tedavi
- Cerrahi tedavi

- Teşekkürler.

- <https://www.pedgastro.org/doc/rehber/GIS%20Kanama%20Rehberi.pdf>