



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Gastroenteroloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

8 Kasım 2016 Salı

Yandal Ar. Gör. Uzm. Dr. Nihal Uyar Aksu

Çocuk Gastroenteroloji BD Olgu Sunumu

08.11.2016

Dr. Nihal Uyar Aksu

- 2 yaş 10 aylık kız hasta
- Bařvuru yakınması: Kusma

Öykü

- Ağustos 2016'da kusma şikayeti başlamış.
- Her beslenmeden 5 dk kadar sonra 5-6 defayı bulan kusması oluyormuş.
- Katı gıdalar yediğinde kanlı kusuyormuş.
- Kusması fişkirir tarzdaymış.
- Son 1,5 ayda 4 kg kaybetmiş.

Özgeçmiş-Soygeçmiş

- 36 GH, 2.700 g doğmuş.
- Geçirdiği hastalık yok.
- Anne, 20 yaş, S-S
- Baba, 21 yaş, S-S
- Akraba evliliği yok
- 1. çocuk hastamız
- Ailede sürekli hastalık: Yok

Fizik muayene

- Boy: 90 cm (10. p, -1,32 sds)
- Ağırlık: 11 kg (2. p, -1,98 sds)
- BMI: 13,6 (4. p, -1,82 sds)
- Genel durum iyi
- Cilt soluk
- Ek özellik yok

Laboratuvar

- BK: 9.645/mm³
- Nöt: 2.995/mm³
- Hb: 9,66 g/dl
- MCV: 63,48 fL
- Plt: 402.500/mm³
- CRP: 0,12 mg/dl

- Kreatinin: 0,33 mg/dl
- Total bilirubin: 0,19 mg/dl
- Direkt bilirubin 0,06 mg/dl
- AST: 22 ü/l
- ALT: 11 ü/l
- Total protein: 6,4 g/dl
- Albümin: 4,4 g/dl

- Na: 135 mEq/l
- K: 4,28 mEq/l
- Cl: 93 mEq/l
- pH: 7,6
- pCO₂: 29,5 mmHg
- HCO₃: 31,4 mmol/l
- Tam idrar tahlili:
 - pH 8, dansite 1.015
 - Protein 1+, lökosit negatif, eritrosit negatif

Patolojik bulgular

- Kusma
- Kilo kaybı
- Anemi
- Hipokloremik metabolik alkaloz

ÖN TANILAR?

Common or critical causes of vomiting in the pediatric age range

Neonate	Infancy	Childhood	Adolescence
Physiologic reflux or GERD*	Physiologic reflux or GERD*	Gastroenteritis*	Gastroenteritis*
Dietary protein intolerance* or allergy (eg, milk protein-induced enteritis)	Gastroenteritis*	Streptococcal pharyngitis*	Posttussive* (asthma, infection, foreign body)
Pyloric stenosis	Dietary protein intolerance* or allergy (eg, milk protein-induced enteritis)	Posttussive* (asthma, infection, foreign body)	Functional dyspepsia*
Necrotizing enterocolitis	Obstruction (eg, intussusception, malrotation, Hirschsprung disease, pyloric stenosis)	Functional dyspepsia*	GERD*
Malrotation with midgut volvulus	Inborn errors of metabolism (eg, hereditary fructose intolerance, galactosemia, organic acidemias, urea cycle disorders)	GERD*	Streptococcal pharyngitis
Congenital atresias, stenoses, webs	Munchausen syndrome by proxy	Peptic ulcer	Pregnancy
Gastroenteritis	Infant rumination	Cyclic vomiting	Bulimia
Hirschsprung disease	Otitis media	Psychogenic	Drugs of abuse
Inborn errors of metabolism (eg, organic acidemias, urea cycle disorders, galactosemia, hereditary fructose intolerance)	Urinary tract infection	Increased intracranial pressure (tumor, hydrocephalus, subdural hematoma from child abuse)	Suicide attempt
Feeding intolerance (may be associated with cardiac, pulmonary, renal, or neuromotor disorders)	Toxic ingestion	Otitis media	Peptic ulcer
Adrenal crisis	Increased intracranial pressure (subdural hematoma from child abuse, hydrocephalus)	Urinary tract infection	Appendicitis
Hepatobiliary disease	Hepatobiliary disease	Toxic ingestion	Psychogenic
	Renal disease (obstructive uropathy, renal insufficiency)	Diabetic ketoacidosis	Gastroparesis
	Pancreatitis	Eosinophilic esophagitis	Intracranial mass
	Adrenal crisis	Obstruction (eg, malrotation, intussusception, incarcerated hernia)	Cyclic vomiting
		Hepatobiliary disease	Eosinophilic gastroenteritis/esophagitis
		Renal disease (renal insufficiency)	Diabetic ketoacidosis
		Pancreatitis	Obstruction (eg, malrotation, intussusception, incarcerated hernia)
		Gastroparesis	Hepatobiliary disease
		Adrenal crisis	Renal disease (renal insufficiency)
			Pancreatitis
			Adolescent rumination syndrome
			Adrenal crisis

GERD: gastroesophageal reflux disease

*Common cause in this age group

Görüntüleme

- Karın US: Mesane lümeni içinde hareketli noktasal ekojeniteler ve seviye veren ekojen debris izlendi. Orta hat yoğun gaz süperpozisyonu nedeniyle değerlendirilemedi.
- Özefagus-Mide-Duodenum Grafisi: Midede dilatasyon ve distandü görünüm izlendi. Distale kontrast geçişi izlenmekle birlikte görünüm pilor çıkış obstrüksiyonu ile uyumludur.



- Karın US: Midede dilatasyon ve distandü görünüm mevcuttur. Mide çıkış düzeyinde dilatasyon sonlanmaktadır. Ancak pilor stenozu ile uyumlu karakteristik bulgu mevcut değildir.
- Karın BT: Mide çıkım düzeyinde obstrüksiyon; bezoar?, pilorik invajinasyon?, gastrik perde (*web*)?, pilor kas hipertrofisi?. Endoskopik inceleme önerilir. Midede dilate ve distandü görünüm mevcuttur.

Üst GIS endoskopisi



- **Ameliyatta :**

- Midenin oldukça dilate, pilorun kalınlaşmış olduğu görüldü.
- Piloromyotomi yapıldı.
- Pilordaki stenozun açılmadığı görüldü.
- Perde düşünülerek piloroplasti uygulandı.
- Perde olduğu düşünülen doku eksize edildi.

Dođuřtan pre-pilorik (antral) perde

- Dođuřtan pre-pilorik perde, mide çıkışı tıkanıklıklarının seyrek görülen nedenlerindedir.
- Grlme sıklığının 100.000 doğumda bir olduğu tahmin edilmektedir.
- Pre-pilorik perde genellikle 1-4 mm kalınlığında, pilorun 1-2 cm proksimalinde bulunan ince bir zardır.

- Mukoza ve submukozadan oluşur.
- Nedeni tam bilinmemekle birlikte, embriyonik dönemde önbağırsağın kısmi (tam olmayan) kanalizasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Belirti ve bulgular

- Tıkanıklığın derecesine bağlıdır.
- Tam tıkanıklıkta doğumdan kısa bir süre sonra safrasız kusma, beslenme intoleransı ve mide distansiyonu görülür.
- Tanı geciktiğinde aspirasyon, dehidratasyon, hipokloremi, hipokalemik metabolik alkaloz ve mide delinmesi görülebilir.

- Kısmi tıkanıklıkta aralıklı epigastrik distansiyon, mide bulantısı, kusma, erken doygunluk hissi ve kilo kaybı görülebilir.

Tanısal değerlendirme

- Direkt grafide midede genişleme, pilor distaline hava geçişinin olmaması
- USG'de antral bölgede ekojenik diyafram benzeri yapı, mide dilatasyonu ve pilorun normal olması

- Baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisinde antral bölgede keskin sınırlı dolma kusuru izlenir.
- Endoskopi, tanıda ve eşlik edebilecek mide hastalıklarının gösterilmesinde kullanılabilir.

Tedavi

- Dehidratasyon ve elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi
- Tam tıkanıklıkta nazogastrik dekompresyon
- Cerrahi-pilorooplasti (en sık)
- Zar ince olduğunda endoskopik tedavi denenebilir.
- Tesadüfen antral perde saptanan, belirtisiz hastalar az miktarda, sık beslenme ve antispazmodikler ile tedavi edilebilir.