

Geç bulgu veren hipertrofik pilor stenozu: Bir vaka takdimi

Yusuf Usta¹, Nuray Uslu¹, Figen Gürakan², Aysel Yüce², Beril Talim³

Saniye Ekinci⁴, Mehmet Emin Şenocak⁵

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Pediyatri Uzmanı, ²Pediyatri Profesörü, ³Pediyatri Yardımcı Doçenti, ⁴Pediyatrik Cerrahi Yardımcı Doçenti, ⁵Pediyatrik Cerrahi Profesörü

SUMMARY: Usta Y, Uslu N, Gürakan F, Yüce A, Talim B, Ekinci S, Şenocak NE. (Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Late-onset hypertrophic pyloric stenosis: a case report. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 199-200.

Hypertrophic pyloric stenosis is a common cause of intestinal obstruction in infancy, and is not initially considered as a cause of gastric outlet obstruction in childhood. Nonbilious vomiting is generally the initial symptom. We report a male patient who was evaluated first at the age of 28 months because of abdominal pain, vomiting and hematemesis. The first evaluation revealed partial pyloric obstruction and the patient was treated medically. However, as he did not respond to medical treatment, Billroth 1 reconstruction was needed. Hypertrophic pyloric stenosis was shown histologically. In conclusion, we suggest that hypertrophic pyloric stenosis should be considered as a rare cause of gastric outlet obstruction in childhood as well as infancy.

Key words: *childhood, vomiting, gastric outlet obstruction, hypertrophic pyloric stenosis.*

ÖZET: Hipertrofik pilor stenozu, bebeklerde intestinal obstrüksiyonun sık görülen nedenlerinden biri olup, çocukluklarda mide çıkış ostrüksiyonunun bir nedeni olarak akla gelmemektedir. Genellikle ilk yakınma safrasız kusmadır. Sunduğumuz 28 aylık erkek hasta, kusma, karın ağrısı ve hematemez şikayetiyle getirildi. Yapılan incelemede pilor düzeyinde parsiyel obstrüksiyon saptandı ve tıbbi tedavi başlandı, ancak yanıt vermediği için Billroth 1 ameliyatı yapıldı. Histolojik olarak hipertrofik pilor stenozu saptandı. Seyrek görülmeyle birlikte, bebeklerde olduğu gibi çocukluklarda da mide çıkış ostrüksiyonuna yol açan hastalıklar içerisinde hipertrofik pilor stenozu düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: *kusma, mide çıkış ostrüksiyonu, hipertrofik pilor stenozu.*

Hipertrofik pilor stenozu (HPS) bebeklerdeki intestinal obstrüksiyon nedenlerinden biri olup, ilk yakınma olan safrasız kusma genellikle doğumdan sonra üçüncü haftada başlamakta ve ciddi asit-baz, elektrolit bozukluklarına neden olmaktadır. Seyrek olarak geç tanı alan vakalar olup, burada böyle bir hasta sunulmuştur¹.

Vaka Takdimi

Yirmisekiz aylık erkek çocuk, bir yaşından itibaren artan kusma, karın ağrısı ve katı besinleri yememe yakınmasıyla izlenirken, bir ay önce şiddetli kusma sonrası hematemez nedeniyle dış merkezde hastaneye yatırıldığı, *Helicobacter pylori* enfeksiyonu düşünülerek antibiyotik ve proton pompa inhibitörü (PPI)

verildiği, ancak kusma ve hematemezinin tekrarlaması nedeniyle hastanemize getirildiği öğrenildi. Özgeçmişinden dört kez idrar yolu enfeksiyonu tanısı aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı 11.5 kg (3-10. persentil), boyu 90 cm (50. persentil) olup, diğer sistem bulguları doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobün 11.5 gr/dl, lökosit sayısı 13.100/mm³, MCV 71 fL, trombosit sayısı 309.000/mm³, periferik kan yaymasında %64 nötrofil, %34 lenfosit, %2 çomak saptandı ve eritrosit yapısı hafif hipokrom mikrositer idi. İdrar incelemesi, venöz kan gazları, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, kalsiyum, fosfor,

glukoz, serum trigliserid ve kolesterol düzeyi normal bulundu. İdrar kültüründe üreme olmadı. Ayakta direkt karın grafisinde mide dilatasyonu, karın ultrasonografisinde antrum ve bulbusta duvar kalınlaşması (mide çıkışında obstrüksiyon?), ösefagus-mide-duodenum grafisinde pilor düzeyinde parsiyel obstrüksiyon saptandı. Yapılan üst endoskopide (ÖGD) antrum ve pilorda ödem, antrumda nodülarite vardı, pilor geçilemedi ve yapılan dilatasyonla açılmadı, üreaz negatif bulundu. Mide mukozasının patolojik incelemesinde spesifik bulgu saptanmadı.

Bu bulgularla oral alımı kesilen hastaya total parenteral beslenme, intravenöz 1 mg/kg/gün omeprazol tedavisi verildi. bir ay sonra ağızdan beslenmeye başlandıktan sonra kusmaları başladığı için ÖGD'si tekrarlandı. Obstrüksiyonun devam etmesi nedeniyle ameliyata alınan hastada pilor fibrotik ve sert bulundu, Billroth 1 ameliyatı yapıldı. Histopatolojik incelemede, pilordan alınan kesitlerde musküler tabakada hipertrofi, submukozada ödem, mukozada dilate kriptler, yer yer kanama, erozyon ve fokal ülserasyon, yüzeyde fibrin birikimi ve lamina propriyada mononükleer hücreler görüldü (Şekil 1). On gün sonra oral beslenerek taburcu edilen hastanın dört ay sonra yapılan kontrolünde hiç bir şikayetinin olmadığı ve ağırlığının 12.9 kg (25. persentil) olduğu saptandı.

Tartışma

Çocukluk yaşındaki mide çıkış ostrüksiyonları antrum ve pilorun konjenital intrensik obstrüksiyonuna (aplazi, atrezi, web gibi),

infantil hipertrofik pilor stenozuna ve belirgin bir neden olmaksızın primer (bebeklik ve çocukluk döneminde ortaya çıkan) veya sekonder (duodenal veya pilorik peptik ülser, tümörler) nedenlerle ilişkili olarak gelişebilir¹. süt çocukluğu dışında HPS öncelikli olarak akla gelmemektedir. Ancak hastamızda olduğu gibi seyrek olarak geç bulgu vererek daha ileri yaşlarda da tanımlanması mümkündür. En belirgin semptom safrsız kusmadır. Gastrik ve ösefageal enflamasyona sekonder abdominal distansiyon ve kanama görülebilir. Tanıda ultrasonografi oldukça duyarlı olup, baryum çalışması tanıyı destekleyebilir. Gastroösefageal reflü, tuz kaybettiren konjenital adrenal hiperplazi, metabolik hastalıklar ve peptik hastalıklarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır¹⁻⁴.

KAYNAKLAR

1. Sharma KK, Agrawal P, Toshniwal H. Acquired gastric outlet obstruction during infancy and childhood: a report of five unusual cases. J Pediatr Surg 1997; 32: 928-930.
2. Hellan M, Lee T, Lerner T. Diagnosis and therapy of primary hypertrophic pyloric stenosis in adults: case report and review of literature. J Gastrointest Surg 2006; 10: 265-269.
3. Mandell GA, Wolfson PJ, Adkins ES, et al. Cost-effective imaging approach to the nonbilious vomiting infant. Pediatrics 1999; 103: 1198-1202.
4. Elinoff JM, Liu D, Guandalini S, Waggoner DJ. Familial pyloric stenosis associated with developmental delays. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 41: 129-132.



Resim 1. Mukozada fokal inflamasyon gösteren hipertrofik pilor.