

Akut Gastrik Dilatasyona Bağlı Mide Perforasyonu, Olgu Sunumu

Osman Z. Karakuş¹, Çiğdem Atılğan²

1 Vali Recep Yazıcıoğlu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Tokat

2 Vali Recep Yazıcıoğlu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Tokat

Adres: Vali Recep Yazıcıoğlu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. 60200/Tokat- TÜRKİYE

Tel: 0365 228 42 00/407 Cep: 0532 633 45 81 E-mail: drosmankarakus@hotmail.com

ÖZET:

Giriş: Akut mide dilatasyonu (AMD) ve mide perforasyonu çocukluk çağında oldukça nadir görülen bir durumdur. AMD etiolojisinde aşırı yeme, peptik ülser, travma resusitasyonu, elektrolit bozuklukları, volvulus ve pek çok başka sebep rol oynayabilir. Mide dekompresyonu uygulanması ve perforasyon varlığında acil cerrahi girişim mortaliteyi azaltır.

Olgu Sunumu: Yazımızda 14 yaşında mide perforasyonu tespit edilen bir hastanın olgu sunumu yapılmaktadır. Oruç sonrası fazla yemeye bağlı karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvuran hastada hafif batın distansiyonu, periton irritasyon bulguları, direkt batın grafisinde serbest hava gölgesi saptandı. Acil laparotomi uygulanan hastada midede nekroze ve rüptüre alan eksize edilerek primer onarım uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Akut mide dilatasyonuna bağlı spontan mide perforasyonunda erken tanı ve hızlı cerrahi müdahale hayat kurtarıcıdır.

Anahtar sözcükler: Mide dilatasyonu, nekroz, intestinal perforasyon

SUMMARY:

Gastric Perforation Secondary to Acute Gastric Dilatation, Case Report

Objective: Acute gastric dilatation (AGD) and gastric perforation are extremely rare conditions in childhood. Psychogenic polyphagia, peptic ulcer, trauma of resuscitation, electrolyte abnormalities, volvulus and many other reasons may play a role in the etiology of the AGD. Gastric decompression and urgent surgical intervention reduce mortality.

Case Report: A case of 14 years old boy who presented with complaints of abdominal pain and vomiting that diagnosed gastric perforation was reported. The patient who suffered with abdominal pain and vomiting due to over-eating after fasting, mild abdominal distension and peritoneal irritation findings were detected in the physical examination and free air was found at plain abdominal radiography. Primary repair was performed by excision of necrotic and ruptured area that is detected in the emergency laparotomy. The patient was discharged with no postoperative complications.

Conclusions: Early diagnosis and urgent surgical intervention in spontaneous gastric perforation due to acute gastric dilatation is life saving.

Key words: Gastric dilatation, necrosis, intestinal perforation

GİRİŞ

İlerlemiş mide dilatasyonuna bağlı nekroz ve perforasyon çocuklarda nadir görülür (1,2). Akut mide dilatasyonunun literatürde bir çok nedeni bildirilmiştir. Makalemizde oruç sonrası aşırı yemek nedeniyle gelişen akut mide dilatasyonuna bağlı mide perforasyonun tanısı, tedavisi ve sonuçları sunulmaktadır.

OLGU: 14 yaşında erkek hasta, 12 saat önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede genel

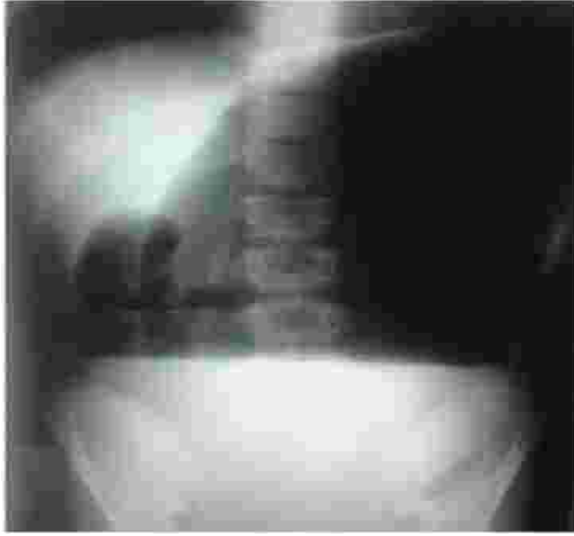
durum orta, hafif batın distansiyonu, tüm kadranda hassasiyet ve defans saptandı. Safralı mide mayi şeklinde kusması mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. TA: 110/60 mmHg, nabız 96/dak, vücut sıcaklığı 37,2 C. Laboratuar tetkiklerinde Hb: 15,4, WBC: 20.400, PLT:289.000 idi. Glukoz: 213, BUN: 28, Kreatinin: 0.99, Na: 146, K: 3.9, Cl: 118 idi. Dış merkezde çekilen direkt batın grafisinde dilate mide imajı görüldü (**Resim 1**). Ancak acil serviste çekilen direkt

batın grafisinde pelvise kadar uzanan serbest hava görünümü saptandı (**Resim 2**).

Resim 1:Direkt batın grafisinde dilate mide görünümü



Resim 2:Direkt batın grafisinde büyük serbest hava görünümü.



Anamnezinde oruç sonrası fazla miktarda kuru fasulye yediği öğrenildi. Hastaya nazogastrik sonda takıldı ve 1000 cc kahverengi mide içeriği drene edildi. Sıvı replasmanı sonrası laparotomi yapılan hastada orta hat vertikal insizyon ile batına girildi. Pelvise kadar uzanan tüm batın içerisinde sindirilmemiş gıda artıklarını da içeren bol miktarda mayi görüldü. Mide incelendiğinde, fundus apeksinden antruma doğru uzanan, büyük ve küçük kurvaturlar arasında, korpus ön yüzde yaklaşık 10 x 15 cm'lik rüptüre olmuş alan görüldü. Bu kısımda mide duvarı oldukça ince ve nekrotik görümlü idi. Rüptüre mide duvarı kanlanması iyi olan bölgeye kadar eksize edildi ve iki kat

halinde primer onarım yapıldı. Post operatif dönemde sıvı ve elektrolit replasmanı yapıldı, mevcut asidoz düzeltildi, nazogastrik dekompresyona devam edildi. Hastaya total parenteral beslenme başlandı. Post operatif 13. güne kadar nazogastrik drenaj devam etti. İleus tablosu geçmeyen hastada intestinal adezyon olabileceği düşünüldü. Ancak postoperatif 16. günde pasajı açılan hastanın enteral beslenmesi başlandı. Patolojik incelemede mide duvarında epitel izlenmezken ince kas tabakası kısmında hemoraji, nekroz ve inflamasyon bulguları saptandı.

TARTIŞMA

Çocuklarda ön barsak perforasyonu nadirdir. Etiyolojide farklı etkenler rol oynar. Olguların yarısı term ya da prematür yenidoğanlardır. Üçte biri ise iyatrojenik nedenlere bağlıdır (1,2). Diğer nedenler yeme bozuklukları, travma resusitasyonu, hiatal herni volvulusu, ilaç kullanımı, elektrolit bozuklukları, psikojenik aşırı yeme, superior mezenterik arter sendromu, annuler pankreas ve sayısız başka durumlara bağlı geliştiği bildirilmiştir (3,4). Ancak kaynaklarda uzun süren açlık sonrası aşırı yemeye bağlı mide perforasyonu olmasıyla ilgili bir bilgi saptanmadı. Erişkinlerde ise etiolojide karsinoma ve peptik ülser en çok görülen nedenlerdir (2,5). Midenin kan dolaşımı oldukça zengin olsa da mide dilatasyonu ilerlediği zaman mide duvarında nekroz gelişebilir (2). Bunun bir sonucu olarak mide iskemi ve perforasyonu %80 ile %100 oranında mortalite ile sonuçlanabilir (4). Mide genişlediği zaman duvar inceler, kan damarları uzar ve ilk olarak kan akımı yavaşlar. Bir aşamadan sonra obstrüksiyon ve sonrasında iskemi oluşur. Bu süreç uzadığı zaman mide duvarında nekroz gelişir ve sonrasında rüptür görülebilir. Rüptür en yaygın şekilde büyük kurvatur tarafından fundus ile korpus arasından olur (3). Rüptür mide içindeki basınç 120–150 mmHg düzeylerinde iken oluşur ki normal erişkin midesinde yaklaşık 4 litre sıvı ile oluşabilir (6). Olgumuzda aşırı yeme sonrası akut mide dilatasyonu geliştiği ve sonrasında mide duvarında gelişen iskemi ve nekroza bağlı rüptür olduğu görülmüştür. Akut mide dilatasyonun ilk başlangıçta bulguları belirsizdir.

Kusma olgularının %90'ında görülebilir(4). Batın ağrısı ve ilerleyici batın distansiyonu hastaların çoğunda görülür (1-9). Bulgular perforasyon geliştiğinde belirginleşir ve genellikle peritoneal irritasyon bulgularıdır. Elektrolit bozukluğu ve asid-baz dengesizliği gelişebilir. Süreç ilerlediği zaman hemorajik şok, septik şok bulguları ortaya çıkabilir. Direkt batın grafilerinde dilate mide, pneumoperitoneum, büyük hava-sıvı seviyeleri görülebilir (3,4). Bilgisayarlı tomografi akut mide dilatasyonun tanısı etyolojisinin ayırt edilmesinde yol gösterebilir.

Tedavide hedef, erken tanı, hızlı mide dekompresyonu, sıvı replasmanı ile iskeminin önlenmesidir (3,4). Mide perforasyonu geliştirse hızlı şekilde cerrahi girişim hayat kurtarıcıdır. Cerrahi tedavide nekroz ve perforasyon alanı sınırlı ise primer onarım ve dekompresyon yeterli olabilmektedir. Ancak total mide nekrozu geliştiği durumlarda total gastrektomi, gastrojejunostomi ya da özefago-jejunostomi prosedürleri uygulanabilir. Cerrahi tedavide mortalite %50-80 arasında bildirilmektedir (3,9). Cerrahi sonrası takip için özefago-jejunal beslenme tüpü yerleştirilebilir. Hasta enteral beslenmeye geçene kadar total parenteral beslenme ile desteklenmelidir. Olgumuzda da nekrotik alanın eksizyonu ile primer onarım uygulandı. Takibinde nazogastrik dekompresyon ve total parenteral beslenme ile tedavisi sürdürüldü ve 16. gün enteral beslenmeye başlandı. Adeziv intestinal obstrüksiyon saptanmayan olgumuzda barsak aktivitesinin geç başlamasının yaygın peritonite bağlı olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Akut mide dilatasyonu çocuklarda nadir görülen ancak çok hızlı bir şekilde perforasyona neden olarak mortal seyredabilen bir durumdur. Aşırı yemek sonrası karın ağrısı, kusma ve yaygın periton irritasyon bulguları olan hastalarda ön tanıda akut mide dilatasyonu da akla getirilmelidir. Direkt batın grafilerinde aşırı dilate mide, hava-sıvı seviyeleri ve laboratuvar bulguları dikkatle değerlendirilmelidir. Erken tanı, etkili dekompresyon tedavisi ve hızlı cerrahi girişim komplikasyonları ve mortaliteyi azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Abadir J, emil S, Nguyen N. *J Pediatr Surg.* 2005;40(12):1903-7.
2. Turan M, Şen M, Canbay E, Karadayı K, Yıldız E. *necrosis and perforation caused by acute gastric dilatation: report of a case. Surg Today.* 2003;33(4):302-4.
3. Qin HC, Yao H, Zhang J. *Chinese Medical Journal.* 2000;113(12):1147-9.
4. *Acute gastric dilatation and ischemia secondary to small bowel obstruction. Proc (Bayl Univ Med Cont);*2008;21(1):15-7.
5. Morikawa N, Honma T, Kuroda T, et al. *Lethal gastric rupture caused by acute gastric ulcer in a 6-year-old girl. Pediatr Surg Int.* 2005;21(11):943-6.
6. Gyurkovics E, Tihanyi B, Szijarto A, et al. *Gastric distension: a risk factor of pneumoperitoneum during cardiopulmoner resuscitation. Am J Emerg Med.* 2006;24(7):8-879.
7. LeDoux MS, Sillers MJ, Atkins CP. *Spontaneous rupture of the stomach in an adult. South Med J.* 1991;84(3):399-401.
8. *Acute gastric dilatation and necrosis: a case report. Acta Chir Belg.* 2008;108(5):602-3.
9. Todd SR, Marshall GT, Tyroch AH. *Acute gastric dilatation revisited. Am surg.* 2000;66(8):709-10.