

Bir İnfantta Korozif Alımına Bağlı Tam Mide Çıkış Obstrüksiyonu: Kusmanın Nadir Bir Nedeni

Complete Gastric Outlet Obstruction Due to Corrosive Ingestion in an Infant: A Rare Cause of Vomiting

Sedat IŞIKAY¹, Haşim OLGUN¹, Nurgül IŞIKAY³, Naci CEVİZ²

¹Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

²Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

³Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye



ÖZET

Kusma, çocukluk çağında sık görülen bir belirtidir. Gastrointestinal sistem hastalıkları gibi sistemik hastalıklarda görülen kusmanın birçok etiyolojik nedeni vardır. İnfantta mide çıkış obstrüksiyonu (MÇO) doğuştan ya da kazanılmış nedenler sonucu gelişebilir. Kazanılmış MÇO infantta nadir olup, peptik hastalık, neoplazm ve kostik alımı sonucu gelişmektedir. MÇO korozif alımına bağlı gelişen bir komplikasyon ve kusma nedenidir.

Karın ağrısı, kusma ve kilo kaybı sebebiyle başvuran 2 yaşında erkek bir olguyu sunuyoruz. Olgunun 3 hafta önce korozif madde içme öyküsü vardı. Hastaneye yatışında kilo kaybına bağlı genel durum bozukluğu dışında fizik muayenesi normaldi. Baryumlu incelemeler de özofagus normal, mide geniş ve mide çıkışı tam kapalı idi. Olgunun değerlendirmesinde tam pilorik tıkanıklık tespit edilerek gastrojejunal anastomoz operasyonu yapıldı.

Sonuç olarak, infantta kusmanın bir nedeni olarak korozif alımına bağlı MÇO'nun akılda tutulmasını öneriyoruz. Korozif alım öyküsü olması bu olgularda önemli bir ipucu olabilir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Kostik, Kusma, Mide çıkış obstrüksiyonu

ABSTRACT

Vomiting is common symptom in childhood. There are many causes and it can also be seen in systemic pathologies such as gastrointestinal system disorders. Gastric outlet obstruction (GOO) in infancy may result from congenital or acquired causes. Acquired GOO in infancy is a rare condition. The acquired causes of GOO in infants are acid peptic disease, neoplasm and caustic ingestion. GOO is a well-known complication of corrosive ingestion and is a cause of vomiting.

We report a male patient who was evaluated first at the age of two years because of abdominal pain, vomiting and weight loss. There was a history accidental ingestion of corrosive substance 3 weeks previously. On admission, his physical examination was normal except the poor general status caused by weight loss. Barium study findings showed a normal esophagus and complete obstruction at the gastric outlet with a dilated stomach. The evaluation revealed complete pyloric obstruction, and gastrojejunal anastomosis was performed.

In conclusion, we suggest that GOO due to corrosive ingestion should be considered as a cause of vomiting in infancy. Corrosive ingestion history may be an important clue for these cases.

Key Words: Child, Caustic, Vomiting, Gastric outlet obstruction

GİRİŞ

Mide çıkış obstrüksiyonu (MÇO) pediatrik yaş grubunda nadir görülen konjenital ve edinsel nedenlerle gelişebilen bir klinik tablodur. İnfantta en sık neden konjenital anomaliler olup edinsel sebepler nadir olarak görülmektedir (1,2). Korozif alımı sonrası bir komplikasyon olarak gelişen MÇO bu yaş grubunda nadir olarak karşımıza çıkmaktadır (2-5).

Bu yazıda kusma etiyolojisi açısından araştırılan ve yapılan incelemelerde MÇO saptanan bir infant bu yaş döneminde kusmanın nadir bir sebebi olması nedeniyle sunulmaktadır.

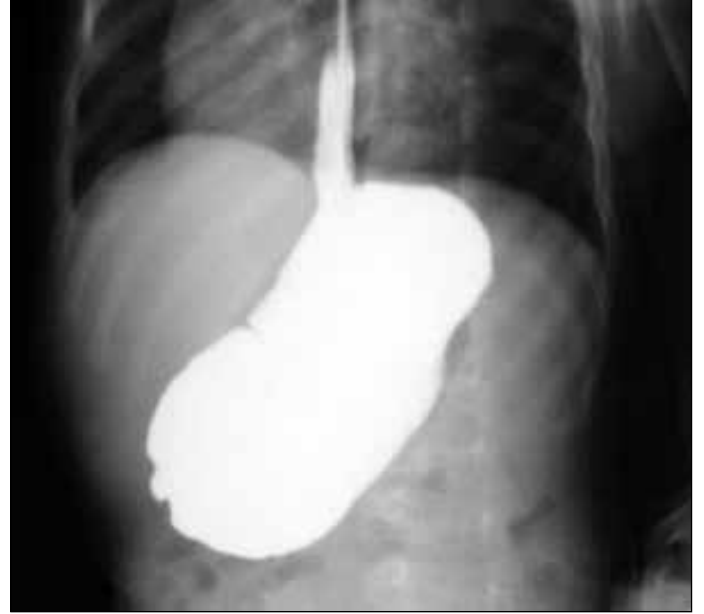
OLGU

İki yaşında erkek hasta, 10 gündür artan kusma, karın ağrısı,

huzursuzluk, yemeklerden sonra şişkinlik ve kilo kaybı şikâyetleri ile getirildi. Annesinden alınan öyküsünde üç hafta önce ev temizliğinden artan bir miktar sıvı temizlik maddesinden kazayla içtiği ve bu nedenle başka bir sağlık kuruluşunda bir gün boyunca yatırılarak izlendiği öğrenildi. Kullanılan temizlik maddesinin açıkta satılan markasız temizlik sıvılarından olduğu ifade edildi. Aileden, kullanılan sıvının kutusunun getirilmesi istenildi. Getirilen kutunun üzerinde içeriğin adı, formülü, başka bir maddenin olup olmadığı, içeriğin pH ve konsantrasyonu belirtilmiyordu. Kutunun boş olması ve içilen maddenin temin edilememesi nedeniyle pH ölçümü yapılamadı. Markasız satılan temizlik ürünlerinin genellikle alkali ve asidik maddelerle karıştırılarak üretilmeleri nedeniyle olgunun içtiği sıvının, tam olarak niteliği tespit edilemedi. Olgunun öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, etrafla ilgisi azalmış ve dehidrate görünümde idi. Vücut ısısı 36,5°C, solunum sayısı 28/dk, kalp tepe atımı 77/dk, vücut ağırlığı 10 kg (3–10. persentil) ve boyu 85 cm (25–50. persentil) idi. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 10,2 g/dL, beyaz küre sayısı 6900/mm³, MCV 67 fl, trombosit sayısı 160.000/mm³ idi. Periferik kan yaymasında %64 nötrofil, %36 lenfosit mevcuttu ve eritrosit yapısı hafif hipokrom mikrositer olarak değerlendirildi. C-reaktif protein 0,5 mg/dL, eritrosit çökme hızı 30 mm/saat, kan gazında pH 7,4 mmol/L, HCO₃ 23.3 mmol/L, pCO₂ 35 mmHg, pO₂ 97, baz fazlası 5 mmol/L'di. Biyokimyasal parametreleri ve idrar incelemeleri normaldi. Ayakta direkt karın grafisinde ve karın ultrasonografisinde bir patoloji saptanmadı. Baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisinde özofagus normal olarak değerlendirildi. Ancak midenin dilate olduğu ve pilor düzeyinde tam obstrüksiyonun mevcut olduğu saptandı (Şekil 1). Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı'na operasyon için devredilen hastanın tam MÇO gelişmesi, operasyon anında yaygın perigastrik yapışıklıkların gözlenmesi ve duodenumunda yoğun striktür nedeniyle gastro-jejunostomi yöntemi tercih edildi. Cerrahi sonrası takiplerde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Bir hafta sonra beslenmeye başlayan olgunun yapılan kontrol baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisinde, mideden jejunuma geçişin olduğu görüldü (Şekil 2). Genel durumu iyi olan ve şikâyetleri düzelen olgu şifa ile taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde herhangi bir şikâyeti yoktu ve fizik muayenesi normaldi. Cerrahi sonrası 1 yıllık takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu halen kliniğimiz tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Kusma gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarında sık olarak görülen bir semptomdur ve birçok etiyolojik nedeni vardır. Infantta en sık sebebi enfeksiyon ve gastroözofageal reflüdür (1). Mide çıkış obstrüksiyonunun infantta korozif alımına bağlı gelişmesi ve bu yaşta kusmanın etiyolojik bir nedeni olması nadir görülen bir durumdur (2). Korozif madde alımı çocuklarda genellikle kaza sonucu meydana gelir ve dünya genelinde sık olarak görülen



Şekil 1: Cerrahi öncesi baryumlu grafide içilen kontrast maddenin mideden duodenuma geçmediği, tam pilorik tıkanıklık ve midenin bütünüyle genişlemiş olduğu görülmektedir.



Şekil 2: Cerrahi sonrası baryumlu grafide mideden jejunuma kontrast maddenin geçişi görülmektedir.

bir sağlık problemidir. Korozif madde içeren ajanların markasız, açıkta ve su şişelerinde satılması, çocukların kolay ulaşabileceği yerlerde bulundurulması, koruyucu kapaklarının olmaması ve yanlış ambalajlarda bulundurulması sonucunda korozif yaralanmalar olmaktadır. Beş yaş altı çocukların yaşamlarının büyük bir kısmını ev ortamında geçirmeleri ve özellikle 2 yaş altı çocukların ellerine aldıkları her şeyi ağızlarına götürme eğilimleri nedeniyle, diğer ev kazalarında olduğu gibi korozif madde alımı açısından da risk altındadırlar. Ev temizlik ve endüstriyel ürünlerde alkali maddeler, asit maddelere kıyasla daha sık kullanılmaktadır. Bu nedenle alkali yaralanmalar asit yaralanmalardan daha sık görülmektedir. Alkali alımında orofarenks ve özofagus, asidik madde alımında mide ve özofagus hasarı sık olmaktadır (3).

Korozif madde alımı tipik olarak mide antrumunda hasar oluşturmakta ve bunun sonucunda skar, fibrozis ve striktür gelişmektedir. Mide hasarlanması dirençli ağrı, MÇÖ, geç aklorhidri, protein kaybettiren gastroenteropati, mukozal metaplazi ve malignite gibi komplikasyonlara neden olur. Mide çıkış obstrüksiyonu bu komplikasyonların en sık görülenidir (4). Korozif madde alımından ortalama 2-6 hafta sonra (1 hafta-5 yıl) geçikmiş gastrik sendrom olarak tanımlanan erken doyma, gastrik irritabilite, kilo kaybı ve kusma semptomları meydana gelmektedir. Mide çıkış obstrüksiyonunun tanısı, korozif madde içme anamnezi yanında erken doyma, dolgunluk hissi, safrsız kusma şeklindeki klasik anamnezle şüphelenilen olgulara uygulanan kontrastlı çalışmalar ve endoskopik incelemeler ile konulmaktadır. Mide çıkış obstrüksiyonunda yoğun kusmayla midenin asidik sıvısı kaybedilmektedir. Bunun sonucunda beslenme bozukluğu, dehidratasyon, gelişme geriliği, metabolik bozukluklar, özofajit, aspirasyon ve şok gibi birçok komplikasyon gelişebilmektedir (4-7). Olgunun fizik muayenesinin ve nöromotor gelişiminin normal olması, şikâyetlerinin kostik madde alımından sonra başlaması, yediğini içerir tarzda ve safrsız kusmasının olması korozif madde alımına bağlı gelişen bir üst GIS obstrüksiyonunu düşündürmekteydi. Kusma şikâyeti korozif madde alımından yaklaşık 2 hafta sonra başlamıştı ve 3 hafta sonra da tam MÇÖ gelişmişti. Hastaneye kabulünde hafif dehidratasyon ve kilo kaybı olan olguda beklenen bir elektrolit ve kan gazı bozukluğunun görülmemesi, obstrüksiyonun tedricen gelişmesine ve olgunun erken dönemde kliniğimize başvurmasına bağlı olabileceğini düşündürmekteydi.

Mide çıkış obstrüksiyonunda cerrahi zamanı ve cerrahi tipi tartışmalıdır. Komplikasyonlardan dolayı cerrahi müdahalenin 3 aydan önce uygulanması önerilmektedir. Tedavide pilorun endoskopik dilatasyonu, endoskopik dilatasyonla birlikte steroid uygulanması, piloroplasti, mide rezeksiyonu ve gastroenteros-

tomi gibi farklı teknikler önerilmektedir. Mukozal hasarlanmanın pilor ve antrumu içerip içermemesine göre cerrahi tedavinin tipi belirlenmektedir. Gastro-jejunostomi yaygın perigastrik yapışık olması, duodenumun hasarlanmaya bağlı olarak cerrahiye uygun olmaması ve olgunun genel durumunun kötü olması durumunda mide rezeksiyonuna göre daha güvenilir ve tercih edilir bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Hasar sonrası midede skar gelişen olgularda mide rezeksiyonu uzun dönemde malign dönüşüm gösterebilmesi nedeniyle önerilmektedir (5-8). Olguda operasyon anında yaygın perigastrik yapışıklıkların gözlenmesi, mide parankiminin korunmuş olması ve duodenumda yoğun striktür nedeniyle skarlı bölge eksize edilerek gastro-jejunostomi yöntemi uygulandı.

İnfantlarda etiyolojik yelpazesi geniş olan kusmanın çok iyi değerlendirilmesi gerekir. Ev içi kazalarının çok sık olarak görüldüğü bu yaşlarda kusma şikâyeti ile başvuran her olgu korozif madde alımı açısından sorgulanmalıdır. Korozif madde alımı öyküsü varlığında MÇÖ ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wyllie R. Clinical manifestations of gastrointestinal disease. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2004:1521-9.
2. Feng J, Gu W, Li M, Yuan J, Weng Y, Wei M, et al. Rare causes of gastric outlet obstruction in children. *Pediatr Surg Int* 2005;21:635-40.
3. Dolgun G. Corrosive injuries in children: Review. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2009; 18:297-304.
4. Özokutan BH, Ceylan H, Ertaşkın İ. Pediatric gastric outlet obstruction following corrosive ingestion. *Pediatr Surg Int* 2010;26:615-18.
5. Tekant G, Eroğlu E, Erdoğan E, Yeşildağ E, Emir H, Büyükcinal C, et al. Corrosive injury-induced gastric outlet obstruction: a changing spectrum of agents and treatment. *J Ped Surg* 2001;36:1004-7.
6. Sharma S, Debnath PR, Agrawal LD, Gupta V. Gastric outlet obstruction without esophageal involvement: A late sequelae of acid ingestion in children. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2007; 12:47-9.
7. Ciftci AO, Şenocak ME, Büyükpamukcu, Hiçsönmez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: Incidence and outcome. *Pediatr Surg Int* 1999;15:88-91.
8. Erdoğan E, Eroğlu E, Tekant G, Yeker Y, Emir H, Sarımurat N, et al. Management of esophagogastric corrosive injuries in children. *Eur J Pediatr Surg* 2003;13:289-93.