

Endoskopik İnceleme ile Tanı Alan Gastrointestinal Web Olguları[‡]

Birgül MUTLU*, Ayhan Gazi KALAYCI**, Rıza RIZALAR***, Ender ARITÜRK***

- ✓ İntestinal “web” mukoza, submukoza ve kas tabakası içerebilen, serozası bulunmayan, kısmi geçişe izin veren ve merkezi yerleşimli olan ince zarımsı bir yapıdır. Doğumdan sonra başlayan kusmalar hastalık için tipiktir. İntestinal web, yerleşimine göre safıralı yada safırasız kusmalar şeklinde kendini gösterir ve radyolojik incelemeler tanı için genellikle yeterli olmaktadır. Klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulamayan ve endoskopi sırasında saptanan üç “web” olgusu sunduk. Bu amaçla 2000-2004 yılları arasında hastanemizde opere edilen intestinal web olguları incelendiğinde toplam 7 olgudan ikisinde antral web, beş hastada duodenal web olduğu görüldü. Tüm hastaların ortak başvuru yakınması tekrarlayan kusmalar idi. Bu olgular içinde biri antral web, diğer ikisi duodenal web olmak üzere üç olguda klinik ve radyolojik bulgular tanı için yeterli olmamış ve yapılan endoskopik inceleme ile web saptanmıştı. Endoskopik inceleme ile tanı alan bu üç hastanın yaşları 4 ay, 14 ay ve 2,5 yaş idi. Klinik ve/veya radyolojik olarak tanı almış diğer dört hastada ise tanı yaşı 4 gün-2,5 ay arasında idi. Sonuçta bağırsak geçişini kısmen tıkayan ve fazla dar olmayan web olgularında klinik ve radyolojik bulgular tanı için yeterli olmayabilir ve tanı gecikebilir. Bu nedenle radyolojik bulguları normal bildirilen tekrarlayan kusma ataklarına sahip olgularda hem genel anestezi gerektirmemesi hem de güvenilir olması nedeniyle endoskopik inceleme düşünülmelidir.
- Anahtar kelimeler:** Çocuk, endoskopi, intestinal web

- ✓ **Gastrointestinal Web Cases Diagnosed by Endoscopy**
- Intestinal web is a thin membrane structure with central localization; including mucosa, submucosa and muscularis externa, but not serosa. It is give permission to partial passing. Vomiting after birth is diagnostic. Intestinal web can occur with bilios or nonbilios vomiting and generally radiologic examination is enough for diagnosis. We presented three cases mis diagnosed with clinical and radiological examination, the correct diagnosis was made by endoscopy. For this reason between 2000-2004 we examined the seven intestinal web cases which are operated in our hospital. We saw that two of them were antral webs and the other five were duodenal webs. In all cases repeating vomiting was the common symptom. The patient with antral web and the other two patients with duodenal webs were diagnosed at endoscopy. Clinical and radiologic examinations were not enough for diagnosis. The patients diagnosed at endoscopy were 4-month, 14-month old and 2.5 years old. The four patients diagnosed with clinical and/or radiological examination were between 4-days and 2.5 month old. Finally, clinic and radiologic examination can not be enough if the intestinal passage is not completely obstructed and the web is not so thick and also diagnosis can be late. For this reason, cases with repeating vomiting with normal radiologic examination must be examined with endoscopy, because it is reliable and it does not need anesthesia.
- Key words:** child, endoscopy, intestinal web

[‡] Çalışma, VI. Ulusal Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kongresi'nde (Ankara, 05–07 Mayıs 2004) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

*Araş.Gör., Dr., **Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, SAMSUN

***Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, SAMSUN

GİRİŞ

İntestinal web genellikle ince, yuvarlak, mukoza ve/veya submukoza ile kas tabakası içeren, serozası bulunmayan, kısmi geçişe izin veren zarımsı bir yapıdır. Hastaların büyük kısmında klinik bulgu yoktur. Bulguların şiddeti ve başlangıç yaşı web'in büyüklüğüne ve yerleşimine göre değişir. Bu nedenle tanı geç çocukluk dönemlerine ve hatta erişkin dönemlere dek uzayabilir^(1,2). Klinik ve radyolojik bulgular intestinal web olgularının tanısı için genellikle yeterlidir. Biz klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulamamış ve endoskopi ile saptanmış üç web olgusu sunduk. Bu itibarla hastanemizde tüm intestinal web olgularını geriye dönük olarak inceleyerek endoskopik olarak saptanmış web olguları ile klinik ve/veya radyolojik olarak tanı almış olguları değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji ve Çocuk Cerrahisi Kliniklerinde Ocak 2000-Aralık 2004 yılları arasında intestinal web tanısı ile izlenen olguların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastalara ait başvuru yakınmaları, fizik inceleme bulguları, tanı ve tedavi yöntemleri kaydedildi. Klinik bulgular ve yapılan radyolojik tetkikler sonucunda tanı konulamayıp endoskopik inceleme ile web tanısı alan hastaların klinik özellikleri ayrıntılı olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastanemizde Ocak 2000-Aralık 2004 yıl-

ları arasında opere edilen 7 intestinal web olgusundan ikisinde antral web, beşinde duodenal web saptandı. Hastaların 4'ü kız (%57), 3'ü erkek (%43) olup yaş ortalaması 7,39±11,08 ay (4 gün -2,5 yaş) idi. Tüm hastaların ortak başvuru yakınması tekrarlayan kusmalar idi. Bu olgulardan biri antral web, diğer ikisi duodenal web olmak üzere üç olguda klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulamamış, yapılan endoskopik inceleme ile web saptanmıştı. Endoskopik inceleme ile tanı alan üç hastanın yaşları 4 ay, 14 ay ve 2,5 yaş idi (ortalama 16,0±13,1 ay). Klinik ve/veya radyolojik olarak tanı almış diğer dört hasta ise 4 günlük, 15 günlük, 20 günlük ve 2,5 aylık idi (ortalama 0,93±1,06 ay). Endoskopik olarak tanı almış hastaların yaşlarının klinik ve/veya radyolojik bulgularla tanı almış hastalardan daha büyük olduğu dikkat çekici idi (p=0,034) (Tablo).

Endoskopik inceleme ile web saptanan hastaların klinik özellikleri daha ayrıntılı olarak aşağıda anlatılmıştır.

Olgu 1: B.K, dört aylık erkek hasta; doğduğundan beri devam eden kusma yakınması ile başvurdu. Kusmalar yemeklerden sonra ve safrsız idi. Son bir haftadır kusmalarının şiddetlenmesi üzerine yapılan incelemede düz karın grafisi ve karın ultrasonografi bulguları normal saptandı. Baryumlu özofagus-mideduodenum grafisinde, özofagus ve mide geçişinin normal olması, duodenal bölgede bir tıkanıklık veya darlık izlenmemesi ve proksimal jejunal segmentlerin doğal olarak bildirilmesi üzerine kusma nedeni araştırılmak üzere

Tablo. İntestinal Web Olgularının Demografik Özellikleri.

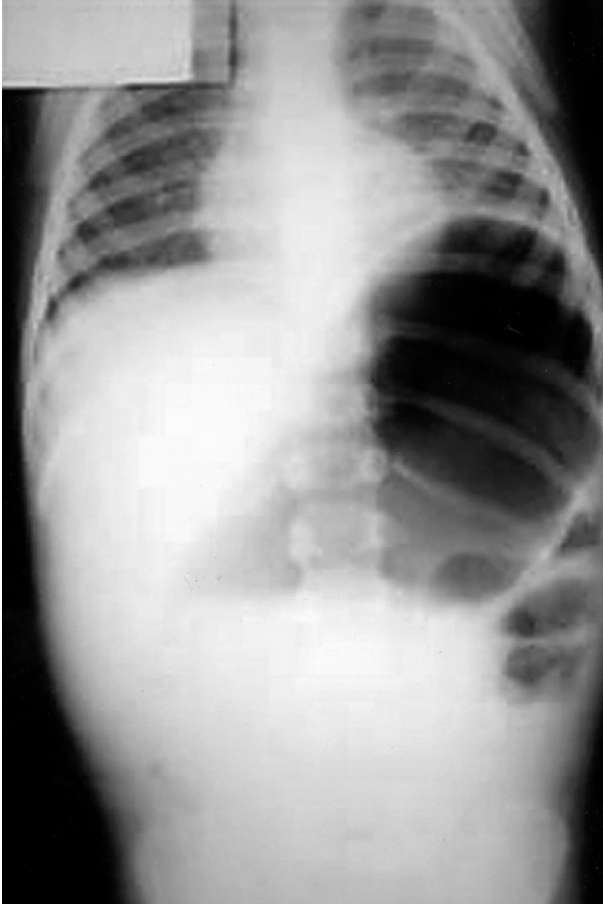
Hasta no	Adı-Soyadı	Yaş	Cins	Tanı	Tanı şekli
1	BK	4 ay	E	Duodenal web	Endoskopik
2	SK	14 ay	E	Antral web	Endoskopik
3	KD	2.5 yıl	K	Duodenal web	Endoskopik
4	ÇG	4 gün	K	Antral web	Klinik+Radyolojik
5	MG	20 gün	E	Antral web	Klinik+Radyolojik
6	EÖ	15 gün	K	Duodenal web	Klinik+Radyolojik
7	BA	2.5 ay	K	Duodenal web	

re Pediatrik Gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi. Fizik incelemede ağırlık 8 kg (75-90 persantil), boy 64 cm (50-75 persantil), baş çevresi 42,3 cm (25-50 persantil) idi. Yapılan endoskopik incelemede pilor girişinde mukoza yapısında engelle karşılaşıldı.

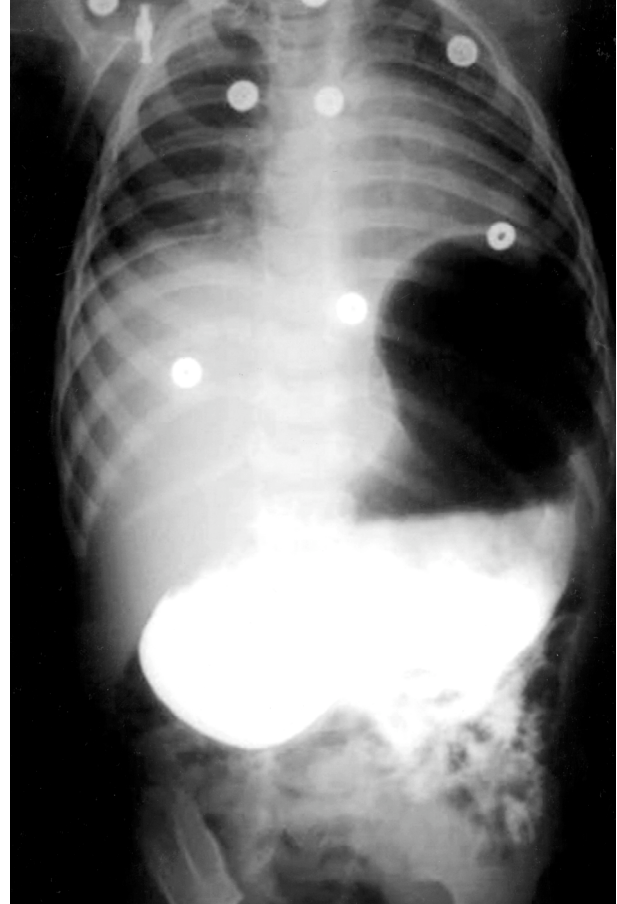
Bu engelin ortasında giriş yeri olduğu düşünülen bölgeden endoskopik biyopsi kateteri ilerletilmeye çalışıldı, fakat başarılı olunamadı. Bulbusta web ön tanısı ile opere edilen hastada bulbus girişinde geçişi önemli ölçüde daraltan web saptandı ve cerrahi olarak düzeltildi. Kusma yakınması tamamen düzelen hasta ameliyat sonrası sekizinci günde taburcu edildi.

Olgu 2: S.K, ondört aylık erkek hasta; kusma, karın şişliği ve aralıklı olan ishal yakınmaları ile başvurdu. Kusmaları üç aylıktan sonra

başlayan hastanın yemeklerden sonra karın şişliği de olduğu ve 7-10 gün süren ishal ishal ataklarının olduğu öğrenildi. Kusma ve ishal için verilen ilaç tedavilerine yanıt vermeyen hasta kusmalarının safrsız olması ve baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisinin normal olması üzerine "malabsorpsiyon" ön tanısı ile Pediatrik Gastroenteroloji polikliniğine gönderildi. Fizik incelemede ağırlık 9500 gr (10-25 persantil), boy 75 cm (10-25 persantil) ve baş çevresi 48 cm (50 persantil) idi. Ayakta düz karın grafisinde midenin hava ile dolu olduğu dikkati çekti (Resim 1a). Karın ultrasonografi ve baryumlu mide-duodenum grafilerinin normal (Resim 1b) olması üzerine endoskopik inceleme yapıldı. Endoskopik incelemede antrumda web saptanan hasta Pediatrik Cerrahi Bölümüne gönderildi. Cerrahi



Resim 1a. Ayakta direkt karın grafisinde hava dolu dilate mide görünümü.



Resim 1b. Baryumlu mide-duodenum grafisinde baryumun duodenuma kesintisiz geçtiği izleniyor.

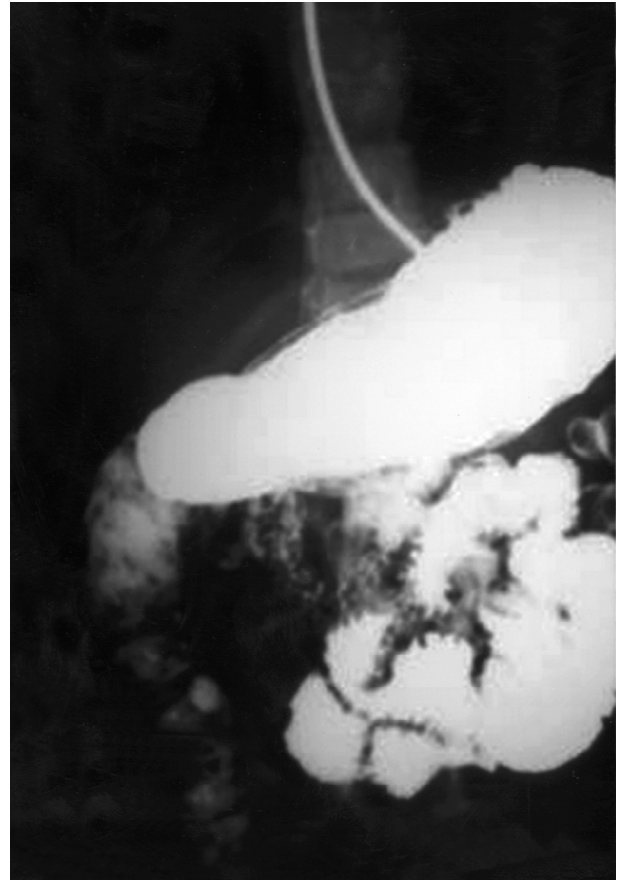
olarak antral web'i çıkarılan ve piloroplasti uygulanan hastanın yakınmaları düzeldi.

Olgu 3: K.D, iki buçuk yaşında kız hasta; kusma yakınması nedeniyle başvurdu. Kusması devamlı olmayan hastada özellikle beslendikten yaklaşık bir saat sonra yediklerini içerir, safrasız ve fişkrır tarzda kusma atakları oluyordu. Son üç gündür kusmaları artmıştı. Barsak tıkanıklığı ön tanısı ile yatırılarak yapılan laboratuvar tetkiklerinde hiponatremi (122 mEq/L), hipopotasemi (2,2 mEq/L), hipokloremi (71 mEq/L) ve prerenal azotemi bulguları (BUN 48,6 mg/dl, kreatinin 0,9 mg/dl) saptanmıştı. Uygun sıvı tedavisi ile elektrolit dengesizliği ve dehidratasyonu düzeltilmişti. Ayakta düz karın grafisi (Resim 2a), ultrasonografik inceleme ve baryumlu mide-duodenum grafisi (Resim 2b) normaldi. Kusmalarının devam et-



Resim 2a. Ayakta direkt karın grafisinde mide ve barsaklarda normal gaz dağılımı.

mesi üzerine gastroözofageal reflü hastalığına yönelik özofagus alt uç pH metre tetkiki yapılmış ve normal bulunmuştu. Pediatrik Gastroenteroloji bölümüne danışılan hasta malabsorpsiyon ön tanısı ile yatırılarak izleme alındı. Fizik incelemesinde kaşektik görünüm ve hafif karın şişkinliği vardı. Ağırlık 7600 gr (<3 persantil), boy 81 cm (<3 persantil) ve baş çevresi 41,5 cm (<3 persantil) idi. Yapılan tanısal endoskopik incelemede mide korpus ve antrum mukozasında yer yer yüzeysel erozyonlar dikkati çekti. Pilordan geçtikten hemen sonra görülen ve endoskopa geçiş imkanı vermeyen normal mukoza görünümünde olan perde ile karşılaşıldı. Bulbusta web tanısı ile Pediatrik Cerrahi bölümüne devredilen hastada web cerrahi olarak düzeltildi. Ameliyattan sonra kusmaları tamamen kaybolan hasta ameliyat sonrası onbirinci günde taburcu edildi.



Resim 2b Baryumlu mide-duodenum grafisinde baryumun duodenuma kesintisiz geçtiği ve barsaklarda takıntısız devam ettiği görülüyor.

TARTIŞMA

Mide çıkış obstrüksiyonları çocukluk çağında nadirdir ve yaklaşık olarak 100.000 doğumda bir görülür⁽¹⁾. Hastaların çoğunda klinik bulgu olmadığından bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. İntestinal web olgularında web'in yerleşim yeri ve özelliğine göre bulguların şiddeti ve süresi değişebilmektedir. Eğer web geçişi tamamen kapatıyorsa şiddetli kusmalar ortaya çıkar ve hastalık yenidoğan döneminde tanı alır. Tam bir darlık yoksa ve geçiş kısmen tıkalıysa tanı geç çocukluk dönemine hatta erişkin döneme kadar uzayabilir. Şüpheli olgularda baryumlu çalışmalar ve fleksibl endoskopi başlıca tanı yöntemleridir^(3,4). Baryumlu çalışmalar ile olguların yaklaşık %90'nına doğru tanı konulabilir. Endoskopi, web varlığını saptamada oldukça faydalıdır. Ayrıca peptik hastalık, yapışıklık ve heterotopik pankreas gibi diğer mide patolojilerinin de ayırıcı tanısı yapılabilir⁽⁵⁾.

İntestinal web'lerin gebeliğin onuncu haftasında duodenum olgunlaşırken epitelin aşırı çoğalması ve lümen oluşumunun duraklaması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Fakat erişkinlerde antral web'ler peptik hastalıklara bağlı olabilir^(5,6). Bu hastalarda gelişme geriliği, prematürite ve eşlik eden anomali sık görülür. Eşlik eden anomali sıklığının %28'den daha yüksek olduğu ve gastrointestinal sistem anomalileri (duodenal darlık, malrotasyon) ile kardiyovasküler sistem anomalilerinin (aort koarktasyonu, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriosus) daha sık görüldüğü bildirilmiştir^(6,7). Hastalarımızda ise başka bir anomali saptanmamıştır. Polihidramniyoz eşlik eden önemli bir bulgu olabilir. Ayrıca prenatal ultrasonografik incelemede mide ve proksimal jejunum genişlemiş görülebilir. Duodenal atrezi ve antral web olgularının birlikteliği konusunda yeterli bilgi birikimi olmamasına rağmen her iki patolojinin birlikte görüldüğü bir olgu bildirilmiştir⁽⁸⁾.

İntestinal web olgularında tanı genellikle 6 aydan önce konulmaktadır. Fakat bazı olgu-

larda tanı okul yaşlarına hatta erişkin yaşa kadar gecikebilir^(6,10). Çok ileri yaşta tanı alan hastamız olmamasına rağmen endoskopik olarak tanı alan hastalarımızın yaşları diğer web olgularına göre belirgin olarak daha büyüktü. Olgularımızdaki kusmaların safrasız olması ve baryumlu graflerin normal olarak bildirilmesi hekimi cerrahi patolojiden uzaklaştıran yanıtıcı bulgular olarak değerlendirilebilir. İntestinal "Web"ler vater ampullasının proksimalinde yerleşmişse kusmalar safrasız, distalinde yerleşmişse safralı olur. Özellikle katı gıda alındığında kusmaların şiddeti ve sıklığı artar. Kısmi obstrüksiyonlarda ek olarak gelişen enflamatuvar lezyonlar bulguları başlatabilir⁽¹¹⁾. Hastalarımızın öyküsünde kusmaların zaman zaman artması mide boşalmasındaki gecikme sonucu oluşan olası lezyonlara bağlı olabilir.

Tekrarlayan safralı ya da safrasız kusması olan ve pilor darlığı bulgusu olmayan süt çocuklarında intestinal "web" akla gelmelidir. Hastaların fizik incelemesinde genellikle başka bir patolojik bulgu olmayabilir. Bir olgumuzda olduğu gibi karın grafisinde direkt tıkanıklığa bağlı hava ile dolu genişlemiş mide görülebilir. Kısmi tıkanıklığa neden olan web olgularında üst sindirim kanalının endoskopik tetkiki tanıda oldukça yardımcıdır. Başlangıçta bulgusuz olan olgularda ileri dönemlerde gastroözofageal reflü gelişebilir ve dispeptik yakınmalar olabilir⁽⁴⁾.

Tıkaçıcı weblerin tedavisi cerrahidir. Endoskopik balon dilatasyonu veya perde transeksiyonu yapılabileceği gibi perdenin cerrahi olarak insizyonu veya çıkarılması ile piloroplasti birlikte uygulanabili^(9,12). Olgularımızın tümünde web çıkarılmış, bir olguda da web'in çıkarılması ile birlikte piloroplasti uygulanmıştır.

Sonuç olarak barsak geçişini kısmen tıkanan web olgularında klinik ve radyolojik bulgular tanı için yeterli olmayabilir ve bu nedenle tanı gecikebilir. Bu tür olgularda hem genel anestezi gerektirmemesi hem de güvenilir olması nedeniyle endoskopik inceleme tanı için değerli bir yöntem olarak düşünülmelidir.

Geliş Tarihi : 04.08.2005

Yayına kabul tarihi : 16.01.2006

Yazışma adresi :

Prof.Dr. Ayhan Gazi KALAYCI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

55139 Kurupelit / SAMSUN

Tel. : 0362 312 19 19 / 2282

Fax : 0362 457 60 41

KAYNAKLAR

1. Cremin BJ. Neonatal pre-pyloric membrane. S Afr Med J 1967; 41: 1076–1079.
2. Jinkins JR, Ball TI, Clements JL, et al. Antral mucosal diaphragms in infants and children. Ped Radiol 1980; 9: 69–72.
3. Pederson WC, Sirinek KR, Schwesinger WH, Levine BA. Gastric outlet obstruction secondary to antral mucosal diaphragm. Dig Dis Sci 1984; 29: 86–90.
4. Chao-Ran Wang, Kun-Eng Lim, Wan-Chak Lo, Jin-Yao Lai. Prepyloric antral webs in neonate report of two cases. Chin J Radiol 2000; 25: 35–38.
5. Tiao MM, Ko SF, Hsieh CS, et al. Antral web associated with distal antral hypertrophy and prepyloric stenosis mimicking hypertrophic pyloric stenosis. World J Gastroenterol. 2005; 11: 609–611.
6. Bell MJ, Ternberg JL, Keating JP, et al. Prepyloric gastric antral web: a puzzling epidemic. J Pediatr Surg 1978; 13: 307–313.
7. Mandell GA. Association of antral diaphragm and hypertrophic pyloric stenosis. Am J Roentgenol 1978; 131: 203–206.
8. Ferguson C, Morabito A, Bianchi A. Duodenal atresia and gastric antral web. A significant lesson to learn. Eur J Pediatr Surg 2004; 14: 120–122.
9. Jawa H, Bezre B, Kamal AK. Prepyloric antral membrane. Saudi Med J 2003; 24: 41–42.
10. Blazek FD, Boeckman CR. Prepyloric antral diaphragm: Delays in treatment. J Pediatr Surg 1987; 22: 948–949.
11. Borgnon J, Ouillon-Villet C, Huet F, Sapin E. Gastric outlet obstruction by an antral mucosal diaphragm: a case of a congenital anomaly revealed by an acquired disease. Eur J Pediatr Surg 2003; 13: 327–329.
12. Ghahremani GG. Nonobstructive mucosal diaphragm or rings of the gastric antrum in adults. Am J Roentgenol 1974; 121: 236–247.