

Çocuklarda derin aneminin ender bir nedeni: Hiatus hernisi

A rare cause of severe anemia in children: Hiatal hernia

Kayı ELİAÇIK¹, Ali KANIK¹, Halil AYDINLIOĐLU¹, Erdem GÜMÜŐ², Maşallah BARAN¹, Cengiz GÖKALP²,
Ebru AKAR³, Tunç ÖZDEMİR⁴, Ali Rahmi BAKİLER¹

¹S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir Eşrefpaşa Belediye Hastanesi, Çocuk Kliniği, İzmir

⁴S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İzmir

ÖZET

Hiatus hernisi diafragmanın gelişimsel defekti sonucu oluşan, çocukluk yaş grubunda ender olarak görülen bir durumdur. Hastalarda asemptomatik seyredebileceği gibi, solunum ve gastrointestinal sistem bulguları ve anemi görülebilir. Bu makalede başvurusunda periferik nabızlar zayıf, kapiller dolum zamanı 2 sn.'den uzun, kardiyak nabız 168/dk. ve ritmik, kan basıncı 70/50 mmHg olan, tetkiklerinde ağır demir eksikliği anemisi saptanan, akciğer grafisinde diafragma üstünde serbest hava görülmesi ile hiatal herni tanısı alan iki yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Bu olgu nedeniyle çok tablosu ile başvuran derin anemili olgularda hiatus hernisi ve gastrointestinal sistem hastalıklarının ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Derin anemi, hiatal herni

ABSTRACT

Hiatal hernia is an uncommon disorder of childhood caused by developmental defect of diaphragm. The patients can be asymptomatic; however, respiratory and gastrointestinal system findings, and anemia may develop. In this paper, a two-year-old case with hiatal hernia whose admission findings were weak peripheral pulses, capillary refill time longer than 2 seconds, cardiac pulse 168/minute and rhythmic, and blood pressure 70/50 mm/Hg. Laboratory analysis revealed severe iron deficiency anemia, and a diagnosis of hiatal hernia was made with an incidentally detected free air over diaphragm on chest radiograph. With this case, it was emphasized that in patients with shock clinic, hiatal hernia and gastrointestinal disease has to be kept in mind for differential diagnosis.

Key words: Severe anemia, hiatal hernia

Alındığı tarih: 14.03.2015

Kabul tarihi: 19.04.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Kayı Eliaçık, Gaziler
Cad. No:468, Yenişehir-35110-İzmir
e-mail: kayieliacik@gmail.com

GİRİŐ

Hiatus hernisi, diafragmanın özofageal hiatusundaki anatomik zayıflık nedeniyle abdominal organların toraksa çıkışı olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın belirtileri patognomonik olmadığından tanı için öncelikle hiatus hernisi olasılığı akla gelmelidir ^(1,2). Tanı tesadüfen veya yineleyen yakınmalar sonucu yapılan

ayrıntılı tetkikler sırasında konulmaktadır ⁽³⁾.

Bu makalede yineleyen anemi ve çok tablosunda başvuran, tetkiklerinde hiatus hernisi bulguları saptanan iki yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Bu olgu dolayısıyla tanı konamayan anemili olgularda hiatus hernisinin ve kayba neden olan bir gastrointestinal sistem patolojisinin araştırılması gerektiği vurgulanmıştır.

OLGU

İki yaşında erkek olgu iki haftadır giderek artan hâlsizlik ve hırıltılı yakınmaları ile başvurduğu acil serviste hemogloblin değerinin 2.7 g/dL saptanması üzerine anemi ve hışıltılı çocuk ön tanılılarıyla yatırıldı. Öyküsünde, yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde bir hafta yattığı, son bir yıldır yineleyen solunum sıkıntısı atakları nedeniyle acil servis başvurduğu ve inspiratuvar stridor nedeniyle laringomalazi tanısıyla kulak-burun-boğaz kliniğince takip edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinç açık, solunum sayısı 60/dk. solunum sesleri oskültasyonu olağan, kardiyak nabız 168/dk. ve ritmik, kan basıncı 70/50 mmHg olarak değerlendirildi. Periferik nabızlar zayıf, kapiller dolun zamanı 2 sn.'den uzun, vücut sıcaklığı 36,5°C olan hastanın karın muayenesinde hafif distansiyonu mevcuttu. Ağırlığı 7.5 kg (<3p), (-4.46 SDS), boyu 73 cm (<3p), (-4,92 SDS). Derin anemisi ve hipotansiyonu olan olguda hipovolemik çok düşünülerek önce iki kere 15 cc/kg'dan %0.9 NaCl, ardından iki kez 15 cc/kg'dan eritrosit süspansiyonu verildi. Kontrol Hb düzeyi 7 g/dL olarak ölçüldü. İlk hemogramında beyaz küre 22500/mm³, MCV: 62 fL, RDW: %31.6, trombosit sayısı 361K/uL idi. Biyokimyasal testlerinde üre: 31 mg/dL, kreatinin: 0.5 mg/dL, ALT: 6 U/L, AST: 28 U/L, sodyum: 135 mmol/L, potasyum: 4.3 mmol/L, kalsiyum: 9.4 mg/dL, kan şekeri: 103 mg/dL, CRP: 2,5 mg/L ve koagülasyon testleri normal sınırlarda idi. Anemi nedeni için yapılan diğer tetkiklerde serum demir düzeyi 12 µg/dL, total demir bağlama kapasitesi 310 µg/dL, transferrin saturasyonu 3.87 µg/dL, ferritin 8.4 ng/mL saptandı. Transfüzyon sonrası takibinde solunum sıkıntısı azalan ve genel durumu düzelen olgunun diğer tüm biyokimyasal testleri normal saptandı. Solunum sıkıntısını açıklamak için çekilen akciğer grafisinde ise mediastinal boşlukta serbest hava gölgesi fark edildi (Resim 1). Ardından baryumlu özofagus-mide-duodenum grafisi çekilerek kardiyanın diafragmanın yukarısında görülmesi

ile tip 1 hiatal herni tanısı konuldu (Resim 2). Antireflü tedavi başlanan olgu operasyon planlanarak çocuk cerrahisi kliniğine devredildi. Anemiye neden olabilecek kanama odağı için planlanan endoskopik inceleme ailenin geç onam vermesi nedeniyle tedavinin otuzuncu gününde yapılabildi ve reflü özofajit ile uyumlu bulgular saptandı. İnteroperatif gözlemede hiatus özofagusun çok geniş olduğu, mide fundusunun özofagusun normal parçası ile birlikte toraksa geğtiği, kalbin arkasına doğru yerleştiği ve yapışıklıklar gösterdiği gözlemlendi. Mide fundusu serbestleştirilerek abdomene alındı, hiatal herni onarımı yapıldı ve antireflü işlemi uygulandı. Postoperatif 24 ay boyunca takip edilen olgunun solunum sıkıntısı atakları yinelemedi ve hemoglobin düzeyinde düşüş gözlemlenmedi.



Resim 1.



Resim 2.

TARTIŞMA

Tip 1 hiatal herninin genellikle özgün bir bulgusu yoktur. Semptomlar genellikle gastroözofageal reflüyle ilişkilidir. Özofajitli hastalarda sıklıkla distal özofagustan kanamalar sonucu kronik anemi gelişir. Reflü nedeniyle distal özofagusta kolumnar epitel oluşur ve burada derin ülserler ve bunlara bağlı masif kanamalar görülebilir (3-5). Regürjitasyon ilgili olarak larinkste inflamasyon, özellikle geceleri yatmaya bağlı aspirasyonlar ve şiddetli öksürük nöbetleri oluşur (4-6).

Literatürde hiatus hernili olgularda gastrik bölgedeki mukozal travma nedeniyle oluşan lineer lezyonların kronik kan kaybına neden olduğu bildirilmektedir. Olguların %42'sinde mukozal lezyon varlığı belirlenebilmiştir. Ameliyattan sonraki iki yıllık izlemde hastaların çoğunda demir desteği yapılmaksızın anemi düzelmiş ve endoskopi ile belirgin erozyon gözlenmemiştir (7). Olgumuz iki yaşına geldiğinde anemi ve büyüme geriliği tanılarıyla hastanede yatırılarak tetkik edilmiş, demir eksikliği saptanmış, tedaviye rağmen, derin anemi saptanması üzerine yatırıldı. Bu durum bize aralıklı olarak kan kaybı sonucu gelişen kronik ağır demir eksikliği anemisini düşündürdü. Yapılan endoskopik inceleme hastaya, başvuru sırasında aile onamı alınamaması nedeni ile yapılamadı. Antireflü tedavi ampirik başlandı. Tedavinin birinci ayında yapılabilen endoskopik incelemede reflü özofajit bulguları gözlemlendi. Hastanın endoskopik özofajit bulgusu olması ve buna bağlı kronik kan kaybı ve reflü özofajiti ile ilişkili yetersiz

beslenme ile ilişkili olduğu düşünüldü. Hiatal herni, reflü semptomları ile ön planda başvurmakla birlikte, geç tanı alan ve ağır reflü bulguları olan olgularda özofageal ülserlere neden olabilir. Olgumuzda saptanan tip 1 hiatal hernide his açısının bozulması ve bununla ilişkili olarak alt özofageal sfinkter fonksiyonunun gerçekleşmemesi nedeniyle reflü bulguları daha şiddetli olabilir.

Çocukluk yaş grubunda demir eksikliği anemisi siktir. Ağır demir eksikliği anemisi ve gastroözofageal reflü hastalığı bulguları olan olgularda hiatal herni olasılığı akla getirilmez.

KAYNAKLAR

1. Hiebert CA. Surgical management of esophageal reflux and hiatal hernia. *Ann Thorac Surg* 1991;52:159-160. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975\(91\)91452-2](http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975(91)91452-2)
2. Yazıcı M, Karaca İ, Etensel B, et al. Paraesophageal hiatal hernias in children. *Diseases of Esophagus* 2003;16:210-213. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-2050.2003.00330.x>
3. Karpelowsky JS, Wieselthaler N, Rode H. Primary paraesophageal hernia in children. *J Ped Surg* 2006;41:1588-1593. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2006.05.020>
4. Özdemir IA, Burke WA, Ikins PM. Paraesophageal hernia, a life threatening disease. *Ann Thorac Surg* 1973;16:547-554. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4975\(10\)65035-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4975(10)65035-7)
5. Skinner DB, Booth DJ. Assesment of distal esophageal function in patients with hiatal hernia and/or gastroesophageal reflux. *Ann Surg* 1970;172:627-637. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-197010000-00009>
6. Dodds WJ, Hogan WJ, Helm JF, Dent J. Pathogenesis of reflux esophagitis. *Gastroenterology* 1981;81:376-394.
7. Hayden JD, Jamieson GG. Effect of iron deficiency anemia of laparoscopic repair of large paraesophageal hernias. *Disease of the Esophagus* 2005;18:329-333. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2050.2005.00508.x>