

Peptik Ülser Perforasyonlu Çocuk: Vaka Sunumu

Peptic Ulcer Perforation in a Child: Case Report

Turan Yıldız¹, Mustafa Ateş², Erol Karaaslan³

¹Malatya Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

²Malatya Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

³Malatya Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Özet

Pediyatrik endoskobun kullanılmaya başlanması ile birlikte çocuklardaki peptik ülser hastalığının tanısı son günlerde artmaktadır. Erişkinlerdeki dispeptik yakınması olan hastalarının yaklaşık %10 unda peptik ülser perforasyonu görülmeye karşılık, peptik ülser perforasyonu çocuklarda oldukça nadirdir. Peptik ülser perforasyon tanısı hikâye, fizik muayene ve karın grafisi ile konulur, nadiren ileri incelemelere gerek duyulur. Akut appendisit ön tanısı ile opere ettiğimiz 6 yaşındaki çocuk hastada, gözden kaçan peptik ülser perforasyonunun tespiti edildi. Çocuklarda peptik ülser perforasyonun sıklığı gittikçe artmaktadır. Biz burada bu vakayı sunduk çünkü peptik ülser perforasyonu akut batin ayrıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik. (JAEM 2011; 10: 177-9)

Anahtar kelimeler: Peptik ülser, perforasyon, çocuk

Alındığı Tarih: 01.09.2009

Kabul Tarihi: 04.01.2010

Abstract

Since the use of pediatric endoscopy, the diagnosis of pediatric peptic ulcer disease has recently been increasing. Although a perforated peptic ulcer has been reported in approximately 10% of adults with peptic ulcer disease, perforated peptic ulcer in children is rare. Diagnosis can be made by the history, physical examination and abdominal radiography rarely, further analysis is required. The 6 year old child who was operated on for a perforated appendicitis had been diagnosed with missed perforated peptic ulcer. Peptic ulcer perforation frequency has gradually increased in the pediatric group. We report this case here because we wish to emphasize that peptic ulcer perforation should be taken into consideration in the differential diagnosis of acute abdominal pain. (JAEM 2011; 10: 177-9)

Key words: Peptic ulcer, perforation, child

Received: 01.09.2009

Accepted: 04.01.2010

Giriş

Peptik ülser hastalığı, Hidroklorik asit ve pepsinin sindirici etkisiyle Gastrointestinal sistem (GİS) kanalının herhangi bir bölgesinde mukozada penetran bir doku kaybının meydana gelmesidir. Peptik ülser en sık mide ve duodenum mukozasında meydana gelir (1). Peptik ülser hastalığının erişkinlerdeki morbidite ve mortalitesi yüksektir (2). İnsanlar da en sık görülen hastalıklardan biri olup yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir (1). Geçmiş yıllarda bebek ve çocuklarda nadir olduğu sanılan bu hastalık gelişen tanı yöntemleri sayesinde hekimlerin karşısına daha sık çıkmaktadır (3-7). Çocuklardaki sıklığı, son yıllar da eskiye oranla 2-3 kat artmıştır (8).

Son yıllarda peptik ülser hastalığının tanı ve tedavisinde ortaya çıkan ilerlemeler nedeni ile cerrahi tedavi endikasyonları perforasyon ve kanama ile sınırlanmıştır (1). Çocuklar da peptik ülser perforasyonunun tamamen yeni doğan döneminde görülür. Tanısı fizik muayene ile birlikte ayakta direkt batin grafisinde diafragma altı serbest hava görülmesi ile konulur (1).

Perfore appendisit ön tanısı ile opere ettiğimiz 6 yaşındaki çocuk hastada, ayakta direkt batin grafisinde diafragma altı serbest havası

olmayıp, laparotomi ile gözden kaçan peptik ülser perforasyonunun tespiti edildi. Sanılanın aksine çocuklarda sıklığı gittikçe artan oranda görülmeye başlanan peptik ülser perforasyonunun ayrıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak için bu vakayı sunduk

Olgu Sunumu

Altı yaşındaki erkek çocuk, 2 gündür karın ağrısı ve 6 saat önce başlayan bulantı-kusma ile birlikte ateşi mevcutmuş. Fizik muayenede 38.5 °C ateş ile birlikte, karında yaygın hassasiyet, rebound ve defans mevcut idi. Laboratuvar değerleri; Hemoglobin 12.9g/dL, Beyaz Küre 18600 e³/uL, Trombosit 476 000 e³/uL, Glukoz: 82 mg/dL, Creat: 0.6 mg/dL, Ure: 22 mg/dL, AST: 28U/L, ALT:14 U/L, Alb; 4.3g/dL, Na; 133 mmol/L, K; 4.1 mmol/L, Cl; 98 mmol/L olarak bulundu. Cekilen ayakta direkt batin grafisinde sağ altta bir adet seviye mevcuttu, ancak diafragma altı serbest hava yoktu (Resim 1). Ameliyat öncesi batin USG de batında internal ekolar içeren serbest mayi bulunmuştu. Hastaya damar yolu açılıp sefazolin + amikacin + metranidazol başlandı. Nazogastrik (NG) sonda takıldı.



Resim 1. Hastanın preoperatif ayakta direkt batin grafisi

Hasta sağ Mc Burney insizyonu ile operasyona alındı. Yapılan explorasyonda batında yaygın serbest sıvı olduğu, ancak appendiksin normal görünümde olduğu görüldü. Göbek üstü median insizyon ile laparotomiye devam edildi. Yapılan explorasyon da duodenum birinci kısım anterior yüzde ülsera ait 2 mm çapında perforasyon alanı görüldü. Explorasyonda başka patolojiye rastlanmadı. Perforasyon alanına omentum çekilip 2/0 vicryl ile primer onarıldı. Loja bir adet dren konulup batin kapatıldı. Postoperatif geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine devam edildi. Tedaviye ranitidine eklendi. Postop 3. gün NG sonda çekildi. Postop 4. gün oral beslenmeye başlandı. Postop 7. gün hastaya helicobakteri pylori için üre nefes testi yapıldı. Pozitif çıkınca hastaya 2 hafta Amoksisilin + Klaritromisin tedavisi ve 8 hafta omeprazol tedavisi verildi. 3 ay sonraki üst GIS endoskopisi sonucu normal olarak değerlendirildi.

Tartışma

Çocukluk çağındaki karın ağrısı sebeplerinin önemli sebeplerinden birisi de peptik ülserdir. Peptik ülsere hastalığı ve perforasyonu gelişen tanı yöntemleri sayesinde hekimlerinin önüne daha sık çıkmaktadır (3-7). Buna karşılık peptik ülsere perforasyonu çocuklarda nadirdir (9, 10). Mide perforasyonlarının tamamına yakını yenidoğan döneminde görülür. Daha sonraki yaşlardakiler duodenal bulbusun ön yüzünde görülür (1). Hua MC ve ark. (9) yaptığı yayında perforasyon görülen vakaların %90'ı erişkin dönemde idi. Bizim vakamız 6 yaşında olup, perforasyon duodenumun birinci kısmının ön yüzündedir.

Farklı etiyolojik nedenlerle oluşan peptik ülseler primer ve sekonder olarak iki grup altında incelenir. Başka bir hastalığa, dış etkenlere veya ilaçlara bağlı olmadan oluşan ülseler, primer kronik ülselerdir (11-13). Sekonder ülseler ise, kafa travması, yanık, sepsis, sistemik hastalıklar ve bazı ilaçların kullanımı esnasında ortaya çıkan

akut ülselerdir. Primer ülselerin hemen tamamında Gr (-) basil Helikobakteri pylori pozitifdir. Son yıllarda primer denebilmesi için Helikobakteri pylori pozitifliği aranmaktadır. Helikobakteri pylori duodenal ülselerin %70-100'ünde mevcut olmasına karşın, mide ülsesinde bu oran daha düşüktür (1, 10, 14-17). Bizim sunduğumuz bu vaka da etyolojik olarak primer ülsere sınıflandırmasına dâhildir. Ayrıca helicobakteri.pylori pozitifliği mevcuttur. Peptik ülsere perforasyonlu hastaların %82.7 de ayakta direkt karın grafisinde serbest hava gözlenmektedir (9). Bu nedenle ayakta karın grafisi tanıda oldukça yardımcıdır. Diafragma altında serbest hava görülmemesi durumunda peptik ülsere perforasyonu göz ardı edilmemesi gerektiği unutulmamalıdır (1, 9, 18). Akut batin tablosu ile başvuran ve ayakta direkt batin grafisinde diafragma altında serbest havası bulunmayan hastalarda peptik ülsere perforasyonu olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak, peptik ülsere hastalığının morbidite ve mortalitesi yüksektir. Geçmiş yıllarda bebek ve çocuklarda nadir olduğu sanılan bu hastalığın çocuklardaki sıklığı, son yıllar da eskiye oranla 2-3 kat artmıştır. Bu nedenle akut batin tablosu ile başvuran, akut appendisit olduğu düşünülen pediatrik hastalarda peptik ülsere perforasyonu olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Başaklar AC. Peptik Ülser. İç. Bebek ve çocuklarda cerrahi ve ürolojik hastalıklar. Başaklar AC. 1. cilt Ankara: Palme yayıncılık; 2006: 861-76.
2. Gold BD, Blecker U. Gastritis and ulcers in children. In: Wyllie R, Hyams JS (eds). Pediatric Gastrointestinal Disease Philadelphia, W.B. Saunders Company; 1999: 221-43.
3. Mäki M, Ruuska T, Kuusela AL, Karikoski-Leo R, Ikonen RS. High prevalence of asemptomatik esophageal and gastric lesions in preterm infant in intensive care. Crit Care Med 1993; 21: 1863-7. [CrossRef]
4. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patient with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984; 1: 1311-5. [CrossRef]
5. Mashall BJ, Goodwin CS, Warren JR, et al. Long-term healing of gastritis and low duodenal ulcer relapse after eradication of Campylobacter pyloridis: a prospective double-blind study. Gastroenterology 92. 1987; 1518.
6. Meko JB, Norton JA. Management of patients with Zollinger-Ellison syndrome. Annu Rev Med 1995; 46: 395-411. [CrossRef]
7. Mezzoff AG, Balistreri WF. Peptic ulcer disease in children. Pediatr Rev 1995; 16: 257-65. [CrossRef]
8. Drumm B, Rhoads JM, Stringer DA, Sherman PM, Ellis LE, Durie PR. Peptic ulcer disease in children: etiology, clinical findings, and clinical course. Pediatrics 1988; 82: 410-4.
9. Hua MC, Kong MS, Lai MW, Luo CC. Perforated peptic ulcer in children: a 20-year experience. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007; 45: 71-4. [CrossRef]
10. Möller MH, Adamsen S, Wøjdemann M, Möller AM. Perforated peptic ulcer: How to improve outcome? Scand J Gastroenterol 2009; 44: 15-22. [CrossRef]
11. Deckelbaum RJ, Roy CC, Lussier-Lazaroff J, Morin CL. Peptic ulcer disease: a clinical study in 73 children. Can Med Assoc J 1974; 111: 225-8.

12. Nord KS, Lebenthal E. Peptic ulcer in children. A review. *Am J Gastroenterol* 1980; 73: 75-80.
13. Nord KS, Rossi TM, Lebenthal E. Peptic ulcer in children: the predominance of gastric ulcers. *Am J Gastroenterol* 1981; 75: 153-7.
14. Blecker U. Helicobacter pylori-associated gastroduodenal disease in childhood. *South Med J* 1997; 90: 570-6.
15. Necip T, Fikret A, Gökhan D, Alp Ö, Burhan Ş. Perfore peptik ülser olgularında Helikobakter pilori insidansı ve lansoprazol, klaritromisin, amoksisilin ile yapılan üçlü eradikasyon tedavi sonuçları. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 5: 94-9.
16. Kato S, Okamoto H, Nishino Y, Oyake Y, Nakazato Y, Okuda M, et al. Helicobacter pylori and TT virus prevalence in Japanese children. *J Gastroenterol* 2003; 38: 1126-30. [\[CrossRef\]](#)
17. Bourke B, Jones NL. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection. *Curr Opin Gastroenterol*.2001; 17: 24-9. [\[CrossRef\]](#)
18. Taşçı H, Pekmezci S. Peptik ülser perforasyonları. İn Kalafat H, Editör. Ankara: Bilimsel tıp yayınevi; 1998: 49-53.