

# Preterm Yenidoğanda Pilor Atrezisi

Semra GÜRSOY \*, Esin ALDEMİR \*\*, Gülay AYDIN TİRELİ \*\*\*, Ayşe Sibel ÖZBEK \*\*\*\*, Sultan KAVUNCUOĞLU \*\*\*\*\*

## ÖZET

Konjenital pilor atrezisi ender bir anomalidir. Gelişimsel duraklama sonucu gelişebilir ve çoğunlukla izoledir. Prenatal öyküsünde polihidroamnios olan ve mide cebi görülen, ancak bağırsak ansları izlenmeyen olgumuz, doğum sonrası pilor atrezisi tanısı ile ameliyat edildi. Hasta yatışının 27. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Olgu ender bir anomali olması nedeniyle sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** pilor atrezisi, yenidoğan, preterm

## SUMMARY

Congenital pyloric atresia is an infrequent anomaly. It can occur as a result of incomplete evolution and is usually seen isolated. Our case which included polyhydramnios and a gastric pouch without any sign of intestinal loop in prenatal history was diagnosed as pyloric atresia and was operated after birth. The patient was hospitalized for 27 days and then had been discharged uneventful. This rare anomaly is here been presented as a case.

**Key words:** pyloric atresia, newborn, preterm

## GİRİŞ

Konjenital pilor atrezisi bütün üst gastrointestinal atrezilerin % 1'inden daha azını oluşturan, yaklaşık 100.000 canlı doğumda bir görülen ender bir anomalidir <sup>(1)</sup>. İlk kez 1749 yılında Calder tarafından tanımlanmıştır <sup>(2,3)</sup>. Ailesel olguların saptanması nedeniyle otozomal resesif geçişli bir hastalık olarak düşünülmekle beraber, intrauterin yaşamın 5-12. haftaları arasında meydana gelen gelişimsel duraklama sonucu oluşabileceği de düşünülmektedir. Çoğunlukla

izole pilor atrezisi şeklinde görülebileceği gibi, diğer gastrointestinal atreziler, epidermolizis bulloza, konjenital aplazia kutis ile birlikteliği rapor edilmiştir. Bu durum genetik bir geçişin olduğunu desteklemektedir <sup>(1)</sup>. Konjenital pilor atrezisinin 3 anatomik tipi vardır. Tip I atrezide (% 57) pilor membran veya ağ ile kapalıdır. Tip II atrezide (% 34) atrezik iki uç arasında solid kordon şeklinde bir bağlantı mevcuttur. Tip III atrezide (% 9) ise mide ile duodenum arasında belli bir mesafe (gap) vardır <sup>(1,4,5)</sup>. Kesin tanı radyolojik (direkt grafi, baryumlu pasaj grafisi) inceleme ile konmaktadır. Tedavi cerrahi olup, Tip I ve II'de pilorostomi, Tip III'de gastroduodenostomi uygulanmaktadır. Bu çalışmada Tip III pilor atrezili olgu sunulmuş, klinik, radyolojik bulguları ve cerrahi tedavi tartışılmıştır.

## OLGU

Utuz ikinci gebelik haftasında, 1,530 gr olarak

**Alındığı tarih:** 15.10.2010

**Kabul tarihi:** 14.12.2010

\* S.B. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistanı

\*\* S.B. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

\*\*\* S.B. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı

\*\*\*\* S.B. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Uzmanı

\*\*\*\*\* S.B. İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm. Klinik Şefi



Resim 1. Operasyon öncesi ADBG.



Resim 2. Operasyon öncesi baryumlu pasaj grafisi.

spontan vajinal yol ile doğurtulan kız hastanın, prenatal ultrasonografisinde polihidramnios saptanmış olup, mide cebi görülmekle beraber bağırsak ansları belirgin olarak izlenememişti. Postnatal solunum sıkıntısı olan prematüre Respiratuvar Distres Sendromu (RDS), İntestinal Atrezi ön tanıları ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı.

Fizik muayenede; ağırlığı 1530 gr, boyu 37 cm, baş çevresi 31 cm, nabız 132/dk, solunumu 48/dk, kan basıncı 65/36 idi. Genel durum kötü olan hastanın solunumu takipneik, dispneik, subkostal ve interkostal çekilmeleri vardı, dinlemekle bilateral inspiryum sonu krepitan ralleri mevcuttu. Kalp muayenesinde üfürüm, ek ses alınmadı, kalp hızı ritmik idi. Batında karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Nörolojik muayenesinde yenidoğan refleksleri deprese ve hipotonikti. Hasta klinik tablosu, akciğer grafisi ve kan gazları değerleriyle RDS tanısı alarak ventilatöre bağlandı, surfaktan verildi ve antibiyoterapi düzenlendi.

Laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon belirteçleri ve kan biyokimyası normaldi. İntestinal atrezi şüphesi nedeniyle çekilen ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) (Resim 1) mideden daha alt bölümlerde hava gölgesi izlenmedi. Çocuk cerrahisi ile konsülte edilen olgunun baryumlu pasaj grafilerinde (Resim 2) bağırsaklara geçişin olmadığı görüldü ve ön planda pilor atrezisi düşünüldü. Enteral beslenmeyen ve nazogastrik drenaja alınan olguya total parenteral beslenme desteği verildi. Eşlik eden anomali varlığını değerlendirmek amacıyla yapılan ekokardiyografi ve kranial ultrasonografi görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Postnatal 4. gününde operasyona alınan hastada tip III pilor atrezisi saptanarak gastroduodenostomi uygulandı.

Operasyon sonrası spontan solunumu yetersiz olan hastaya ventilatörde solunum desteği verildi. Postnatal 7. gününde ekstübe edildi. Parenteral beslenmesi devam eden olgunun postnatal 10. gününde gaita çıkışının gözlenmesi üzerine nazogastrik sonda ile minimal

enteral beslenme başlatıldı ve kademeli olarak arttırıldı. Postnatal 21. günde tam enteral beslenmeye geçildi. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil seyreden hasta 27. günde yenidoğan ve çocuk cerrahisi polikliniklerine kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Konjenital pilor atrezisi; üst gastrointestinal atreziler içinde % 1'den daha az sıklıkta görülen yaklaşık 100.000 doğumda bir tanımlanmış ender bir anomalidir. Otozomal resesif geçişli genetik bir hastalık olarak düşünülmeyle beraber gelişimsel duraklama da suçlanmaktadır. Olgumuzda ebeveynler arasında akraba evliliğinin olmaması nedeniyle ön planda intrauterin bir gelişimsel duraklama düşünüldü. Olgumuzda başka gastrointestinal anomali yoktu, izole pilor atrezisi vardı. Literatürde konjenital kalp hastalıkları (KKH) ve Down sendromu ile birlikteliği bildirildiğinden yaptığımız ekokardiyografide KKH saptanmadı <sup>(1)</sup>.

Tanısı oldukça basit olup, klinik olarak safrsız kusma, safra drenajının sağlanamamasına bağlı kolestatik sarılık ve bilirubin düzeyinde artış önemlidir <sup>(1,6)</sup>. Üst gastrointestinal sisteme ait bir tıkanıklık olması nedeniyle prenatal ultrasonografilerde mide dilate görülür, polihidramnios mevcuttur <sup>(6)</sup>. Hastamızın prenatal takiplerinde polihidramnios ve mide cebi saptanmış, ancak bağırsak ansları görülemedi. Postnatal direkt batın grafisinde ise mide havası görülürken bağırsaklarda gaz gölgelerine rastlanmadı. Literatürde piloro-koledokal fistüllü bir olguda mide gazının fistül vasıtasıyla duodenuma geçtiği ve direkt grafide double-bouble (çift hava görüntüsü) görünümüne bağlı olarak duodenal atrezi ile karıştığı görülmüştür <sup>(3)</sup>. Biz de hastamıza tanıyı kesinleştirmek için baryumlu grafi çektik. Sonuçta, baryumun mideden bağırsakla-

ra geçişinin olmadığını görerak pilor atrezisi tanısını koyduk.

Tedavide pilor atrezisinin tipine göre değişmekle birlikte gastroduodenostomi, duodenoplasti veya gastrojejunostomiden biri tercih edilebilir <sup>(1)</sup>. Literatüre göre en iyi operasyon sonuçları tip I ve tip II pilor atrezisinde alınmakta, membran çıkarılarak piloroplasti yapılmaktadır. Tip III pilor atrezisinde tedavide piloroduodenostomi tercih edilir <sup>(5)</sup>. Hastamızda tip III pilor atrezisi olduğundan gastroduodenostomi uygulandı.

Prognoz pilor atrezisinin tipine ve eşlik eden anomalilere göre değişmektedir. Mortalite çoğunlukla % 50'nin üzerindedir. Özellikle epidermolizis büllözanın eşlik ettiği durumlar fatal olarak seyretmektedir. Bazı literatürler prognozun kötü olmasından dolayı bu hastalarda non operatif tedaviyi tercih etmekle beraber bu durumun cerrahi tedaviye engel olmadığını bildirmektedir. Çoklu intestinal atrezilerin saptandığı hastalarda da prognoz kötü seyretmektedir <sup>(1)</sup>. Ancak, olgumuzda olduğu gibi izole pilor atrezilerinde sonuç yüz güldürücüdür. Erken tanı ve cerrahi tedavi yanında yenidoğan bakım kalitesinin iyi olması bu hastalardaki yaşam kalitesinde daha da artış sağlayacaktır <sup>(5)</sup>.

## KAYNAKLAR

1. **Sencan A.** Konjenital pilorik atrezi. Sağlıkta Birikim 2006;1(3):1-2.
2. **Nawaz A, Matta H, Jacobsz A, Al-Salem A.** Congenital pyloric atresia and junctional epidermolysis büllösa: a report of two cases Pediatr Surg Int 2000;16:206-208.
3. **Sencan A, Mir E, Karace I, Günsar C, Sencan A, et al.** Pyloric atresia associated with multiple intestinal atresias and pylorocholedochal fistula. J Pediatr Surg 2002;37:1223-1224.
4. **Ilce BZ, Erdoğan E, Kara C, Celayir S, Sarimurat N, et al.** Pyloric atresia: 15-year review from a single institution. J Pediatr Surg

2003;38:1581-1514.

5. **Zecca E, Corsello M, Pintus C, Nanni L, Zecca S.** Peculiar type 1 congenital pyloric atresia: a case report. *Italian Journal of Pediatrics* 2010;36:3.
6. **Darwish AA, Debauche C, Clapuyt P, Feruzi**

**Z, de Goyet JV, et al.** Pyloric obstruction, duodenal dilatation, and extrahepatic cholestasis: a neonatal triad suggesting multiple intestinal atresias. *J Pediatr Surg* 2006;41:1771-1773.