



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

11.11.2022

Arş. Gör. Dr. Zeynep Aydoğdu



Olgu:

- 17 yaş, erkek
- Şikayet: kanlı kusma, karın ağrısı
- Bilinen hastalığı olmayan hasta, bir senedir karın ağrısı varmış. Karın ağrısı epigastrik bölgede, bıçak saplanır tarzda çok şiddetli ve yayılan bir ağrıymış. Daha önce bu şikayetlerle çok kez dış merkez başvuruları varmış. Tedavi verilmemiş. Son bir haftadır epigastrik ağrısının şiddeti artmış ve geceleri uykudan uyandırmaya başlamış.
- Karın ağrısı ve içinde çok miktarda kahve telvesi olan kusması olması üzerine hasta tarafımıza sevk edildi.

Özgeçmiş:

- Miadında, 2800 gr normal doğumla doğmuş.
- YDYB yatış, sarılık ve herhangi hastalık hikayesi yok.
- Devamlı kullandığı ilaç yok. Herhangi bir yeri ağrıdığında parasetamol ya da deksketoprofen (arveless) içermiş.

Soygeçmiş:

- Anne : 50 yaş, astım
 - Baba : 50 yaş, hipertansiyon
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
-
- 1.çocuk 33 yaş erkek ,ss
 - 2.çocuk 31 yaş erkek, bipolar bozukluk
 - 3.çocuk 29 yaş kız, ss
 - 4.çocuk hastamız
 - 5.çocuk 16 yaş erkek, ss
 - 6.çocuk 10 yaş erkek, ss

Başvuru vital bulguları:

- Ateş: 36,6°C
- Nabız: 61 /dk (58-92/dk)
- Tansiyon: 100/60 mmHg (50p:117/68)
- Solunum sayısı: 15/dk (13-19/dk)

- Ağırlık : 67 kg 42 p -0,22 SDS
- Boy : 173 cm 38 p -0,31 SDS
- BMI: 22,4 kg/m² 48 p -0,04 SDS

Fizik Muayene:

- Genel durum orta. Bilinçi açık.
- Deri: Cilt turgor-tonus azalmış. Döküntü,ödem yok.
- Gözler: IR ++/++ . Göz hareketleri her yöne doğal. Konjonktiva ve skleralar doğal.
- KBB: Orofarenks doğal
- Solunum: HIHTSEK. Dinlemekle ral yok,ronkus yok .
- Batın: **Epigastrik bölgede hassasiyet**. Defans, rebound yok. Karaciğer, dalak ele gelmiyor. Traube açık.
- KVS: S1+ S2+ Ek ses yok. Üfürüm yok.
- Nörolojik muayene:doğal.
- Ekstremiteler: 4 ekstremitte hareketli.

Laboratuvar Bulguları:

- WBC (Lökosit) - $9,93 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- Nötrofil - $6,020 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- Lenfosit - $2,550 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- Hemoglobin - 15 g/dL
- HCT - 46,0 %
- MCV - 80,3 fL
- RDW - 13,4 %
- Trombosit - $239 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- MPV - 8,6 fL
- PTZ - 14,6 sn
- APTT - 25,0 sn
- PTZ (INR) - 1,11

Laboratuvar Bulguları:

- AST (SGOT) - 23 U/L
- ALT (SGPT) - 10,7 U/L
- Bilirubin, Total - 0,38 mg/dL
- Bilirubin, Direkt - <0,07 mg/dL
- ALP - 74 U/L
- LDH - 243 U/L
- Protein, Total - 67,7 g/L
- Albumin - 45,2 g/L
- Kreatinin - 0,72 mg/dL
- BUN (Kan üre azotu) - 6,5 mg/dL
- Ürik asit - 4,9 mg/dL
- Kan Şekeri - 96,7 mg/dL
- Sodyum (Na) - 138 mmol/L
- Potasyum (K) - 4,6 mmol/L
- Kalsiyum - 9,06mg/dL
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 8,64 mg/dL
- Magnezyum (Mg) - 1,85 mg/dL
- Fosfor (P) - 3,62 mg/dL
- CRP - 7,36 mg/L
- ESR - 4 mm/saat

Dış merkezde bakılan ilk hemogram sonucu (tarafımıza getirilmeden 5 saat önce bakılan değer)

- Hemoglobin - 17,1 g/dL
- HCT - 50,0 %
- MCV - 82,3 fL

Acilimize ilk geliste bakılan hemogram ve 6 saat sonraki hemogram sonucu

- Hemoglobin - 15 g/dL
- HCT - 46,0 %
- MCV - 80 fL

- Hemoglobin - 14 g/dL
- HCT - 43,0 %
- MCV - 80,3 fL

Patolojik bulgular:

-

Bir kez bol miktarda içinde kahve telvesi olan kusma

Bir senedir olan aralıklı mide ağrısı, son 1 haftadır geceleri uykudan uyandıran tarzda

Fizik muayenede epigastrik bölgede hassasiyet

Ağrı kesici kullanım öyküsü

Hemoglobininde düşme



ÖN TANILARINIZ?

Hikayede ek ne sorgulanmalı?

- Beslenme öyküsü?
- Dışkılama düzeni ve kıvamı, rengi?
- Gaytada melena veya kan görülmesi?
- Gece semptomları?
- Kilo kaybı?
- Reflü semptomları?
- Ağrı için kullandığı ilaçlar?
- Allerjik şikayetler?
- Ailede benzer şikayetleri olan var mı?

- Genelde soslu makarna ve pilav tüketirmiş. Sulu yemek az yiyormuş. Günlük 2 litreye yakın kola tüketimi varmış.
- Başvuru öncesinde ağrısı nedeniyle 3 gün arveless kullanmış, ara ara parol kullanımı da varmış.
- Bir senedir devam eden, bazen geceleri uykudan uyandıran epigastrik bölgede ağrıları oluyormuş. 4-5 saat ağrıları sürüyormuş, ağrı kesiciyle geçiyormuş.
- Gayta çıkışı 3-4 günde bir oluyormuş, kabızlığı varmış.
- Ağıza acı su gelmesi, mide yanması ve geğirme şikayetleri varmış.
- Son bir sene içinde istemsiz kilo kaybı olmuş, yaklaşık 12 kg vermiş.
- İştahsızlığı varmış.
- Bilinen bir alerjisi yokmuş.
- Ailede babaannesinde benzer şikayetler varmış.

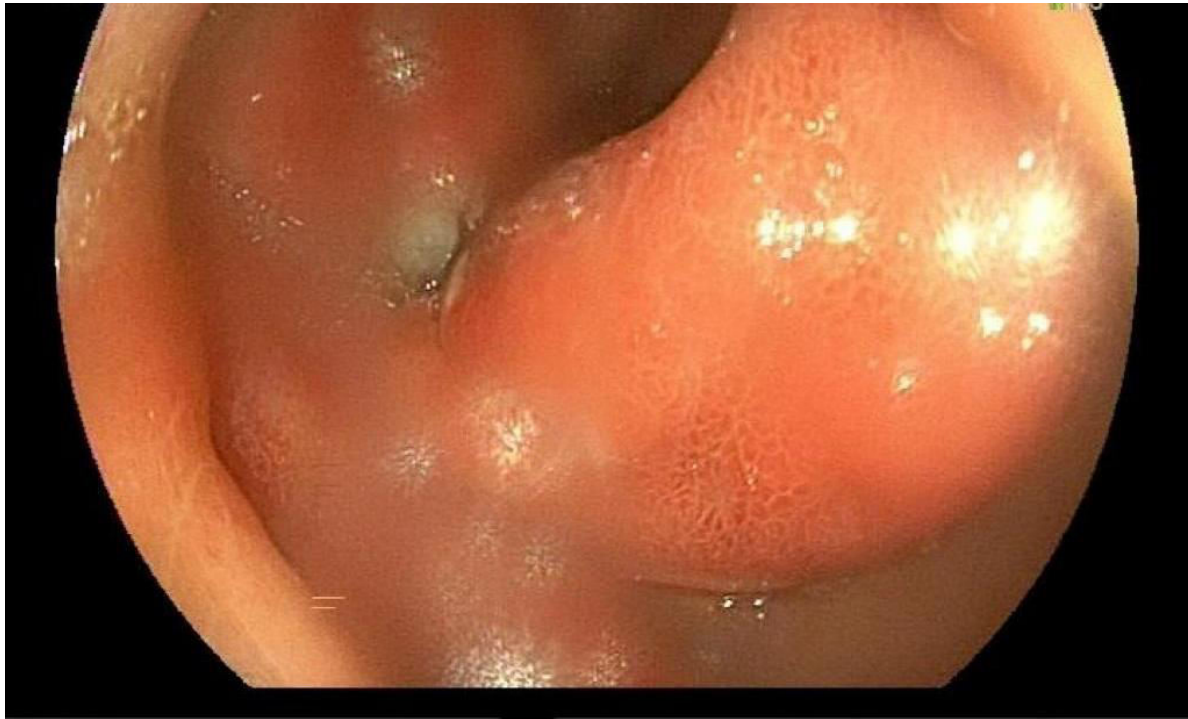
ÜST GİS KANAMA NEDENLERİ

Yenidoğan	1 ay – 2 yaş	Çocuk-Adölesan
Yutulmuş anne kanı	Stress gastriti veya ülseri	Mallory Weiss yırtığı
K-vit eksikliği	Özofajit	Peptik Ülser-Gastrit
Stress gastriti ve ülseri	İlaç alımı	Gastrik/özafagus varisleri
Vasküler malformasyonlar	Mallory-Weiss Malformasyonu	Özofajit
Koagülopati	Vasküler Malformasyonlar	Yabancı cisim
İnek sütü protein allerjisi	Gastrointestinal duplikasyonlar	Vaskülit
	İnvajinasyon	Crohn Hastalığı
	Yabancı cisim	Kostik Madde hasarı
	Gastrik/özafagus varisleri	Ağız-burun kanamalarının yutulması

Klinik izlem:

- Hastanın oral alımı kesilerek damar yolu ile sıvı desteği verilerek monitörize edildi. Proton pompa inhibitörü başlandı.
- Hastaya nazogastrik sonda takıldı. Midesi yıkandı. Aktif kanaması yoktu. Nazogastrikten az miktarda kahverengi gelenleri oldu.
- Hastanın vital bulguları, hemoglobini, gaita rengi, nazogastrik sondadan gelenleri takip edildi.
- Hemoglobini 17,1 g/dl den 14 g/dl ye düştü. Kalp tepe atımı 80/dk izlendi.
- Hastaya üst gastrointestinal endoskopi yapıldı.

Bulbus



Endoskopi raporu:

- ÖZOFAGUS : Özofagus mukozasının rengi ve yapısı doğaldı. Z çizgisi ön kesici dişlerden itibaren 42.cm'de geçilmektedir. Bunun hemen altında diyafragma kısıncası kasılmaktadır.
- MİDE : Mide fundus, kardiya, korpus ve antrum gözlemlendi. Retrofleksiyonda kardiya hiatusu sıkı sarmaktadır. Tüm mide mukozası eritemli ve ödemli olarak izlenmektedir, antrumda dağınık milimetrik erozif alanlar izlendi, antrumdan biyopsiler alındı. Midenin açlık sekresyonu artmış, hava ile ekspansiyonu normaldir.
- DUODENUM : Pilor açık, bulbus forme. Bulbus ve postbulber bölge mukozası normal izlenmektedir. Bulbusta girişte 2 adet- öndeki 0,5 mm arka taraftaki 0,7 mm ortasında beyaz membranla kaplı alan olup etrafı hiperemik ödemli birbiriyle birleşme eğiliminde ülserler izlendi. Postbulber mukozası doğal izlendi.

Patoloji raporu:

1-DUODENUM, POSTBULBER, ENDOSKOPIK BİYOPSİ

Kronik yangı.

2-MİDE, ANTRUM, ENDOSKOPIK BİYOPSİ:

Kronik aktif antral gastrit,

H. Pylori (+/+++)

Kronik İnflamasyon : +++/+++

Aktivite : +/+++

Glandüler Atrofi : 0/+++

İntestinal metaplazi : İntestinal metaplazi izlenmedi.

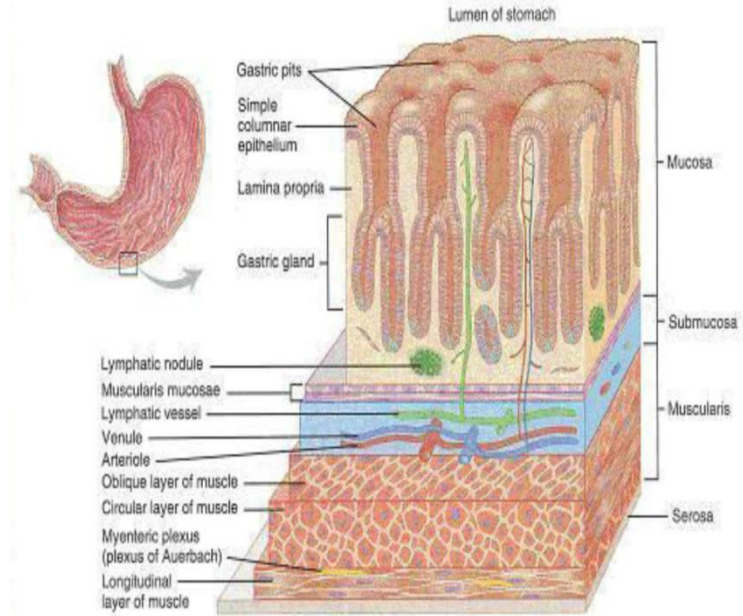
H.pylori : Giemsa ile yüzey epiteli mukus tabakası içinde 1+ H.Pylori izlendi.

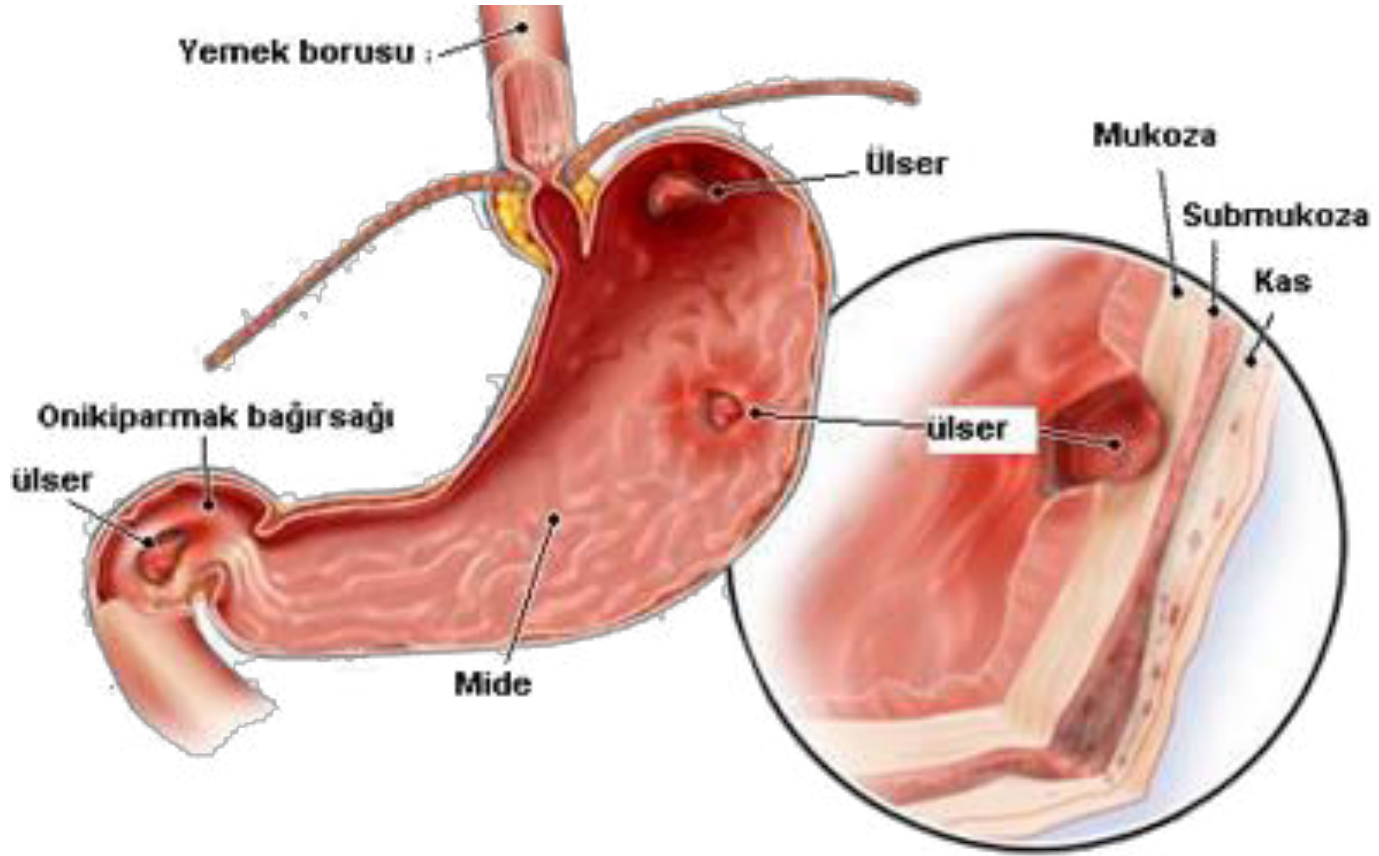
Klinik izlem

- Orali açıldı.
- Tedaviye sükralfat tedavisi eklendi.
- Yatışı boyunca kanaması olmadı. Transfüzyon ihtiyacı olmadı. Dışkı rengi normal görülmesi üzerine hasta H. Pylori eradikasyon tedavisi ve beslenme önerileri yapılarak 3 günde taburcu edildi.

Gastrit ve Peptik Ülser

- Gastrit: Mide mukozasının inflamasyonu ve erozyonu ile karakterize yüzeysel mukozal doku hasarı
- Peptik ülser: Mide ve duodenumda muskularis mukozaya kadar ilerleyen mukozal doku hasarı





- **Primer peptik ülser:** Çoğunlukla duodenum yerleşimli, tektir, kronik seyirlidir. En önemli sebep *Helicobacter pylori*'dir.
- **Sekonder peptik ülser:** Genellikle mide yerleşimli ve birden fazladır. İlaçlar, stres ve toksik nedenlere bağlıdır.

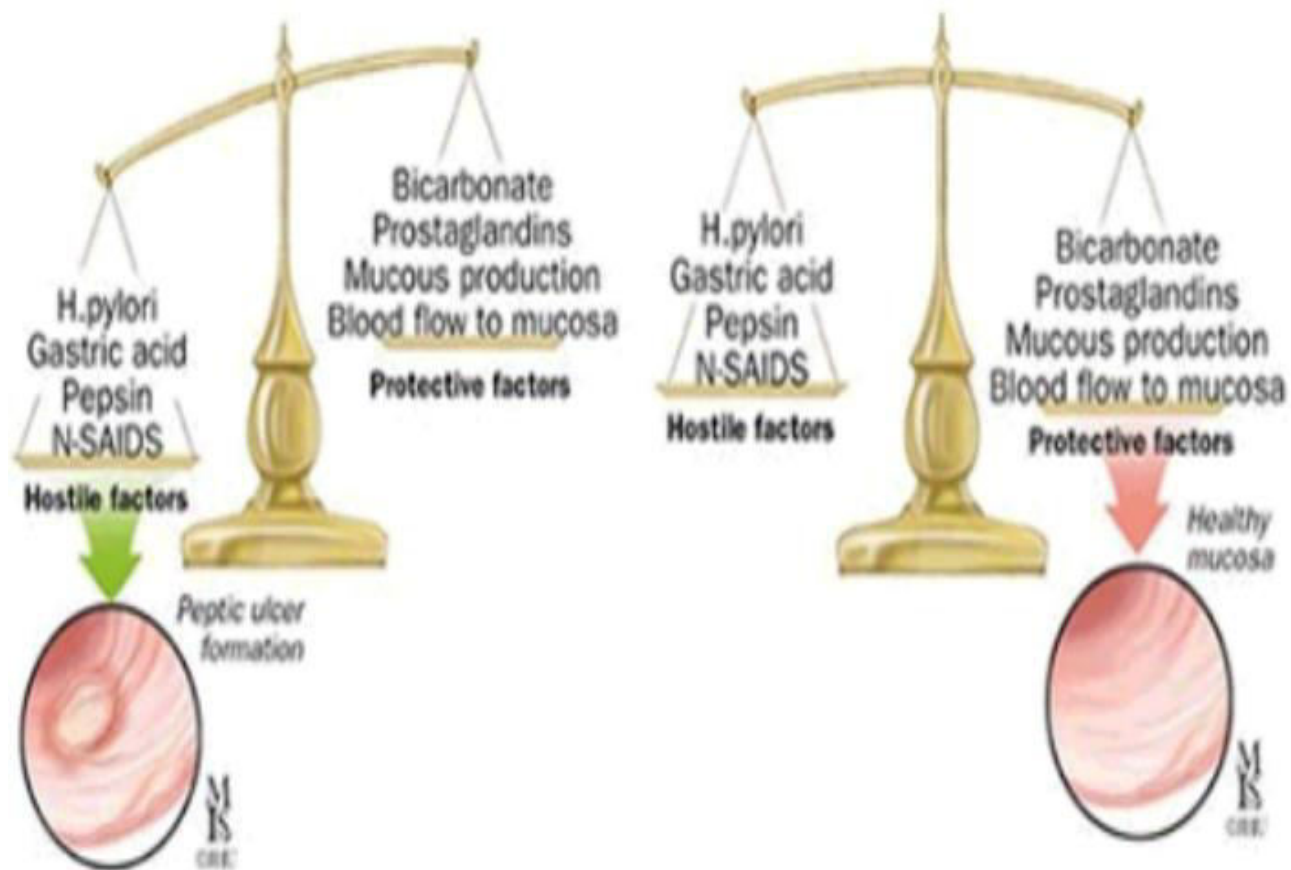
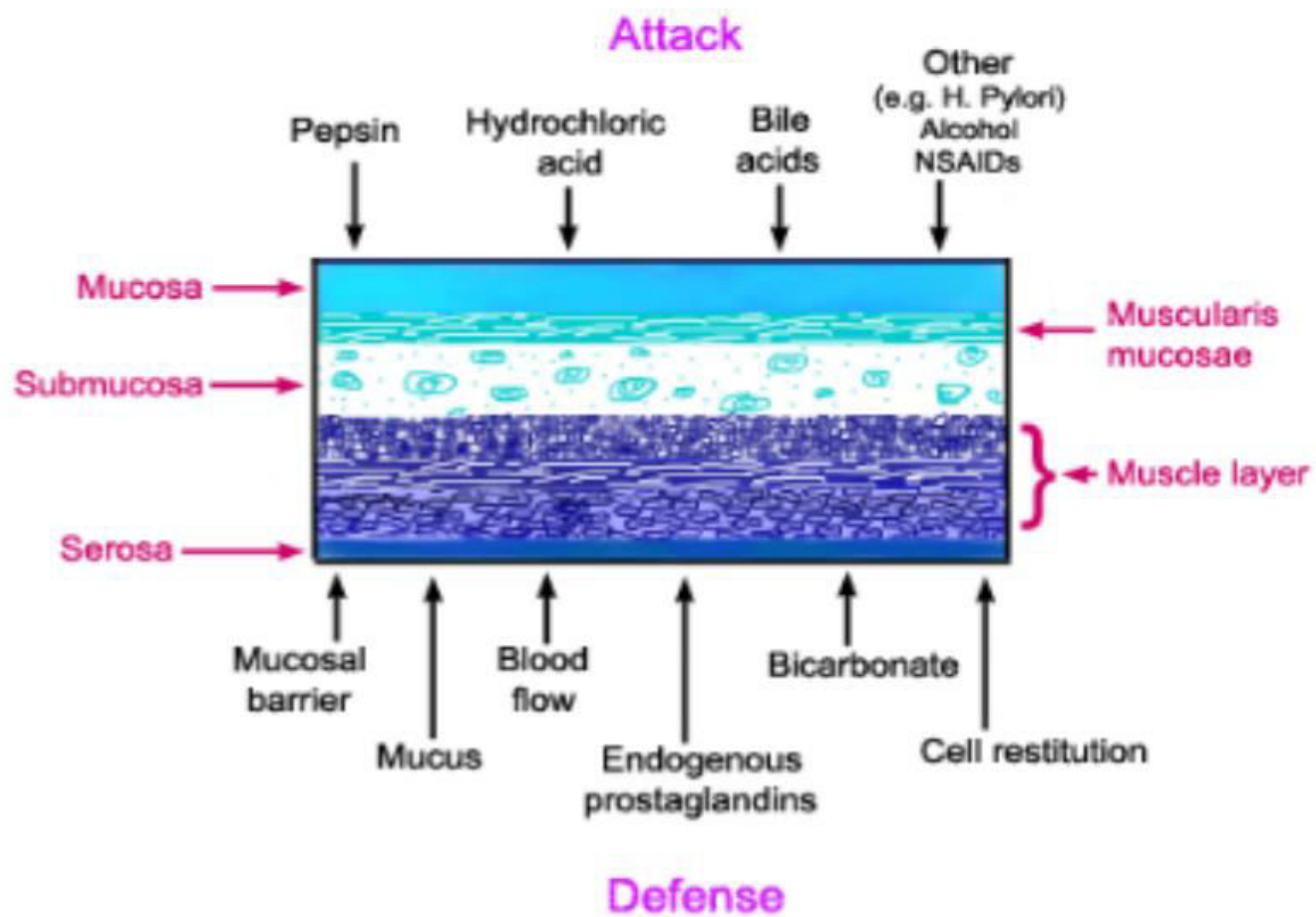


Figure 3. Hostile and protective factors in peptic ulcer formation.



Peptik Ülser Nedenleri-1:

- **Enfeksiyonlar:**

- Bakteri: *Helicobacter pylori*, *Helicobacter heilmannii*, tüberküloz, *Mycoplasma pneumoniae*
- Virüsler: CMV, EBV, herpesvirüsler, influenza A, HCV
- Parazitler: giardia, askaris
- Mantar: candida, cryptosporidium

- **İlaçlar:**

- Steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar
- Steroidler
- Kemoterapi
- Valproik asit
- Demir
- Potasyum

Peptik Ülser Nedenleri-2:

- **Stres Ülseri:**

- Kafa travması
- Yanıklar
- Cerrahi
- Şok
- Sepsis

- **Toksik Nedenler:**

- Üremik gastropati
- Safra asitleri
- Korozyif maddeler

Peptik Ülser Nedenleri-3:

- **Otoimmün hastalıklar:**
 - Otoimmün gastrit
 - Enflamatuar bağırsak hastalıkları
 - Henoch-Schönlein purpurası
- **Graft versus host hastalığı**
- **Artmış sekresyonla ilgili durumlar:**
 - Zollinger-Ellison sendromu
 - Kısa barsak sendromu
 - Kistik fibrozis
 - Sistemik mastositoz
 - Hiperparatiroidi

Peptik Ülser Nedenleri-4:

- **Vasküler hastalıklar:**
 - Portal gastropati
 - Gastrik antral vasküler ektazi
- **Allerjik/eozinofilik gastrit**
- **İdiyopatik primer gastrit ve ülserler**
 - Diğerleri:
 - Menetrier hastalığı
 - Granülomatöz gastrit
 - Kollejenöz gastrit
 - Lenfositik gastrit
 - Radyasyon gastriti
 - Sistinoiz
 - Egzersiz ilişkili gastrit
 - Kronik varioliform gastrit

Klinik:

- Asemptomatik. (%70)
- **Yenidoğan:** kanama, perforasyon
- **Küçük çocuk:** beslenme güçlüğü, kusma, ağlama atakları, huzursuzluk, kanama
- **Büyük çocuk:** epigastrik bölgede, yemeklerle ilişkili, gece uykudan uyandıran, nadiren sırtta yayılan karın ağrısı
- Midede yanma, şişkinlik, geğirme, çabuk doyma, kazınma hissi, iştahsızlık gibi dispeptik yakınmalar sıklıkla eşlik eder.
- Bulantı, kusma, iştahsızlık hastalarda kilo kaybına neden olabilir.
- Hematemez ve melena olabilir.
- Tek klinik bulgu demir eksikliği anemisi de olabilir.

Tanı:

- Üst GIS endoskopisidir.
- Mide ve duodenum mukozası ve anatomisi değerlendirilir, histopatolojik ve mikrobiyolojik incelemeler için biyopsi örnekleri alınabilir ve kanayan hastaya endoskopik tedaviler uygulanabilir.

Tedavi:

1. Asit sekresyonun azaltılması
2. Etyolojiye yönelik tedaviler
3. Komplikasyonlarının tedavisi

1. Asit Sekresyon İnhibitörleri:

- ❖ H2 reseptör antagonistleri: Paryetal hücrelerde H2 reseptörüne bağlanarak asit ve pepsinojen sekresyonunu azaltır.
- ❖ Proton Pompa İnhibitörleri: Paryetal hücrelerin apikal membranlarında H-K-ATPaz enzimini bloke ederek asit salgılanmasını baskılar. Yemekten en az 30 dakika önce alınmalıdır. En az 8 hafta devam edilmelidir.
- ❖ Sitoprotektif Ajan: Sükralfat yardımcı tedavidir. Asit salınımına etkisizdir ancak mukoza kan akımını artırması yanı sıra mukus ve bikarbonat sekresyonunu artırarak ülser iyileşmesine katkı sağlar.

Asit sekresyonu inhibitörleri

1.H2 RESEPTÖR ANTAGONİSTİ DOZLARI

	Çocuklar	Erişkin
Simetidin	≥16 y; 40 mg/kg/gün (400 mg x 4 doz)	800-1000 mg, 2-3 dozda
Ranitidin	≥1 ay; 5-10 mg/kg/gün (150 mg x 4 dozda)	300 mg, 2 dozda
Nizatidin	≥12 y; 10 mg/kg/gün (150 mg, 2 dozda)	150-300 mg, 1-2 dozda
Famotidin	≥1 y; 1 mg/kg/gün (40 mg 2 dozda)	20 mg, 2 dozda, 40 mg, 1 dozda

2.PROTON POMPA İNHİBİTÖRÜ DOZLARI

Omeprazol	1 mg/kg/gün, 2 dozda, PO, İV.
Esomeprazol (Omeprazol+sodyum bikarbonat)	Omeprazole benzer. PO, İV. < 20 kg çocuklar için 10 mg/gün; ≥ 20 kg çocuklar için 20 mg/gün.
Lansoprazol	0,75-1,5 mg/kg/gün tek doz, PO, IV Pratik olarak; ≥ 30 kg, tek doz 30 mg < 30 kg, tek doz 15 mg
Pantoprazol	<5 yaş: 0,5 mg/kg/gün; PO, IV Pratik olarak; <40 kg 20 mg/gün, ≥40 kg 40 mg
Rabeprazol	>12 yaş, 20 mg/gün, PO

3.SÜKRALFAT : 40-80 MG /KG/GÜN 3-4
DOZDA MAXİMUM 4X1 GR

2.Etyolojiye yönelik tedaviler:

- H. Pylori enfeksiyonu tanısında endoskopi ve biyopsi altın standarttır.
- Kültür ve PCR mikroorganizmanın kültürde üretilmesinin zor olması ve pahalı olması nedeniyle pratikte yaygın kullanılmamaktadır.
- Üre nefes testi ve H. Pylori dışkı antijen testi, H. Pylori tedavisine yanıtı değerlendirmek için kullanılmalıdır.
- Peptik ülseri olan hastalarda H. Pylori enfeksiyonu saptandığında mutlaka tedavi edilmelidir.

-
- Antrumda kaldırım taşı görünümü veren **antral nodularite** *H.pylori* gastritinin çocuklardaki en sık ve en özgül bulgusudur.
 - Diğer bulguları ödem, eritem, eksuda ve erozyondur.



3. Ülser komplikasyonları:

- Kanama (en sık görülen komplikasyonudur.)
- Gastrik çıkış obstrüksiyonu
- Perforasyon

3.Komplikasyonlarının tedavisi:

- Ülsere sekonder kanaması olan olgularda sıvı, kan ve kan ürünleri ile hemodinamik dengenin sağlanması ve intravenöz PPI ile kanama çoğunlukla kontrol altına alınabilir.

Ösofagogastroskopi

- Her dispeptik yakınması olan çocuğa ya da her tekrarlayan karın ağrısına endoskopi yapılması uygun değildir. Çocuklarda fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar sık görülmektedir. Öncelikle fonksiyonel ve organik hastalık ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Kimlere ösofagogastroskopi yapalım?

- Tedaviye dirençli semptomları olan ve günlük yaşamı etkileyen yakınmaları olanlara
- Gece uykudan uyandıran epigastrik ağrı yakınmaları olanlara
- Üst GIS kanaması olanlara
- Gastrointestinal yakınmalara anemi, ağırlık kaybı gibi yakınmaların eşlik ettiği ve başka türlü açıklanamadığı hastalara

- Teşekkürler