



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk sağlığı ve hastalıkları servisi Olgu Sunumu*

26.10.2022

Arş. Gör. Dr. Elif Zeynep Gurup



Olgu

- 9 yaş erkek hasta
- **Şikayeti:** Dışkıda kan, çarpıntı, bayılma hissi

Hikayesi:

- Bir aydır süren halsizlik
- Top oynarken nefessiz kalma ve çarpıntı hissi
- Aynı gün eşlik eden 1 defa vişne çürüğü renginde kanlı dışkılama sonrası dış merkeze başvuru
- Karın ağrısı, ishal, kabızlık şikayeti yok
- Burun akıntısı, öksürük yok

Özgeçmiş

- Miadında, C/S ile 3200 gram doğmuş.
- YDYBÜ veya fototerapi öyküsü yok.
- Bilinen bir ilaç alerjisi yok.
- Yaşına göre aşıları tam.

Soygeçmiş

- Anne 40 yaş, sağ sağlıklı
- Baba 47 yaş, sağ sağlıklı
- Anne baba arasında akrabalık yok
- 1. çocuk: 17 yaş /erkek/ sağ/ sağlıklı
- 2. çocuk: 12 yaş/kız /sağ/ sağlıklı
- 3. çocuk: hastamız

Fizik Muayene

- Genel durum: İyi
- Cilt: Cilt rengi **soluk**, turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok.
- Baş boyun: Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle yok.
- Gözler: Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Göz küreleri her yöne hareketi doğal.
- KBB: Orofarenks ve tonsiller doğal.
- Kardiyovasküler: S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok.
- Solunum sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- Gastrointestinal sistem: Batın rahat. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.
Rektal tuşede bordo rengi gayta bulaşı.
- Genitoüriner sistem: Haricen. Anomali yok.
- Nöromüsküler sistem: Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili. Kranial sinir muayeneleri doğal. Meningeal irritasyon bulgusu yok.
- Ekstremiteler: Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

Vital Bulgular

- Ateş: 36.4°C
- Nabız: 118/dk (67-103/dk)
- Solunum sayısı: 21/dk (16-22/dk)
- Kan basıncı: 100/60 mmHg (50p: 113/74 mmHg 90p: 117/76 mmHg)

Patolojik Bulgular

- Bir aydır süren halsizlik
- Çarpıntı hissi
- Taşikardi (>99 persantil)
- Vişne çürüğü renginde 1 defa kanlı dışkılama
- Rektal tuşede bordo rengi gayta bulaşı

- ÖN TANILAR ?

- EK TETKİKLER ?



LABORATUVAR

- *WBC (Lökosit) - 15.160
- *NEU (Nötrofil Sayısı) - 11.010
- *LYM (Lenfosit Sayısı) - 3.480
- *RBC- 2.400.000
- *HGB (Hemoglobin) - 6,60 g/dL
- *MCV- 77,50 fL
- *PLT (Trombosit) - 352.000
- *Retikülosit yüzdesi -% 2,91
- *Retikulosit sayısı-65800

- *Ferritin- 61,5 ng/L
- *Folik asit- 9 ng/L
- *Vitamin B12- 283 ng/L

- *PTZ: 11,4 s
- *INR: 1,05
- *APTT: 21,4 s

- Ürea - 21 mg/dL
- Kreatinin - 0,47 mg/dL
- AST (SGOT) - 19,6 U/L
- ALT (SGPT) - 11,7 U/L
- LDH - 233 U/L
- ALP- 175 U/L

- Sodyum - 136,9 mmol/L
- Potasyum (K) - 3,74 mmol/L
- Klor (Cl) - 102 mmol/L
- Kalsiyum - 8,64 mg/dL
- Ürik asit - 3,2 mg/dL
- CRP - 13,87 mg/L

Hastaya ES transfüzyonu yapıldı. Kontrol tam kan sayımı tetkikinde

- HGB- 9,60 mg/dL
- RBC- 3.230.000
- WBC- 10.060
- NEU (Nötrofil Sayısı) - 6.890
- LYM (Lenfosit Sayısı) - 2.520
- MCV- 83,30 fL
- PLT (trombosit Sayısı)- 320.000

- Hastaya ES transfüzyonu sonrasında endoskopi işlemi yapıldı. Normal üst gastrointestinal sistem endoskopik bulguları olarak değerlendirildi.
- Hastaya meckel sintigrafisi çekildi. Meckel divertikülü ile uyumlu bulundu.

GİS KANAMALARI

- Çocuklarda gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları; ağızdan anüse kadar uzanan kanalın herhangi bir bölgesinde meydana gelebilir
- Amerika'da yapılan bir çalışmada hastanede yatan hastalarda GİS kanaması oranı %0,5 olarak rapor edilmiştir.
- Çocuk yoğun bakım birimlerine yatan hastalardaki sıklığı ise %6,4 (ciddi kanama ise %0,4-1,6) bulunmuştur.

TANIMLAR

- GIS kanamaları üst, alt ve odağı/nedeni bulunamayan GIS kanaması olmak üzere üçe ayrılmaktadır.
- Ayrıca yerine bağlı olmaksızın, gözle tanımlanamayacak derecede az olan ve sadece dışkıda gizli kan testiyle anlaşılabilir kanama gizli kanama olarak adlandırılır.
- Nedeni belli olmayan kanamalar, nedeni belli olmayan gizli kanama ve nedeni belli olmayan görünür kanama olarak da adlandırılır.
- Hastalar klinik olarak; hematemez ve/veya melena ve/veya hematokezya ile başvurabilirler.
- Hematemez üst GIS kanamalarından kaynaklanırken, melena hem üst hem alt GIS kanamalarından kaynaklanabilir.

ALT GİS KANAMASI

- Yaşlara göre alt GİS kanamasının etiyolojisi değişmektedir.
- Ayırıcı tanıdan önce dışkıyı kırmızı renge boyayan ya da renk değişikliğine yol açan antibiyotik alımı (sefdinir ya da rifampisin gibi), demir ve bizmut preparatlarının kullanımı ve bazı besinlerin tüketimi (aşırı çikolata alımı, yaban mersini yenmesi ve bazı yeşil sebzelerin aşırı alımı) sorgulanmalıdır.
- Bebeklerde en sık sebep anal fissür iken daha büyük yaşlarda infeksiyöz ve inflamatuvar kolitler ön plandadır.

- Anal fissür, daha çok taze kırmızı renkte çizgisel kanama ile bulgu verir.
- Özellikle tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde (4-6 ay), tuvalet eğitiminin alındığı dönemde (3-4 yaş civarı) ve okul başlangıcında (6 yaş) sık görülür.
- Kabızlıkla ilişkili olabileceği gibi Crohn hastalığının da bir belirtisi olabileceği unutulmamalıdır.

- İnek sütü protein alerjisi (alerjik proktokolit) yenidoğan veya erken süt çocukluğu döneminde dışkıda kan veya mukuslu dışkılama ile ortaya çıkar.
- Başka bir problemi olmayıp sağlıklı görünen kilo alımı iyi olan bebeklerde anal fissür dışlandıktan sonra ayırıcı tanıda inek sütü protein alerjisi düşünülmelidir.
- Alerjenin eliminasyonu ile çoğu olguda şikâyetler birkaç günde düzelir ve hastaların çoğu 9-12. aylarda alerjen besini tolere edebilirler.

- ***İnvajinasyon ve Meckel divertikülü*** süt çocukluğu döneminde sık görülen alt GIS kanaması nedenlerindendir.
- Daha önce sağlıklı bir çocukta ani başlangıçlı kolik şeklinde karın ağrısı, kusma ve çilek jölesi şeklinde kanlı dışkılama invajinasyon belirtileridir.
- İnvajinasyonda GIS kanamanın görülmesi etkilenen bağırsak segmentinde venöz konjesyon ve iskeminin oluştuğunun göstergesidir.
- Süt çocuklarında invajinasyon genellikle idiyopatiktir veya terminal ileumun lenfoid hiperplazisi ile ilişkilidir.
- Daha büyük çocuklarda invajinasyon görülmesi halinde polip, intestinal duplikasyon veya Meckel divertikülü gibi altta yatan nedenler araştırılmalıdır.

- **Meckel divertikülü** omfalomezenterik kanalın tam olarak oblitere olmaması sonucu gelişir.
- Gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir ve prevalansı %4-11 arasında değişir.
- Divertiküllerin yaklaşık %50'sinin içerisinde heterotropik gastik mukoza olur ve komşu ileal mukozada ülserasyona bağlı kanamalar görülebilir.
- Öncesinde sağlıklı olan çocuklarda ağrısız, taze, tekrarlayan, kendi kendini sınırlayıcı, bazen de hayatı tehdit edecek kadar şiddetli kanama olarak bulgu verebilir.

- Kolonik polipler, tekrarlayan ağrısız hematokezya şeklinde bulgu verirler.
- Çocuklardaki poliplerin %90'dan fazlasını juvenil polipler oluşturmaktadır. Bunlar genellikle rektosigmoid bölgede lokalizedirler (%60-80) ve histopatolojik olarak hamartomatöz yapıdadırlar.
- Peutz-Jeghers, Cronkhite-Canada ve Cowden sendromundaki polipler de hamartomatöz yapıdadırlar.
- Adenomatöz polipler çocuklarda çok nadir gözlenmektedir ve premalign potansiyeli olan lezyonlardır. Çocukluk çağında daha çok ailesel polipozis koli, Gardner sendromu veya Turcot sendromu ile ilişkilidir.

- Soliter rektal ülser (SRÜ) endoskopik işlem sırasında dikkat edilmezse çok kolay gözden kaçabilmektedir. Rektal taze kanama ile birlikte, mukuslu dışkılama, kabızlık ve ağrılı dışkılama görülebilir. Anemi çok sık rastlanan bir bulgu değildir. Daha çok pelvik taban kasları ile eksternal anal sfinkter kasının koordinesiz çalışması sonucu intrarektal basınç artışı ile karakterizedir. Ön rektal duvarda kronik iskemi ve olay daha da uzarsa ülser gelişmektedir.
- Endoskopik olarak nodülerite, eritem, ülser ve polipoid lezyonlar görülebilir. Daha çok distal 5-10 cm'lik kısımda lokalizedir ve tanı için altın standart histopatolojik incelemedir.

- Anjiodisplazi ve vasküler lezyonlar daha çok ince duvarlı dilate vasküler yapıların yüzeyel seyretmesi sonucu mekanik travmaya bağlı tekrarlayan kanama atakları şeklinde prezente olmaktadır. Daha çok sol kolon ve terminal ileumda lokalizedirler.
- İzole gözlenebileceği gibi Osler-Weber-Rendu, Klippel-Trenaunay ve Blue rubber bleb nevüs sendromunun bir parçası olarak da görülebilir.

Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

- Üst GIS kanamalarında olduğu gibi alt GIS kanamalarında da ilk basamak hastanın hemodinamik olarak stabilitesini sağlamaktır.
- Daha sonra dışkıda renk değişikliğine yol açan nedenler dışlanmalı ve kanamanın alt GIS kaynaklı olup olmadığı belirlenmelidir.
- Hikâyede eşlik eden hastalık varlığı (karaciğer hastalığı, tanı almış inflamatuvar bağırsak hastalığı, geçirilmiş intestinal operasyon vb.) sorgulanmalıdır.
- Kanama ve dışkılama şekli (ağrılı olup olmadığı, ishalin eşlik edip etmediği ve dışkı üzerinde parlak kanama gibi), ilaç kullanımı (steroid dışı antiniflamatuvar ilaçlar) sorgulanmalıdır.

- Malnütrisyon yönünden ayrıntılı antropometrik ölçümler, karın içi patolojiler yönünden de ayrıntılı karın muayenesi yapılması gereklidir.
- Rektal muayene (fissür, fistül, rektal polip ve skin tag gibi) ve cilt muayenesi (peteşi, hemanjiom ve diğer vasküler lezyonlar) yapılmalıdır.
- Başlangıçta tam kan sayımı ve koagülasyon parametreleri bakılmalıdır. Kolit düşünülen olgular enfeksiyöz ve inflamatuvar nedenler yönünden tetkik edilmelidir.
- Alt GIS kanamalarında üst GIS kanamalarının aksine acil endoskopik girişime gereksinim çok nadirdir, daha çok tanı amaçlı kullanılmaktadır.
- Kolonoskopinin alt GIS kanamalarında tanı koyma değeri %48-90 arasında rapor edilmiştir.
- Tanıda bazı sintigrafik tetkiklerin seçilmiş hasta grubunda tanısal değeri yüksektir.

- ^{99m}Tc perteknetat Meckel divertikülü veya intestinal duplikasyonlarda bulunan heterotropik gastrik mukozanın gösterilmesinde duyarlı bir yöntemdir (%60-80).
- Özellik ağrısız, bol miktarda alt GIS kanaması olan bebeklerde kolonoskopiden önce tercih edilmelidir.
- Hastanın kendi eritrositlerinin kullanıldığı ^{99m}Tc -RBC sintigrafisi 0,1 ml/dk'nın üzerinde kanaması olan hastalarda kullanılabilir.
- Kanama yeri birinci basamak testleri ile saptanamayan hastalarda ikinci basamak test olarak kullanılabilir.
- Mezenterik anjiyografi ise 0,5 ml/dk'nın üzerinde kanaması olan hastalarda özgüllüğü %100 iken duyarlılığı %47'dir.
- Anjiyografi yapılamayan olgularda BT ya da MR anjiyografi alternatif olarak kullanılabilir.

- Hasta meckel divertikül kanaması tanısı ile çocuk cerrahi servisine devredildi.

- Teşekkürler.