

Prepilorik perde: Bir vaka takdimi

Melis Pehlivan Türk¹, Şahin Takcı², Rana User³, Şafak Güçer⁴, Ayşe Korkmaz⁵

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Pediyatri Araştırma Görevlisi, ²Pediyatri Uzmanı, ³Pediyatrik Cerrahi Araştırma Görevlisi, ⁴Pediyatri Profesörü, ⁵Pediyatri Doçenti

SUMMARY: Pehlivan Türk M, Takcı Ş, User R, Güçer Ş, Korkmaz A. (Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Prepyloric web: a case report. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 138-140.

Congenital prepyloric web is a rare cause of gastric outlet obstruction. Esophageal contrast barium study or ultrasonography should be used for the diagnosis, because of their high diagnostic value. In the literature, there are limited cases in which the diagnosis was made by surgical exploration after the observation of gastric dilatation and gasless abdomen on radiographic images. In this report, we present a prepyloric web case, diagnosed by surgery performed after the plain radiography in order to evaluate the etiology of vomiting in a preterm infant.

Key words: prepyloric web, gastric outlet obstruction, preterm infant.

ÖZET : Konjenital prepilorik perde, gastrik çıkım tıkanıklıklarının oldukça seyrek görülen bir nedenidir. Tanıda baryumlu ösefagus-mide-duodenum grafisi ya da ultrasonografi yüksek oranda tanı koydurucu olmaları nedeniyle tercih edilmektedir. Literatürde direkt grafide midede dilatasyon görülmesi ve distal bağırsak segmentlerine hava geçişi olmaması durumunda cerrahi eksplorasyon ile tanı konmuş vakalar da bildirilmiştir. Bu yazıda prematüre bir bebekte beslenme sonrası gelişen kusmanın oluş nedenlerinin aydınlatılması amacıyla çekilen direkt grafi sonrasında cerrahi girişim ile prepilorik perde tanısı konulan bir vaka sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: prepilorik perde, gastrik çıkım tıkanıklığı, prematüre bebek.

Konjenital prepilorik (antral) perde, gastrik çıkım tıkanıklıklarının seyrek görülen nedenlerindedir. Yaygınlığı tam olarak bilinmemekle beraber yaklaşık 100.000 doğumda bir görüldüğü tahmin edilmektedir.¹ Literatürde sadece sporadik vaka bildirimleri bulunmaktadır. Günümüze kadar ilki 1949 yılında olmak üzere prematüre bebeklerde bildirilmiş yedi konjenital prepilorik membran vakası vardır. Bu vakaların beşine epidermolizis büllosanın eşlik ediyor olması ilgi çekicidir.^{1,2} Tanıda baryumlu ya da direkt grafilerde klasik bulgu olan “double-bubble” görünümünün saptanması yardımcı olmaktadır. Prepilorik perde tek başına bulunabildiği gibi, duodenal atrezi ya da hipertrofik pilor stenozuna eşlik edebilir. Bu yazıda kusma etiyojisi araştırılması sırasında prepilorik perde tanısı konmuş prematüre doğmuş bir bebek sunulmuştur.

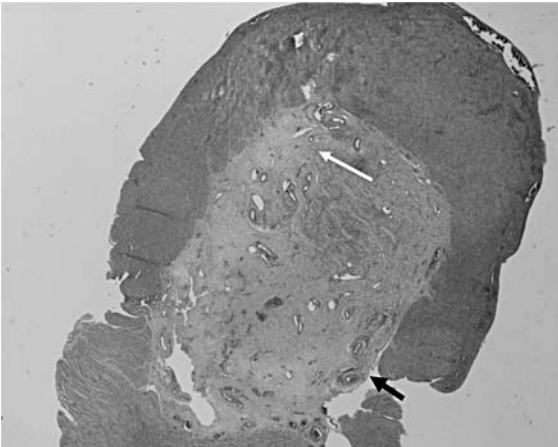
Vaka Takdimi

Yirmi beş yaşındaki annenin dördüncü gebeliğinden ilk yaşayan olarak erken eylem nedeniyle 30 haftalıkken sezaryen ile doğan bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Vücut ağırlığı 1320 gr (10-50. persentil), baş çevresi 28.6 cm (50-90. persentil) olarak ölçüldü. Prenatal öyküsünde polihidroamniyoz olduğu, ikiz eşinin 13. haftada fetal kalp atımının negatif olarak saptandığı, annenin trombofili nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin kullandığı öğrenildi. Hasta servise kabul edildikten sonra respiratuvar distres sendromu nedeniyle nazal sürekli pozitif hava yolu basıncı ile izleme alındı ve surfaktan tedavisi verildi. Ekokardiyografide patent duktus ateriyozus (PDA) saptanan bebeğe intravenöz ibuprofen tedavisi uygulandı. Kontrol ekokardiyografide PDA'nın kapandığı görüldü. İlk gün parenteral beslenmeye ek olarak minimal enteral

beslenmesi başlandı. İzlemde altı günlükken enteral yoldan 30 ml/kg olarak beslenirken hafif karın distansiyonu ve kusma gelişmesi nedeniyle enteral beslenmesi kesildi. Ayakta direkt karın grafisinde midenin gaz ile dilate olduğu, duodenumda minimal havanın izlendiği, distal bağırsak segmentlerine hava geçişinin olmadığı saptandı. Prenatal dönemde polihidroamniyoz öyküsü olması da göz önünde bulundurularak, hasta duodenal atrezi ön tanısıyla on günlükken ameliyata alındı. Ameliyat sırasında prepilorik perde ile uyumlu bulgular saptanarak pilor rezeksiyonu ve gastroduodenostomi uygulandı (Şekil 1). Patolojik inceleme pilorik perde tanısını doğruladı (Şekil 2). Cerrahi sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta sekizinci günde yeniden beslenmeye başlandı.



Şekil 1. Mide ve pilora askı dikişleri konup transekte edildikten sonra lümenin kapalı olduğu görülmüştür.



Şekil 2. Pilor kesitinde mukazanın yerini alan ve lümenin tamamını oblitere eden fibröz doku (perde- web,ok) izlenmektedir. Kas tabakası da hipertrofik ve düzensizdir (HEX20).

Yirmi dokuz günlükken parenteral nutrisyon desteği kesilerek tam enteral olarak beslenmeye başlandı. 1800 gr vücut ağırlığına sorunsuz şekilde ulaşan bebek taburcu edildi.

Tartışma

Prepilorik perde ya da diyafram genellikle 2-4 mm kalınlığında piloroduodenal bileşkeden 1-7 cm uzaklıkta yerleşik ince bir zardır.³ Bu perde pilorda tam ya da kısmi kapanmaya neden olabilmektedir. Tam tıkanıklık genellikle doğum sonrası ilk günlerde bulgu verirken, kısmi tıkanma olması durumunda yenidoğan döneminden çocukluk dönemine kadar, seyrek olarak erişkin çağda, herhangi bir zamanda bulgular ortaya çıkabilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Embriyonik gelişimi sırasında "foregut'ın" (önbağırsak) tam olmayan kanalizasyonunun ya da yerel endodermal aşırı proliferasyon sonucu oluşan gelişimsel kalıntıların bu duruma neden olduğu düşünülmektedir.^{3,4} Prepilorik perde, mukoza ve submukoza katmanlarından oluşur. Bazen bu katmanların arasında antrumun uzun eksenine dik olacak şekilde yerleşim gösteren kas bileşeni de olabilir.

Prepilorik perde tanısında farklı tanısal yaklaşımlar vardır. Baryumlu ösefagus-mideduodenum grafisi %90 oranında kesin tanı koydurmasıyla ilk tercih edilen yöntemlerdendir. Antral bölgede kalıcı, keskin sınırlı, bant benzeri dolma defektinin görülmesi prepilorik perdeye ilişkin özgül görüntüleme bulgusudur.⁵ Ancak bu yöntem bazı vakalarda hipertrofik pilor stenozunu düşündürülen sonuçlar elde edilmesine neden olmuştur. Diğer bir tanısal yöntem ultrasonografidir. Chew ve arkadaşları⁶ prepilorik perde tanısında kullanılabilecek dört ölçüt öne sürmüşlerdir: antral bölgede ekojenik diyafram benzeri yapının görülmesi, gastrik boşalımın gecikmiş olması, gastrik dilatasyonun izlenmesi ve pilor yapısının normal olması. Çocukluk yaş grubunda, girişim gerektirmediği ve deneyimli bir ekip tarafından uygulandığında yüksek oranda tanı koydurucu olması nedeniyle bu iki yöntem tercih edilmelidir. Bizim vakamızda da olduğu gibi, direkt grafide midede belirgin genişleme izlenirken, distal bağırsak segmentlerine hava geçişinin olmadığı görülmesi gastrik çıkıma ilişkin tıkanıklık yapabilecek nedenleri düşündürmelidir. Böyle bir durumda diğer

tanısal yöntemlerden yararlanmadan cerrahi girişim sonrasında kesin tanı konmuş vakalar bildirilmiştir.¹ Bu vakada da klasik direkt grafi bulguları sonrasında duodenal atrezi olabileceği düşünülmüş, cerrahi girişim sırasında tanı konulmuş, patolojik inceleme ile de tanı doğrulanmıştır. Endoskopi de hem antral perde tanısında, hem de eşlik edebilecek gastrik hastalıkları göstermede yardımcı bir diğer yöntemdir.

Pilorik perdenin %28 oranında pilor stenozu, epidermolizis bülloza, kardiyak hastalıklar (aort koarktasyonu, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriyozus) ile birlikteliği olduğu gösterilmiştir.⁴ Antenatal dönemde polihidroamniyos görülebilmekle beraber, vakaların %50'sinde ultrasonografi bulguları normaldir. Bizim vakamızda da antenatal dönemde tespit edilmiş polihidroamniyoz, kusma bulgusuna ön planda gastrik çıkım tıkanıklarının neden olabileceğini düşündürmüştür. Hastalığa ilişkin en sık görülen klinik bulgu, genellikle yenidoğan döneminde başlayan safrsız kusmadır. Fizik muayenede, pilor hipertrofinin eşlik ettiği bazı durumlarda üst abdomende kitle palpe edilebilir. İleri dönemlerde büyüme geriliği, karın ağrısı gibi bulgularla da kendini gösterebilir.

Konjenital antral perdenin tedavisi cerrahidir. En sık kullanılan cerrahi yöntem piloroplastidir.¹ Zarın ince olduğu durumlarda endoskopik yöntemlerle darlığın dilate edilmesi denenebilir.⁷ Cerrahi sonrası genellikle komplikasyonsuz iyileşme olur ancak epidermolizis büllozanın eşlik ettiği durumlarda mortalite yüksektir.⁸ Tam tıkanıklığın olmadığı ve raslantısal olarak saptanmış vakalarda antispazmodik ajanlar ve sık aralıklarla az miktarda beslenme önerilerek konservatif izlem yapılabilir.

Sonuç olarak prematüre doğmuş bebeklerde gastrik çıkımın tıkanıklığı oldukça seyrekdir. Prepylorik perde ise gastrik çıkım tıkanıklıklarının oldukça az görülen bir nedenidir. Ancak bebek asemptomatik olsa bile direkt karın grafisinde, kalıcı gastrik distansiyon ve distal bağırsak segmentlerinde gaz görünümünün olmaması, bu durumu düşündürmelidir. Böyle bir bulgu saptandığında baryumlu grafi ya da ultrasonografi ile tanıya gidilebilir ya da doğrudan cerrahi eksplorasyon yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Godambe SV, Borianna P, Ein SH, et al. An asymptomatic presentation of gastric outlet obstruction secondary to congenital antral web in an extremely preterm infant. *BMJ Case Rep* 2009; doi: 10.1136/bcr.10.2009.2327.
2. Peltier FA, Tschen EH, Raimer SS, et al. Epidermolysis bullosa lethalis associated with congenital pyloric atresia. *Arch Dermatol* 1981; 117: 728-731.
3. Tiao MM, Ko SF, Hsieh CS, et al. Antral web associated with distal antral hypertrophy and prepyloric stenosis mimicking hypertrophic pyloric stenosis. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 609-611.
4. Lugo-Vicente HL. Congenital (prepyloric) antral membrane: prenatal diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 1589-1590.
5. Vries AG, Bodewes FA, van Baren R, et al. Misleading clinical symptoms and a prolonged diagnostic approach in prepyloric web. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011; 52: 627-629.
6. Chew AL, Friedwald JP, Donovan C. Diagnosis of congenital antral web by ultrasound. *Pediatr Radiol* 1992; 22: 342-343.
7. Berr F, Rienmueller R, Sauerbruch T. Successful endoscopic transection of a partially obstructing antral diaphragm. *Gastroenterology* 1985; 89: 1147-1151.
8. Peltier FA, Tschen EH, Raimer SS, et al. Epidermolysis bullosa lethalis associated with congenital pyloric atresia. *Arch Dermatol* 1981; 117: 728-731.