

# Konjenital hipertrofik pilor stenozu ile ilgili deneyimler

A. Can BAŞAKLAR, Nuri KALE, Halil F. ATAYURT

SSK Ankara Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği ve Gazi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

## Özet

Ocak 1981 ile Eylül 1989 tarihleri arasında, SSK Ankara Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği ve Gazi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda teşhis ve tedavi edilen 51 konjenital hipertrofik pilor stenozlu bebek retrospektif olarak incelenmiştir. Yaşları 20-90 gün arasında değişen (ortalama 46.4 gün) 51 bebeğin 8'i kız, 43'ü de erkektir. Hastaların çocuk cerrahisine başvurularını, semptomların başlamasından 5 ile 75 gün arasında (ortalama 27.8 gün) yaptıkları görülmüştür. Komplikasyon oranının % 12.2, toplam mortalitenin % 5.9 ve cerrahi mortalitenin % 2.04 olduğu anlaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Doğumsal hipertrofik pilor stenozu

## Summary

**Congenital hypertrophic pyloric stenosis: An 8-year—experience**

51 babies with congenital hypertrophic pyloric stenosis were seen in two different hospitals within the years of 1981 to 1989. The ages of the children ranged between 20 to 90 days (mean 46.4 days). 5 to 75 days had elapsed (mean 27.8 days) between the onset of the symptoms and admission to the hospitals. 49 of the babies had been treated surgically. The overall complication rate was 12.2 % and surgical mortality was found to be 2.04 %.

**Key words:** Congenital hypertrophic pyloric stenosis

Konjenital Hipertrofik Pilor Stenozu (KHPS), yenidoğan döneminde görülen ve cerrahi olarak tedavi edilen bir hastalıktır. Klasik olarak 2-3 haftadan sonra başlayan, safrsız, fişkirır tarzındaki kusma hastalığının en belirgin özelliğidir. Başlangıçta, günde birkaç kez görülen kusma, giderek, pilordaki tıkanıklığa ödemin de eklenmesiyle daha sık ve şiddetli bir hal alır. Kısa bir süre sonra, hastada, dehidratasyon ve hipokalemik hipokloremik alkaloz ortaya çıkar. Bu durum, hastalık kısa sürede teşhis ve tedavi edilmediği takdirde bebeğin ölümüne yol açar.

Doğum hızının yüksek olduğu ülkemizde, KHPS'nun insidansını belirleyen bir çalışma bulunmamakla beraber, çocuk cerrahisi merkezlerinde tedavi edilen KHPS'lu bebek sayısı beklenenden azdır (4,7). Bunda, hastalığın insidansının ülkemizde daha düşük olabilmesi yanında, hastaların çocuk cerrahisi merkezlerine çeşitli nedenlerle ulaşamamalarının da önemli rolü vardır. Yazımızın amacı, serimizdeki KHPS'ü nedeniyle ameliyat edilmiş hastalarımızın

sonuçlarını vermek ve yenidoğanın bu ilginç hastalığını genel anlamda gözden geçirmektir.

## Gereç ve Yöntem

SSK Ankara Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği ve Gazi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Ocak 1981 ve Eylül 1989 yılları arasında teşhis ve tedavileri yapılan 51 KHPS'lu bebek yaş, cins, şikayetler, şikayet başlangıcı ile tanı arasında geçen süre, uygulanan cerrahi tedavi ve komplikasyonlar gibi parametreler yönünden geriye dönük olarak incelenmişlerdir.

## Bulgular

En küçüğü 20 ve en büyüğü de 90 günlük (yaş ortalaması: 46.4 gün) olan bebeklerin başvuru anındaki vücut ağırlıklarının 2500 ile 4000 gram arasında değiştiği görülmüştür. İlk 28 gün içinde başvuran hasta sayısı 5 (% 9.8), 2 aylıktan daha büyük yaşta başvuran hasta sayısı da 5'dir (% 9.8). 41 bebek ise 1 ile 2 aylar arasında başvurmuştur (% 80.4). Bebeklerin 8'i kız (% 15.7) 1.43'ü de erkektir (% 84.3). Kusma başladıktan sonra, hastaneye en kısa başvuru süresi 5, en geç başvuru süresi de 75 gün olarak bulunmuştur (ortalama 27.8 gün).

Hastaların 33'ü (% 64.7) poliklinik aşamasında çocuk cerrahisine gönderilmiş ve bu grubun ameliyat öncesi hastanede yatış süresinin 1 ile 3 gün (ortalama 1.8 gün) olduğu anlaşılmıştır. Bu sürenin, poliklinikte görülmeden yenidoğan servisine yatırılan 18 (% 35.3) hastada ise 3-17 gün (ortalama 6.9 gün) arasında değiştiği görülmüştür.

Bebeklerin, en belirgin şikayetlerinin, fıskırır tarzda safrsız kusma (51, % 100), kilo alamama (30, % 58.8) ve kabızlık (10, % 19.6) olduğu anlaşılmıştır.

Fizik muayene bulgularının incelenmesinde, hastaların tümünde hipertrofik pilorun (olive) palpasyonunun, cerrahi ekibin en az bir üyesi tarafından yapılabildiği görülmüştür. 34 (% 66.7) hastada turgor ve tonusun azaldığı, 40 (% 78.4) hastada değişik derecelerde dehidratasyonun olduğu, 17 (% 33.3) hastada ciddi hipokalemik hipokloremik alkalozun mevcut olduğu, diğer hastaların elektrolit değerlerinde ise dikkati çeken bir bulgunun olmadığı tespit edilmiştir.

6 hastada kliniklerimize gönderilmeden önce baryumlu mide-dodenum grafisinin çektirilmiş olduğu anlaşılmıştır.

Ameliyata alınabilen 49 hastanın tümüne Ramsted pyloromyotomi uygulanmıştır. Ameliyat esnasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar Tablo I'de gösterilmiştir. Toplam komplikasyon oranının % 12.2'dir. Dehisence olgusunda sekonder onarım, mukoza açılmalarında primer onarım, karın içine kanyan hastada da relaparotomi yapılmış ve devam eden bir sorunla karşılaşılmamıştır. Pasajı geciken hastamız 10 günlük destekleyici tedaviyi takiben beslenmeye başlamış, hematemez ve melenası olan hasta ise 1 gün süren bu sorunundan kendiliğinden

Tablo I. Ameliyat edilen 49 hastada piloromyotomi sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar.

Komplikasyonlar	Hasta Sayısı	%
Duodenal mukoza perforasyonu	2	% 4.08
Hematemez-melena	1	% 2.04
İntraperitoneal kanama	1	% 2.04
Dehisence	1	% 2.04
Pasaj gecikmesi	1	% 2.04
Toplam	6	% 12.24

kurtulmuştur.

Mortalite oranımız % 5.9 (3 hasta)'dur. Bu hastalardan 2'i, ameliyat öncesi dönemde genel durumları, elektrolit dengesizliği, dehidratasyon ve malnütrisyon nedeniyle en bozuk olan ve ameliyata alınmadan ölen bebeklerdir. Bu bebekler 73 ve 75 günlükken başvurmuşlardır. Operatif mortalite ise % 2.04 (1 hasta)'dür. Bu bebek de 90 günlükken başvurmuş genel durumu oldukça kötü olan bir hastamızdır.

## Tartışma

Amerika Birleşik Devletlerinde 1957 yılında yapılan iki ayrı çalışmada KHPS insidansının 300-1000 canlı doğumda bir olduğu bildirilmiştir (3,5). Hastalık erkek bebeklerde kızlardan 4 kez daha fazla görülmektedir (1). Serimizde de E/K oranı 5/1 olarak bulunmuştur.

Kusma, tüm yaş gruplarında birçok hastalığın ortak semptomudur. 2-3 haftadan sonra başlayan ısrar eden kusma KHPS'u düşündürmelidir. Bu bebeklerin fizik incelemesinde, soldan başlayıp sağa doğru ilerleyen, mideye ait peristaltik dalgalar kolayca izlenebilen önemli bir bulgudur. Ancak, tanı, sağ üst kadranda, sert, mobil, zeytin büyüklüğündeki kitlenin palpasyonu ile koyulur. Bu kitlenin olguların % 70-90'da palpe edilebileceği belirtilmektedir (6). Serimizde bu oran % 100 olmuştur. Bu, bir cerrahın yalnız başına ulaşabileceği bir oran değildir. Bu nedenle pilor palpasyonunun klinikteki tüm cerrahlar tarafından denenmesini önermekteyiz.

Fıskırır tarzda kusma, midenin peristaltik hareketlerinin izlenmesi ve pilorun palpasyonunun mevcudiyete-



Şekil 1. Konjenital hipertrofik pilor stenozunun radyolojik görünümü.

tinde daha fazla laboratuvar çalışması yapılmasına gerek yoktur. Pilonun palpe edilemediği olgularda, mide duodenum grafisi ile pilorun daraldığını ve uzadığını görmek mümkündür (Şekil 1). Son yıllarda tanıda ultrasonografiden de yararlanılabilmektedir (2).

Tanının erken koyulduğu olgularda dehidratasyon, malnütrisyon ve elektrolit dengesizliğine daha az rastlanır. Böyle bebeklerin 24 saatlik bir hazırlığı takiben ameliyata alınmaları mümkündür. Buna karşılık, serimizde de olduğu gibi, semptomların başlaması ile tanının kesinleşmesi arasında geçen sürenin 5-75 gün (ortalama 27.8 gün) olması bebeğin ameliyata daha uzun sürede ve daha yavaş bir şekilde hazırlanmasını gerektirir. Yenidoğan bebeğin ortalama 28 gün boyunca sürekli kusması ve beslenememesi, organizmasında geri çevrilmesi zor olan metabolik bozukluklara ve malnütrisyonu açar. Serimizdeki hastaların % 78.4'de görülen dehidratasyon ve % 33.3'de görülen ciddi elektrolit bozukluğu uzun süreli kusmanın sonucudur. Nitekim, bu bebeklerden 2'si ameliyat öncesi hazırlık döneminde, biri de ameliyat sonrası erken dönemde kaybedilmişlerdir.

Ameliyat esnasında duodenal taraftaki mukozanın açılma insidansı % 2.3 olarak bildirilmektedir (1). Bizim olgularımızda bu oran % 4.08 olarak bulunmuştur. % 0.3 olarak bildirilen mortalite ise %

5.9'dur. Ancak, operatif mortalitemiz % 2.04'dür.

KHPS'unun erken tespiti halinde çok iyi olan cerrahi tedavi sonuçları, geç tanı veya geç başvuru halinde cerrahi dışı nedenlere bağlı olarak fetal seyredebilmektedir.

## Kaynaklar

1. Benson CD: Infantile hypertrophic pyloric stenosis, in Pediatric Surgery fourth edition by Welch KJ, Randolph JG, et al: Yearbook Medical Publishers Inc, Chicago, 1986 s:811-815
2. Blumhagen JD, Noble HGS: Muscle thickness in hypertrophic pyloric stenosis: Sonographic determination. Am J Radiol 140:221, 1983
3. Laron Z, Horne LM: The incidence of infantile pyloric stenosis. Am J Dis Child 94:151, 1957
4. Melikoğlu M, Bulut M, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Konjenital hipertrofik pilor stenozlu hastalarımızın klinik ve biyokimyasal özellikleri ile tedavi sonuçları. IV. Ulusal Çocuk Cerr. Kongr. İstanbul, A-28, 1984
5. Pollock WF, Norris WJ, Gordon HE: The management of hypertrophic pyloric stenosis at the Los Angeles Children's Hospital (a review of 1422 cases). Am J Surg 94:335, 1957
6. Raffensperger JG, Seeler RA and Moncado R: The acute abdomen in infancy and childhood, Philadelphia JB Lippincott company, 1970, s:46
7. Yeker D, Danişmend N, Şenyüz O, Büyükcünal C, Söylet Y: Konjenital hipertrofik pilor stenozu. XX. Türk Pediatri Kongresi Kitabı. İstanbul, Zöngür Matb., s:663, 1982