

YrdDoç.Dr. Ali DEMİR\*

Yrd.Doç.Dr. Hülagü KARGICI\*\*

YrdDoç.Dr. Emir DÖNDER\*

Dr. Ali Osman ONAT\*

Yrd.Doç.Dr. ÖmürATAOGLU\*\*\*

Midenin kardial ve pilor kısmındaki ülserler iyileştikleri zaman lokal fibrozis ve stenoza yol açarak obstrüksiyon bulgularının ortaya çıkmasına neden olabilirler. Korpustaki ülserler ise bazen, iyileştikleri zaman bu bölgenin annüler tarzda daralmasına yol açarlar. Nadir görülen bu şekildeki mide, kum saati mide (hour-glass stomach veya mediogastrik stenoz) olarak bilinir (1,2).

Kum saati midenin tanımı ilk kez 19'uncu yüzyılda yapılmış olmakla birlikte değişik özellikleri ancak 1926 yılında Hurst ve Stewart tarafından tanımlanmıştır. Bu yazarlar, kum saati midenin kadınlarda erkeklere nazaran oldukça sık görüldüğünü tespit etmişler ve daha sonraki yıllarda yapılan klinik incelemelerde de aynı durum teyid edilmiştir (3,4).

Kliniğimizde radyolojik, endoskopik, makroskopik görünümü ve histopatolojik bulguları birlikte değerlendirilmiş bir "kum saati mide" vakası taktim edilmiştir.

### Vaka

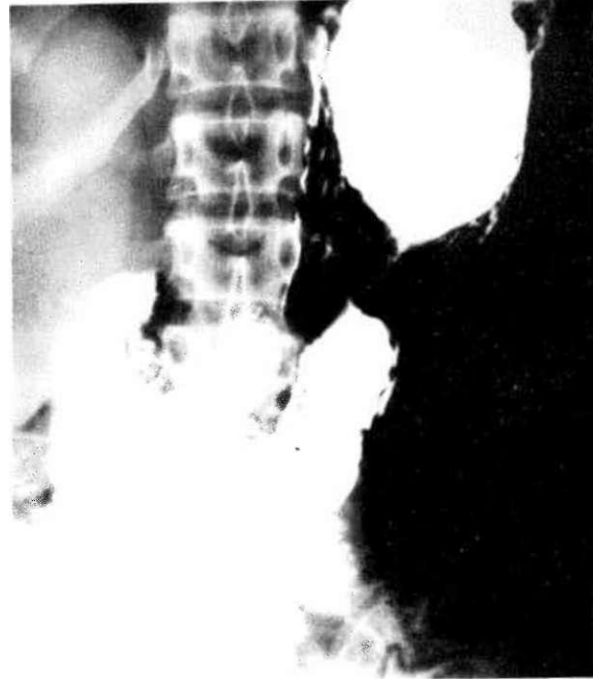
Hasta N.Ş, 52 yaşında, 6 çocuk sahibi bir bayan. Şikayetleri yedi yıl önce midesinde ağrı şeklinde başlamış. Zaman zaman sırtına vuran bu ağrı başlangıçta süt içince azalıyor, biber, bulgur ve baharatlı gıdalar yiyince artıyormuş. Mevcut şikayetleri ile çeşitli doktorlara müracaat eden hastamıza ismini bilmediği bir takım ilaçlar verilmiş. Hastamız bu ilaçlardan kısmen fayda görmüş. Ancak bu ağrı zamanla daimi bir hal almaya, süt ve kullandığı ilaçlara cevap vermemeye başlamış. Son beş yıldır kendine verilen hiçbir ilaçtan fayda görmediğini ifade eden hasta kliniğimize yatırıldı.

\*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklardan, ve Genel Cerrahi\*\* ABD, ELAZIĞ

\*\*\*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD, ANKARA

Hastamız, sekiz yıl önce safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat olduğunu, bunun dışında ciddi bir hastalık geçirmediğini ifade ediyor.

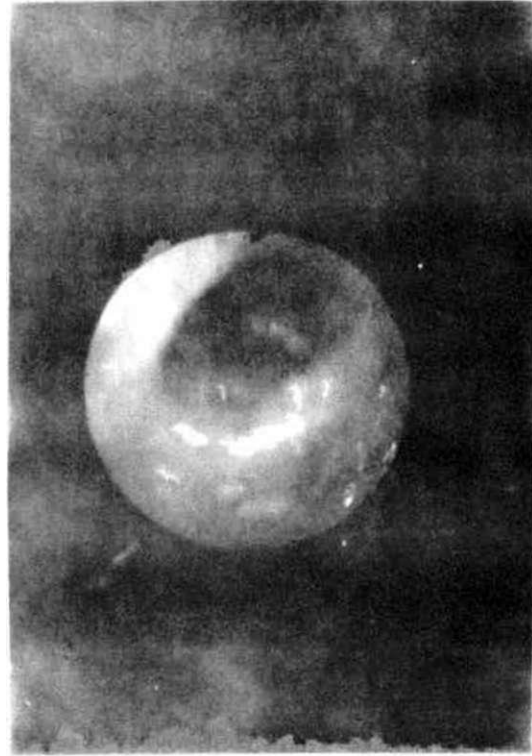
Fizik muayenesinde; arteriyel kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 76/dk ritmik, ateş:36.5°C, epigastrik bölgede ksifoidden göbeğe kadar uzanan geçirilmiş



Şekil 1. Tekrarlanan spot grafilerde mide orta kısmındaki darlığın değişmeyen görünümü.

ameliyata sikatris mevcuttu. Bu bölge palpasyonla hafif ağrılı idi. Diğer sistemlerin muayenesi normal olarak değerlendirildi.

Hastanın yapılan kan ve idrar tetkikleri normal bulundu. Çekilen barynmht mide-duodenum grafiğinde, mide korptis-orta kısmında annuler şekilde darlık olduğu ve bunun spot grafiplerde değişmediği gözlemlendi (Şekil 1 ve 2), Hastaya gastroskopik inceleme yapılarak korpus orta kısmında aminler şeklinde darlık gözlemlendi. Gastroskopi Olympus GIF 020 marka panendoskopi cihazıyla yapıldı. Önce darlığın üst kısmı ve iç yüzeyi, daha sonra ise daralan bölgeden geçilip aletin ucu geriye doğru kıvrılmak suretiyle alt yüzeyi incelendi. Annuler yapının ne üst, ne de alt yüzeyinde mukoza yapısında herhangi bir patolojik görünüm mevcut değildi (Şekil 3 ve 4), Nitekim endoskopi esnasında bu bölgeden alınan biyopsi materyelinin histopatolojik yapısı normal olarak değerlendirildi. Bu bulgularla kum saati mide tanısı konulan hasta operasyona verildi. Batın açıldığında mide korptüsü ile antrum arasında yer alan antrular tarzındaki darlık tespit edilerek, bu kısmı içine



Şekil 1. Ustroskopi de damlan bölgenin üstlen görünümü.



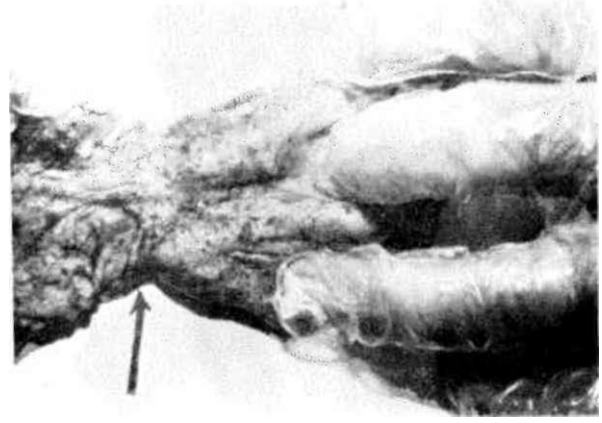
Şekil 2. Tekrarlanan spot grafiplerde mide orta kısmındaki darlığın değişmeyen görünümü.

alacak şekilde subtotal gastrektomi yapıldı. Gastrointestinal traktın devamlılığı ise gastroenterostomi (Billroth II) yapılarak sağlandı. Mide dışındaki diğer karın içi organlarında ise herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Postoperatif dönemde mide-sindeki ağrıların tamamen geçtiğini ifade eden hastanın, taburcu edildikten bir ay sonra kontrole geldiğinde hiçbir şikayeti yoktu.

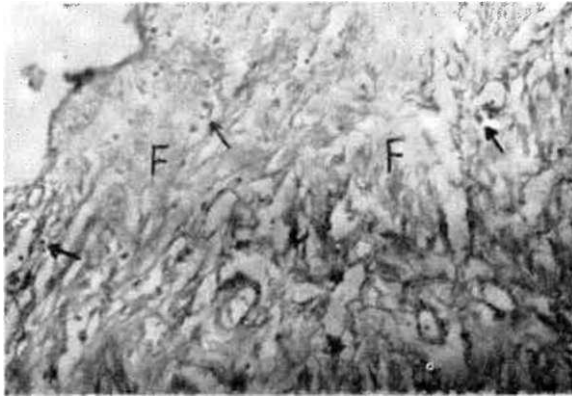
Ameliyatta çıkardan mide bölümünün makroskopik incelemesinde de gerek mukozal ve gerek serozal yüzeyde herhangi bir patoloji tespit edilemedi (Şekil 5). Çıkarılan parçanın histopatolojik incelemesinde; annuler yapıdaki lezyondan alınan kesitlerin tamamında ve lezyona komşu mide mukozasında yaygın lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonunun bulunduğu izlendi. Bir alanda mukozanın devamlılığının ortadan kalktığı ve 3 mm çaplı bir ülserin bulunduğu görüldü. Görüntü büyütüldüğünde, ülser tabanında yer yer dağınık mononükleer iltihabi hücrelerle birlikte belirgin fibrozisin varlığı dikkati çekti (Şekil 6). Fibrozis doku yer yer ülserden uzaklaşarak devam ediyordu.



Şekil 4. Gastroskopi esnasında aletin ucu geriye doğru kıvrılmak suretiyle tespit edilen daralan kısmın alttan görünümü



Şekil 5. Subtotal gastrektomi yapılarak çıkarılan parçanın makroskopik görüntüsü



Şekil 6. Daralan bölgeden alınan kesitin histopatolojik görünümü. Ülser tabanında yer yer dağınık mononükleer iltihabi hücrelerle birlikte belirgin fibrozis görülmektedir

## Tartışma

Mide ülserleri iyileştikleri zaman genellikle mukozada iz bırakmadan kaybolurlar. Ancak özellikle derin ülserler, iyileşen bölgede anatomik yapıda değişikliklere yol açacak kadar önemli submukoza! sikatris dokusu gelişmesine yol açabilirler (2). Lezyonun özellikle midenin otta kısmında olduğu vakalarda, iyileşen ülser dokusu bu bölgenin annuler tarzda daralmasına neden olabilir. Bu durumda mide bir darlığın üst kısmında, diğeri ise alt kısmında olmak üzere iki bölüm şeklinde görülür. Lezyonun sebep olan ülserler çoğunlukla küçük kûrvatür tarafında bulunmakla birlikte, büyük kûrvatür tarafında, ön yüzde veya arka yüzde de ortaya çıkmış olabilir. Bu hastalara gastrektomi yapıldığında genellikle ülserin tamamen iyileşmiş olduğu, intramural fibrozit-

sin primer odaktan başlayarak ışınal tarzda devam ettiği ve lümeni anılefler şeklinde daralttığı görülür (1.5). Nitekim biz bit vakanın gastroskopik incelemesinde, daralan bölgede mukoza yapısının tamamen normal olduğunu gördük. Keza gastrektomi yapıldıktan sonra çıkarılan parçanın makroskopik incelemesinde de daralan bölgede herhangi bir ülser görülmedi. Ancak damlan bölgedeki mukoza tabakasının kısmen incelmış olması, histopatolojik incelemede de bu alanda fibröz doku ve iltihabi hücre infiltrasyonunun tespit edilmesi ve ayrıca 3 mm çapında bir ülser görülmesi, mevcut patolojinin geçirilmiş bir gastrik ülserle- bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Kum saati mide kadınlarda erkeklere nazaran çok daha sık görülür (Kadın/erkek oranı:5/1). Bir çalışmada benign ülser skarı sonucu geliştiği bilinen 17 kum saati mide vakasından 15'inin kadın olduğu ve bunların hemen tümünün anamnezinde yüksek dozda düzensiz aspirin alınmasının söz konusu olduğu görülmüştür. Nitekim çeşitli klinik çalışmalarda kum saati mide vakalarının özellikle kadınlarda görüldüğü dikkati çekmiş ve anamnezde büyük ölçüde aspirin yada aspirin ihtiva eden preparatların alınmasının söz konusu olduğu müşabade edilmiştir. Bu durum, uzun süre aspirin alınmasının mide ülserlerinde aşırı skar dokusunun oluşumuna neden olduğu kanaatini uyandırmış, ancak kum saati mide'nin neden özellikle kadınlarda görüldüğü bugün bile kesin olarak aydınlatılamamıştır. Ancak bir görüşe göre, kadınların erkeklere nazaran daha fazla düzensiz

aspirin almaları bu vakaların özellikle kadınlarda görülmesini sağlayan başlıca faktörlerden biridir (4).

Ülsere bağlı olarak gelişen kum saati mide vakaları dışında doğmalık kum saati mide anomalileri de vardır. Oldukça nadir olmakla birlikte tüberküloz ve sifilizde'de kum saati mideye rastlanmaktadır (5).

Korpus orta kısmından gelişen bazı mide tümörlerinin özellikle başlangıç döneminde bu bölge daralarak kum saati şeklini alabilir. Ancak bu vakalarda daralan bölüm genellikle küçük kurvaturdan uzak olup, ekseriya daha uzundur. Kanalın heriki tarafı girintili çıkıntılıdır (4,5). Bu nedenle kum saati mide tanısı konan vakaların klinik, radyolojik, endoskopik ve histopatolojik incelemelerinin birlikte değerlendirilmesi gerekir.

### KAYNAKLAR

1. Morson BC: Alimentary Tract, The Stomach. Publishing 1987; 178-180.
2. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher, KJ, Pelcrsdorf RG, Martin JB, Fauci AS, Rood RK: Harrison's Principles of Internal Medicine. Peptic Ulcer 1991, 12th Edition 1991; 1237-1241.
3. Moynihan BGA; Hour-glass stomach. Brit Med J 1904, 1:413-415.
4. Bitinin O: Kum saati mide Sindirim sistemi cerrahisinde. İlk-san matbaası Ltd.Şti. Ankara. 6. Baskı 1983, 1983:212-15.
5. Floate DE, Duggan JM: Hour-glass stomach: An explanation. Med J Aust 1976, 2: 674-6.