

# Geçici İntestinal Psödoobstrüksiyon: Nekrotizan Enterokolit Ayırıcı Tanısında Yer Alması Gereken Nadir Bir Durum

## TRANSIENT INTESTINAL PSEUDOObSTRUCTION: A RARE DISEASE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NECROTISING ENTEROCOLITIS

Dr. Ferda ÖZLÜ,<sup>a</sup> Dr. Kenan ÖZCAN,<sup>a</sup> Dr. Serdar İSKİT,<sup>b</sup>  
Dr. Hacer YAPICIOĞLU,<sup>a</sup> Dr. Nejat NARLI,<sup>a</sup> Dr. Mehmet SATAR<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Neonatoloji BD, <sup>b</sup>Çocuk Cerrahisi AD, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ADANA

### Özet

Geçici intestinal psödoobstrüksiyon prematür bebeklerde görülen, intestinal motilitenin immatüritesine bağlı olduğu düşünülen nadir bir durumdur. Hastalarda batın distansiyonu, beslenme intoleransı belirgindir. Prematüre bebeklerde beslenmeyi takiben klinik anlamlı rezidü olması, batın distansiyonu gelişmesi prematür bebeğin intestinal motilitesinin immatüritesine bağlı olabilir, ancak morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan nekrotizan enterokolitten ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Burada gebelik yaşları 30 ve 33 hafta, doğum ağırlıkları 820 ve 700 gram olan intestinal psödoobstrüksiyon tanısı ile izlediğimiz iki olgu sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Geçici intestinal psödoobstrüksiyon, prematürite, nekrotizan enterokolit

### Abstract

Transient intestinal pseudoobstruction is a rare disorder due to immaturity of intestinal motility in premature infants. Feeding intolerance, abdominal distention are prominent in these patients. Gastric residues after feeding and abdominal distention in premature infants can be due to immaturity of intestinal motility, but have to be differentiated from necrotising enterocolitis that has high mortality and morbidity. We presented two patients with 820 and 700 grams of birth weight and 30 and 33 weeks of gestation of age, diagnosed as intestinal pseudoobstruction.

**Key Words:** Transient intestinal pseudoobstruction, prematurity, necrotising enterocolitis

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2006, 15:114-117

**G**eçici intestinal psödoobstrüksiyon prematür bebeklerde görülen, intestinal motilitenin immatüritesine bağlı olduğu düşünülen nadir bir durumdur.<sup>1</sup> Hastalarda barsak immotilitesi nedeniyle batın distansiyonu, beslenme intoleransı belirgindir. Direkt batın grafilerinde barsak luplarındaki distansiyon dikkati çeker. Prematüreliliğin geçici intestinal psödoobstrüksiyon riskini arttırdığı bildirilmiştir.<sup>1</sup>

Nadir görülmesi ve mortalitesi yüksek olan nekrotizan enterokolit ile ayırıcı tanısının önemini

belirtmek amacıyla geçici intestinal psödoobstrüksiyonlu iki olgu sunulmuştur.

### Olgu 1

Yirmisekiz yaşındaki eklamptik annenin 3. gebeliğinden ikiz eşi olarak USG'ye göre 27-28 haftalık iken C/S ile doğan, birinci ve beşinci dakika Apgar skoru 7 ve 9 olan bebeğin doğum ağırlığı 820 gr (10-25p), boyu 36cm (50-75 p) idi. Hastanın yatışının 24 saatinde belirgin batın distansiyonu gelişti. Seri çekilen ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) sentinal lup ile uyumlu görüntüsü vardı (Resim 1) ve postnatal 4. güne kadar gaita çıkışı olmadı. Eş zamanlı bakılan tam kan sayımında beyaz küre sayısı 8100/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 172000/mm<sup>3</sup>, K+: 4.2 mEq/L, Na+, Ca++ ve tiroid fonksiyonları testleri değerleri normal sınırlarda idi. Modifiye Töllner skoru 3 olarak değerlendirildi. Dördüncü günde kontrast

Geliş Tarihi/Received: 17.05.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 07.10.2005

Bu çalışma 13-17 Nisan 2005 tarihinde 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Ferda ÖZLÜ  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Neonatoloji BD,  
01330, ADANA  
ferdao72@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri



**Resim 1.** Sebat eden barsak ansları, artmış gaz görünümü.

madde verilerek yapılan lavman sonrası gaita çıkışı olan hastanın gaitasında gizli kan yoktu. Olası nekrotizan enterokolit (NEK) açısından aralıklı X-ray grafileri takip edildi. İzlemde trombositopenisi ve elektrolit imbalansı gelişmedi. 5.gün spontan minimal gaita çıkışı saptanan hastanın bir sonraki gaita çıkışı postnatal 11. günde oldu. Solunum sıkıntısı nedeniyle ventilatörde 6 gün izlendi. Onbir günden sonra kısmi enteral beslenme başlandı. Hastada beslenme sonrası sık sık gastrik residü ve batın distansiyonu ile karakterize beslenme intoleransı gözlemlendi. Kontrastlı kolon X-ray grafisinde obstrüksiyon saptanmadı (Resim 2). Hasta postnatal 23.güne kadar lavmanla, daha sonra spontan olarak gaita çıkardı. Rezidüleri devam eden hastaya postnatal 28.günde barsak motilite düzenleyici olarak eritromisin 2 mg/kg/gün dozunda başlandı ve 14 gün tedavi aldı. Hasta beslenmesinin tamamını 32 günlük iken tolere etti ve 56 günlük iken, 1570 gram ağırlığında taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde barsak alışkanlıkları ile ilgili şikayetleri olmadı. Ter testi negatifti.

## Olgu 2

Otuz yaşında kronik hipertansiyonu olan annenin 4.gebeliğinden 2.yaşayan bebek olarak 33 haftalık iken C/S ile doğan hastanın birinci ve beşinci dakika Apgar skoru 7 ve 8 idi. Bebeğin doğum ağırlığı 700 gr (10p altı), boyu 36cm (10p altı) idi. Solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edilerek takibe alınan hastanın surfaktan ihtiyacı olmadı. İlk 24 saatte gaita çıkışı olmayan hastada belirgin batın distansiyonu gelişti. Vital bulguları stabildi. Karın cildinde eritemi yoktu ve barsak ansları palpe edilemedi. Beyaz küre sayısı  $6000/\text{mm}^3$ , trombosit sayısı  $227000/\text{mm}^3$ , serum elektrolit düzeyleri ve tiroid hormon düzeyleri normaldi. Ayakta çekilen direk batın X-ray grafisinde belirgin barsak ansları ve artmış gaz görüntüsü mevcuttu (Resim 3). Rektal tuşede gaita saptandı. Konjenital barsak obstrüksiyonunun ekarte edilmesi amacıyla yapılan kontrastlı madde ile lavman sonrası çekilen batın grafisinde proksimale kadar geçiş gözlemlendi. Hasta konjenital geçici psödoobstrüksiyon tanısı ile takibe alındı.



**Resim 2.** Kontrastlı kolon grafisi.



**Resim 3.** Belirgin barsak ansları, artmış gaz görünümü.

Batın grafisinde barsak gazlarında artış ve sentinal lupları saptandı (Resim 4) İzlemede modifiye Töllner skoru 3-5 olarak saptandı, elektrolit imbalansı ve trombositopenisi gelişmedi. Onbir günlük iken kısmi enteral beslenme başlandı. Postnatal 13.günde spontan gaita çıkardı. Ancak aralıklı gastrik rezidü ve batın distansiyonları ile ortaya çıkan beslenme intoleransı postnatal 20. güne kadar devam etti. Ter testi negatifti. Postnatal 49 günde, 1530 gram ağırlığında iken taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde barsak alışkanlıkları ile ilgili problemi olmadı.

### Tartışma

Çocuklarda kronik idiyomatik intestinal psödoobstrüksiyon (KIIP); megasistis-mikrokolon-intestinal hipoperistalsis, intestinal psödoobstrüksiyon, adinamik barsak sendromu gibi değişik adlarla tanımlanmıştır.<sup>2-4</sup> Enterik nöromusküler yapıda patoloji saptanan ve saptanmayan hastalıkları içeren heterojen bir gruptur. Enterik hücreler 3. trimesterde olgunlaşmaya başlayıp gelişimlerini ancak doğumdan sonra tamamlarlar.<sup>5</sup>

Kronik idiyomatik intestinal psödoobstrüksiyon mekanik olarak barsak tıkanıklığının olmadığı ancak klinik olarak tıkanıklık bulgularının belirgin olduğu barsak motilitesi bozukluğudur. Tanı konulmasında asıl sorun klinik bulgularının spesifik olmaması ve kesin diagnostik testlerin henüz oluşturulamamasıdır. Tanı klinisyenin ayırıcı tanıda kronik idiyomatik intestinal psödoobstrüksiyonu da düşünmesi, bulguların erken fark edilmesi ve mekanik obstrüksiyonun radyolojik olarak ekarte edilmesine bağlıdır. Klinik gözlemede intestinal motor aktivitenin yetersizliğine bağlı bulgular ortaya çıkar.<sup>6</sup> Goulet ve ark<sup>7</sup> tarafından yapılan bir çalışmada da 22 KIIP tanılı hasta değerlendirilmiş ve 10 olgunun intestinal obstrüksiyon bulgularının doğumdan itibaren başladığı bildirilmiştir. Prematüre yenidoğanlardaki fonksiyonel obstrüksiyon immatür ganglion hücrelerine bağlı olabilir. Prematüre bebeklerde gözlenen geçici intestinal psödoobstrüksiyonun sıklıkla cerrahi girişim gerektiren klasik kronik psödoobstrüksiyondan farklı olduğu bildirilmiştir. KIIP'de intestinal gang-



**Resim 4.** Sentinal lup, kontrastlı madde ile lavman sonrası proksimale kadar geçiş.

liyon hücrelerinde patoloji saptanmasına karşın geçici intestinal psödoobstrüksiyonun immatüriteye bağlı olduğu ve ayrıca semptomların progresif düzelmesinin de histolojik maturasyonla ilgili olabileceği ileri sürülmüştür.<sup>1,5</sup>

Genellikle sporadik olarak ortaya çıkan ve spontan iyileşme gözlenen geçici intestinal psödoobstrüksiyon prematürelere iki kat fazla saptanır.<sup>1</sup> Lamireau<sup>1</sup> geçici intestinal psödoobstrüksiyon tanılı ortalama doğum ağırlığı 950 gram olan yedi prematüre bebekte gaita çıkışının postnatal ortalama 2.5 günde (1-6 gün) olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada iki olgu da prematüre bebeklerdi ve gaita çıkışları benzer şekilde postnatal 4. ve 5. günlerde oldu.

Geçici intestinal psödoobstrüksiyon olgularında tedavide eritromisin, metoklopropamid gibi barsak motilite düzenleyici ilaçların kullanılabilmesi ancak yararlarının sınırlı olduğu bildirilmiştir.<sup>8,9</sup> Eritromisin tedavisi verdiğimiz ilk olguda ilacın etkili olduğu görüldü. İkinci olguda beslenme intoleransı, gastrik rezidü dirençli olmadığı için eritromisin kullanılmadı. Eritromisin kullanımına olguya özgü klinik değerlendirme sonucunda karar verilebilir ve bu konuda daha geniş olgu grubu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Geçici intestinal psödoobstrüksiyonun en sık karıştığı hastalık özellikle prematür bebeklerde mortalite ve morbiditesi yüksek olan nekrotizan enterokolittir (NEK). Nekrotizan enterokolitli hastaların %80'i prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olup hastalığın insidansı gestasyon yaşı ile ters orantılıdır. Nekrotizan enterokolitteki en belirgin anatomik lezyon koagülasyon veya iskemi nekrozudur ve en sık ilekolik bölgede görülür.<sup>10</sup> Epidemiyolojik çalışmalarda beslenme faktörünün büyük rol oynadığı, hastaların %95'inin daha önce beslenen bebekler olduğu bildirilmektedir. En önemli risk faktörünün prematürelilik olduğu bildirilmektedir. Diğer risk faktörleri hipoksi ve iskemi, enfeksiyon, inflamatuvar faktörler ve hiperosmolar formula ile beslenmedir.<sup>11</sup>

Nekrotizan enterokolit prematüre bebeklerde daha çok doğumdan 10-15 gün sonra gelişir. Klinik bulgular sepsise benzer, ilk bulgular genellikle abdominal distansiyon, beslenme intoleransı, residü,

safıralı kusma ve kanlı gaitadır. Karında hassasiyet, kaslarda sertleşme ve karın duvarında eritem olabilir. Ani başlangıçlı NEK'te periferik perfüzyon bozulmuştur ve kardiyovasküler yetersizlik bulguları vardır, sıklıkla apne ile kendini gösterir. Gaytada gizli veya gros kanama vardır. Nötropeni, lökositoz, trombositopeni ve elektrolit anormallikleri olabilir.<sup>12</sup> Bu olgularda klinik ve laboratuvar bulgularının NEK'le uyumlu olmaması nedeni ile daha çok geçici intestinal psödoobstrüksiyon olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak yenidoğan döneminde çok düşük doğum ağırlıklı prematür bebeklerde erken dönemde ortaya çıkan abdominal distansiyon ve gaita çıkışında gecikme olduğunda, geçici intestinal psödoobstrüksiyon akılda tutulmalı ve nekrotizan enterokolit ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Lamireau T, Millon A, Sarlangue J, et al. Transient intestinal pseudo-obstruction syndrome in premature infants. Arch Fr Pediatr 1993;50:301-6.
2. Byrne WJ, Cipel L, Euler AR, Halpin TC, Ament ME. Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction syndrome in children-clinical characteristics and prognosis. J Pediatr 1977;90:585-9.
3. Sieber Wk, Girdany Br. Functional intestinal obstruction in newborn infants with morphologically normal gastrointestinal tracts. Surgery 1963;53:357-61.
4. Levin MD. The syndrome of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction. Khirurgiia 1988;7:60-3.
5. Hugot JP, Ferkdajdi L, Faure C, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction and delayed myenteric ganglion cell maturation. Arch Fr Pediatr 1992;49:721-3.
6. Henyke S, Smith VV, Spitz L, Milla PJ. Chronic intestinal pseudo-obstruction: treatment and long term follow up of 44 patients. Arch Dis Child 1999;81:21-7.
7. Goulet O, Jobert-Giraud A, Michel JL, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction syndrome in pediatric patients. Eur J Pediatr Surg 1999;9:83-9.
8. Lipton AB, Knauer CM. Pseudo-obstruction of the bowel. Therapeutic trial of metoclopramide. Am J Dig Dis 1977;22:263-5.
9. Berger SA, Keshavarzian A, DeMeo MT, Mobarhan S. Erythromycin in chronic intestinal pseudo-obstruction. J Clin Gastroenterol 1990;12:363.
10. Coombs RC, Morgan ME, Durbin GM, Booth IV, McNeish AS. Abnormal gut blood flow velocities in neonates at risk of necrotising enterocolitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;15:13-9.
11. Newell JS. Gastrointestinal Disorders. In: Textbook of Neonatology, Rennie JM, Robertson NRC, eds. 3<sup>rd</sup> ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999; p.744-64.
12. Berseth CL, Poenaru D. Necrotising enterocolitis and Short Bowel Syndrome. In: Avery's Disease of the Newborn. Taeusch HW, Ballard RA, Gleason CA (eds). 8<sup>th</sup> ed, Philadelphia; Elsevier Saunders: 2005. p.1123-33.