



# Akut Gastroenterit Seyrinde Paralitik İleus Gelişimi

## Development of Paralytic Ileus with Acute Gastroenteritis

Şule Gökçe, Gülizar Turan, Elif Kıymet, Özgür Özdemir, Güldane Koturoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### ÖZET

Paralitik ileus (intestinal psödoobstrüksiyon) otonomik disregülasyon nedeni ile oluşan klinik tablodur. Cerrahi girişimler ile akut olarak gelişebilen paralitik ileus klinik bulgularının tekrarlaması ya da devamlı olması ile kronik psödoobstrüksiyon adını alır. Atoni ve intestinal motor aktivite bozukluğu hastalığın temel patolojisidir. Bu otonomik denge bozukluğuna neden olan hastalıklar arasında en sık; travma, elektrolit imbalansları, bakteriyel ya da viral gastroenteritler, cerrahi girişimler, mezenterde iskemi yer alır. Karın ağrısı, karın distansiyonu, gaz ve gayta çıkışında azalma ve kusma en sık gözlenen semptomlardır. Tanısal değerlendirmede ayakta direk karın grafileri birinci sırada yer alır. Bu yazıda, akut gastroenterit kliniği ile hastaneye yatırılan, izleminde paralitik ileus gelişen iki olgu sunulmuştur. *The Journal of Pediatric Research 2015;2(1):56-8*

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, paralitik ileus, akut gastroenterit

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

### ABSTRACT

Paralytic ileus (intestinal pseudo-obstruction) is a clinical condition caused by autonomic dysregulation. Acute paralytic ileus which can develop following surgery, takes the name chronic pseudo-obstruction if the clinical findings recur or become continuous. Atoni-intestinal motor activity disorder is the basic pathology of the disease. Among the diseases that cause this autonomic imbalance, the most frequently seen are trauma, electrolyte imbalance, bacterial or viral gastroenteritis, surgical procedures and mesentery ischemia. The most common symptoms are abdominal pain, abdominal distension, vomiting, gas, and reduced fecal output. In diagnostic evaluation the first step is abdominal radiography taken while the patient is standing. In this paper, two cases that were hospitalized due to acute gastroenteritis and who developed paralytic ileus during follow-up are presented. *The Journal of Pediatric Research 2015;2(1):56-8*

**Key words:** Child, paralytic ileus, acute gastroenteritis

**Conflicts of Interest:** The authors reported no conflict of interest related to this article.

### Giriş

Paralitik ileus diğer bir deyişle intestinal psödoobstrüksiyon birçok farklı hastalığın komplikasyonu şeklinde gözlenebilen ve fark edilmediğinde hayati tehdit yaratan bir durumdur (1,2). Özellikle cerrahi girişimler ile ilişkilendirilen paralitik ileuslar aynı zamanda dahili hastalıklarda da karşımıza çıkmaktadır (3). Patofizyolojisinde otonomik disregülasyon sonucu intestinal atoni yatmaktadır (1). Bu otonomik denge bozukluğuna neden olan hastalıklar arasında en sık; travma, elektrolit imbalansları, bakteriyel ya da viral gastroenteritler, cerrahi girişimler, mezenterde iskemiye yol açan nedenler, akut

apendisit gibi karın içi enfeksiyonlar ve narkotik ajanlar yer alır. İleusun semptomatolojisinde karın ağrısı, karın distansiyonu, gaz ve gayta çıkışında azalma ve kusma vardır. Tanısal değerlendirmede ilk aşamada ayakta direk karın grafileri yol göstericidir (4). Direk grafide geniş tabanlı hava sıvı seviyeleri, barsak anslarında genişleme, rektuma gaz geçişinde azalma gözlenmektedir ve %50-60 oranında tanısaldır. Ayrıca rutin kan tetkikleri, akut faz reaktanlarının değerlendirilmesi ve karın ultrasonografisi yapılması gereken tetkiklerdendir.

Bu yazıda, akut gastroenterit kliniği ile hastaneye yatırılan, izleminde ileus gelişen iki olgu sunulmuştur. Bu olgu sunumları ile akut gastroenteritli olgularda ishal de olsa ileus gelişme

### Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Şule Gökçe, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
Tel.: +90 232 390 12 44 E-posta: sule.gokce@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 17.08.2014 Kabul tarihi/ Accepted: 11.12.2014

riskinin olduğu, bu tip hastalarda fizik muayenenin önemi vurgulanmak istenmiştir.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Dört buçuk yaşında erkek olgu, 2,5 aylık iken Hirschsprung hastalığı nedeni ile opere olan, son 2 gündür ateş, kusma, ishal yakınmaları ile acil servise başvurusunda bilinci uykuya meyilli, kardiyak nabız: 130/dk, solunum sayısı: 40/dk, kapiller dolun zamanı: 4-5 sn ve kan gazında metabolik asidoz saptanması üzerine akut gastroenterit, hipovolemik-septik şok tanıları ile hospitalize edildi. Ateş, kusma ve ishali devam eden hastanın IV hidrasyonu, antibiyoterapi ve probiyotik tedavisi başlandı. Günde 5-6 kez bol sulu, kan ve mukus içermeyen dışkılamalarına kusma yakınması da eşlik ediyordu. Laboratuvar incelemelerinde beyaz kan hücreleri (BKH): 11,000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin (Hg): 11,8 g/dl, trombosit sayısı: 341,000/mm<sup>3</sup>, sodyum (Na): 143 mEq/L, potasyum (K): 4 mEq/L, C-reaktif protein (CRP): 3 mg/dl, üre: 8 mg/dl, kreatinin: 0,29 mg/dl idi. Gaytanın direk bakısında lokosit ve eritrosit gözlenmedi, kültür antibiyogramında üreme olmadı. İzleminin 15. saatinde olgunun karın ağrısında ve kusma sıklığında artış, fizik bakısında karında yaygın hassasiyeti olması üzerine akut batın ön tanısı ile ayakta direk karın grafisi (ADBG) çekildi (Resim 1). Direkt grafide yaygın hava-sıvı seviyeleri, rektuma gaz geçişi gözlenmemesi, dilate barsak anslarının saptanması üzerine acil karın ultrasonografi (USG) çekildi. İleus tablosu ile uyumlu olması üzerine olgu çocuk cerrahisine devredildi. Devir sonrasında olgunun non peroral izleme alındığı, rektal tüp uygulaması ile sert, katılaşmış gayta çıkışı olduğu öğrenildi. Hasta, Hirschsprung tanısı da dikkate alındığında intestinal dismotilite tanısı aldı.

### Olgu 2

Yedi yaşında erkek olgu, 4 yaşından itibaren Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tanısı ile dış merkezde izlemde olan ve 0,5 mg/gün kolşisin tedavisi kullanan olgu; akut gastroenterit tanısı ile hospitalize edildi. Öyküsünde başvurudan 3 gün önce burun akıntısı ve ateşinin olduğu, bir gün öncede iştahsızlık ve aşırı halsizlik yakınmasına karın ağrısı ve günde 5-6 kez olan bol sulu, kan ve mukus içermeyen ishali eşlik ettiği öğrenildi. Bu şikayetler ile dış merkeze başvurusunda üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile makrolid süsp ve ventolin şurup reçete edildiği ancak ishal sayısında artış olması üzerine tekrar başvurularında tedaviye probiyotik eklendiği belirtildi. Öz geçişinde AAA tanısı dışında özellik yoktu.

Fizik muayenesinde; bilinç açık, oryante, koopere, solukluk mevcut, ağırlığı: 15 kg (<3 p) boy: 118 cm (25-50 p), kardiyak nabız: 101/dk, solunum sayısı: 22/dk, vücut sıcaklığı: 36,7 derece, karın muayenesinde barsak sesleri hiperaktif, diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar incelemelerinde; BKH: 6130/mm<sup>3</sup> %60 polimorf nüveli lökosit, Hg: 13,2 g/dl, Hct: %38,5, trombosit sayısı: 693,000/mm<sup>3</sup>, Na: 125,8 mEq/L, K: 3,5 mEq/L üre: 26 mg/dl, kreatinin: 0,5 mg/dl, aspartat transaminaz: 475 U/L, alanin transaminaz: 250 U/L, laktat dehidrogenaz: 467 mg/dl idi. C reaktif protein: 0,4 mg/



Resim 1. Kolonda non spesifik gaz distansiyonu, ileus



Resim 2. Barsak segmentlerinde gaz distansiyonu, geniş tabanlı hava sıvı seviyeleri

dl ve serum amiloid A: 8 mg/dl olan olguda AAA atağı düşünülmedi. Akut viral gastroenterit olarak değerlendirilen hastaya IV hidrasyon ve probiyotik desteği başlandı. İzleminin 48. saatinde karın ağrısı ve kusma yakınması şiddetlenmesi ile tekrarlanan fizik bakısında karında ılımlı distansiyon ve barsak seslerinde hipoaktivite ile akut batın ön tanısı ile ADBG çekildi (Resim 2). Barsak anslarında geniş tabanlı hava sıvı seviyelerinin görülmesi ve rektuma gaz geçişinin olmayışı ile olguya çekilen karın USG'de safra kesesi çamuru, tüm barsak anslarında yoğun sıvı, distansiyon, peristaltizmde belirgin azalma ile hasta ileus tanısı aldı. Çocuk cerrahisindeki izleminde peroral alımın kesilerek izlendiği herhangi bir girişim olmadan ADBG ile takibe alındığı sonrasında ileus tablosunun spontan gerilediği öğrenildi. Gönderilen dışkı kültür ve viral hücre kültüründe üreme olmadı.

## Tartışma

Paralitik ileus (intestinal psödoobstruksiyon) enfeksiyonlarla yada diğer birçok hastalık ile birliktelik gösterebilen, barsak hareketlerini azaltan durumlarda görülme

sıklığı artan acil bir tablodur. Patofizyolojisinde otonomik disregülasyon sonucu intestinal atoni yatmaktadır. Bu otonomik denge bozukluğuna neden olan hastalıklar arasında en sık; travma, elektrolit imbalansları, bakteriyel ya da viral gastroenteritler, cerrahi girişimler, mezenterde iskemiye yol açan olaylar, akut apendisit gibi karın içi enfeksiyonlar ve bazı ilaçlar yer alır (1,2). Tanı; öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularla konur. Tedavi; nedene yöneliktir. Tedavi başlangıcında barsağın dinlendirilmesi için peroral alımın kesilmesi, intravenöz sıvı desteğinin sağlanması ve elektrolit imbalanslarının düzeltilmesi gerekmektedir (5,6).

Bu çalışmada; akut gastroenterit kliniği ile başlayan, izlemlerinde ileus tablosu oluşan iki olgu tartışılmıştır. Akut gastroenteritin kendisi tek başına ileus yapabileceği gibi eşlik eden patolojiler de bu duruma zemin hazırlamaktadır. İlk olgumuz daha önceden Hirsprung tanısı ile opere edilmiş olan bir dismotilite olgusu idi. Burada olduğu gibi dismotilite yaratan her durum ileus gelişimini kolaylaştırmaktadır.

İleus gelişiminde ilaçlar da önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin analjezikler (narkotikler), kemoterapötik ilaçlar etyolojide yer almaktadır. Francesca Carrori ve ark.'nın yaptığı çalışmada vinkristin tedavisi alan 2 onkolojik olgu ele alınmıştır. Vinkristinin neden olduğu gastrointestinal toksisite ve barsak hareketlerinde azalma, olgularda paralitik ileus geliştirmiştir. Olgulardan bir tanesi non hodgkin lenfoma tanısı ile izlenen, sepsise girmiş olan 5 yaşında bir olgu idi. Gastrik dekompresyon ve yoğun antibiyoterapiye rağmen bulguları gerilememesi üzerine ileus için cerrahi girişim gerektirmişti (7). Travma yada cerrahi girişim sonrasında da ileus gelişebilir. Yu-Ching Tseng ve ark.'nın akut batın ile ilişkili serisinde daha önceden akut apendisit nedenli laparoskopik cerrahi geliştiren sonrasında ileus tablosu geliştiren bir olgu sunulmuştur (8). Bizim iki olgumuzda da travma öyküsü ya da yakın zamanda bir cerrahi girişim öyküsü yoktu. İlk olgumuzda 2,5 aylıkken geçirdiği hirsprung operasyonu vardı. Elektrolit imbalansları da paralitik ileusa neden olabilir. Özellikle hipokalemi, ciddi veya kronik ishallerde veya dışkı aşırı mukus içerirse oluşabilir. Serum potasyumu 3 meq/L altına inince yorgunluk, miyalji, alt ekstremitelerde güçsüzlük başlar. İleri devrede hipoventilasyon, paralizi, paralitik ileus oluşabilir.

Fizik bakıda barsak seslerinde azalma olması bu açıdan uyarıcı olmalıdır. Bizim olgularımızda akut gastroenterit kliniği mevcuttu, fakat yapılan biyokimyasal tetkiklerinde potasyum düzeyi normal sınırlarda idi.

Paralitik ileus, birçok klinik tabloda ortaya çıkabilen, dahili ve cerrahi bir acildir. Hastaların izlemlerinde oluşabilecek kusma, safralı kusma, karın distansiyonu, genel durumda bozulma, gaz-gayta çıkışının olmaması tanı açısından önemli semptomlardır. Gastroenteritlerde barsak peristaltizmi artıyor gibi görünse de nadiren olgularda barsakta motilite bozukluğu ve nihayetinde ileus gelişimi görülebilir. Bu nedenle akut gastroenteritlerde fizik muayene ve klinik semptomlar yakın izlenmeli, akut batın gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

## Kaynaklar

1. Jessop M, Choo K, Little M. Acute colonic pseudo-obstruction in paediatric oncology patients. *J Paed Child Health* 2010; 46: 696-701.
2. Diezi M, Nydegger A, Di Paolo ER, Kuchler H, Beck-Popovic M. Vincristine and Intestinal Pseudo-obstruction in Children Report of 5 Cases, Literature Review, and Suggested Management. *J Pediatr Hematol Oncol* 2010; 32: e126-30.
3. Thiel ER, Bircks W. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) following open heart surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38: 371-3.
4. Rudolph CD, Hyman PE, Altschuler SM, Christensen J, Colletti RB, Cucchiara S, Di Lorenzo C, Flores AF, Hillemeier AC, McCallum RW, Vanderhoof JA. Diagnosis and treatment of chronic intestinal pseudo-obstruction in children: report of consensus workshop. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 24: 102-12.
5. Smith DS, Williams CS, Ferris CD. Diagnosis and treatment of chronic gastroparesis and chronic intestinal pseudo-obstruction. *Gastroenterol Clin N Am* 2003; 32: 619-58.
6. Almeida PS, Penna FJ. Chronic intestinal pseudo-obstruction in childhood - report of seven cases. *J Pediatr* 2000; 76: 453-7.
7. Carraro F, Rivetti E, Romano E, Fagioli F. Two cases of paralytic ileus in onco-hematologic patients. *Pediatr Rep* 2012; 4: e3.
8. Tseng YC, Lee MS, Chang YJ, Wu HP. Acute Abdomen in Pediatric Patients Admitted to the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Neonatol* 2008; 49: 126-34.