

# MİDE DİVERTİKÜLÜNE BAĞLI GELİŞMİŞ PİLOR DARLIĞI

Hüsnü ALPTEKİN

M.G. Karahan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, Bandırma/BALIKESİR

## ÖZET

**Amaç:** Mide divertikülü nadir görülen ve genellikle asemptomatik seyir gösteren bir hastalıktır. Literatürde bugüne kadar, mide divertikülü nedeniyle pilor darlığı gelişmiş yalnızca bir hasta rapor edilmiştir. Mide divertikülüne bağlı pilor darlığı gelişmiş bir hastanın klinik özelliklerinin literatür eşliğinde tartışılması ve sunulması amaçlandı. **Olgu sunumu:** Üç aydır peptik ülser tanısı ile tedavi edilen 66 yaşında bayan hasta, son onbeş gündür oral gıda alımı sonrası kusma şikayetinin başlaması üzerine hastanemize başvurdu. Üst gastrointestinal sistemin görüntülenmesini sağlayan tetkikler sonrasında midede pilora bitişik yerleşimli, pilor halkasını içine alıp deforme etmiş divertikül saptandı. Hasta endoskopik pilor balon dilatasyonu yapılarak tedavi edildi. **Sonuç:** Semptomatik mide divertikülü olan hastalarda tedavi amacıyla divertikülün basit rezeksiyonu önerilmekteyse de, divertiküle bağlı oluşan pilor darlığının endoskopik pilor balon dilatasyonu ile tedavi edilebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Mide divertikülü, pilor darlığı

Selçuk Tıp Derg 2006; 22:131-134

## SUMMARY

### Pyloric stenosis secondary to a gastric diverticulum

**Aim:** Gastric diverticula are uncommon and usually asymptomatic. Only one case of pyloric obstruction secondary to a gastric diverticulum was published in the literature. A case treated for pyloric obstruction secondary to a gastric diverticulum and the related literature are reviewed. **Case report:** The 66-year-old female, treated for peptic ulcer along three month, consulted to our hospital complaining about vomiting after eating something for last 15 days. Having examined upper gastrointestinal system, diverticulum was found on at lesser curvature, located adjacent to and partially including the pylor. Patient was treated with endoscopic balloon dilatation. **Conclusion:** Even if simple resection was suggested for symptomatic gastric diverticula, pyloric stenosis secondary to a gastric diverticulum can be cured with endoscopic balloon dilatation was reasonable.

**Key words:** Gastric diverticulum, pyloric stenosis

Mide divertikülü nadir görülen ve genellikle asemptomatik seyir gösteren bir hastalıktır. Divertikül sıklıkla midenin 1/2 proksimal arka duvarında lokalizedir. Mide divertiküllerinin

çoğu pulsiyon divertikülüdür ve duvarı sadece mukoza ile submukoza tabakalarından oluşmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunda, üst gastrointestinal sistemin görüntüleme

Haberleşme Adresi : **Dr. Hüsnü ALPTEKİN**

Paşabayır Mah. Hamit Kaplan Cad. Sencer Sit. B-Blok 14/9 10200 Bandırma-Balıkesir

e-posta: [halptekin@hotmail.com](mailto:halptekin@hotmail.com)

Geliş Tarihi: 03.01.2006

Yayına Kabul Tarihi: 20.03.2006

teknikleri kullanılarak incelenmesi sırasında rastlantısal olarak tespit edilir. Çok az sayıda hastada; divertikül içinde gelişen inflamasyondan, hemorajiye kadar değişen bir yelpazede bulgular ortaya çıkar(1).

Kliniğimizde tedavi ettiğimiz bir hastada mide divertikülüne bağlı pilor darlığı gelişmiş olduğu tespit edildi. Bu hastanın klinik özelliklerinin literatür eşliğinde tartışılması ve sunulması amaçlandı.

### OLGU SUNUMU

Y.K. 66 yaşında bayan hasta. Kusma, iştah azalma, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Üç ay içerisinde epigastrik ağrı, iştah azalma, bulantı nedeniyle dört kez bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve peptik ülser tanısı ile tedavi görmüştü. Son onbeş gündür oral gıda alımından birkaç saat sonra olan kusma şikayeti mevcuttu.

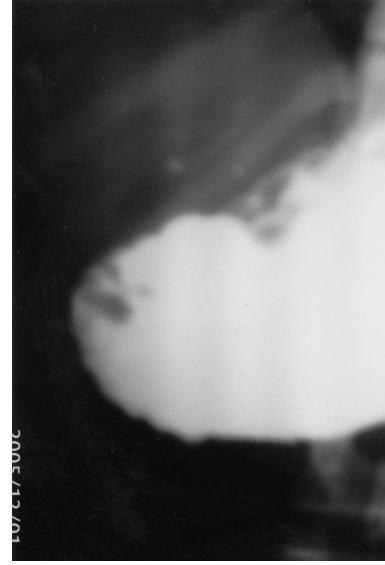
**Fizik muayene:** Genel durum orta, soluk renkte ve dehidrate. Batın muayenesinde klepotaj mevcuttu.

**Laboratuvar:** Hb: 8.2 gr/dl. Kan biyokimyasında prerenal azotemi ve hipoalbuminemi tespit edildi. Serumda ölçülen CEA ve CA 72.4 değerleri normal düzeylerdeydi. Gaitada gizli kan negatif olarak bulundu.

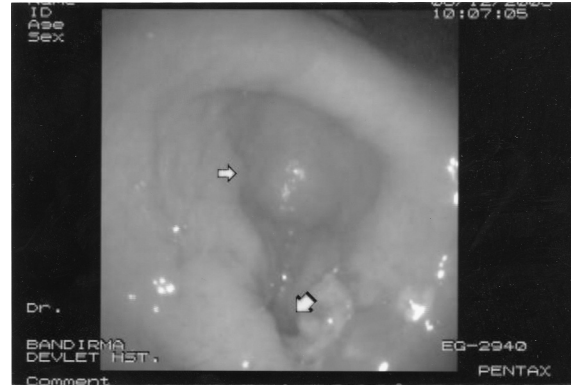
**Özofagus mide duodenum grafisi:** Mide hipotonik, hipokinetik; alt sınırı 5. lomber vertebraya kadar uzanıyordu. Midedeki opak maddenin duodenuma geçmediği görüldü. Küçük kurvaturda pilora yakın 3x2 cm ebatlarında dolma fazlalığı izlendi (Şekil 1).

**Gastroskopi:** Midede beklemiş gıda artıkları izlendi. Mide peristaltizmi azalmış, hipotonikti. Antrum mukozası ödemli hiperemik ve frajildi. Küçük kurvaturda pilora bitişik yerleşimli, pilor halkasını kısmen içine alıp deforme etmiş yaklaşık 3 cm çaplı divertikül izlendi (Şekil 2). Pilor darlığı nedeni ile endoskopi duodenuma geçilemedi. Divertikül boynuna yakın antrum mukozasından biopsiler alındı.

**Histopatoloji:** Stromada lenfoplasmositer hücre infiltrasyonu ve bazı alanlarda epitel tabakasının yerini granülasyon dokusuna bırak-



Şekil 1 : Mide divertikülüne bağlı gelişmiş pilor obstrüksiyonu



Şekil 2 : Mide divertikülüne bağlı gelişmiş pilor obstrüksiyonu

tığı izlendi.

**Tedavi:** Hastanın ağızdan gıda alımı durduruldu. Nazogastrik tüp konarak mide dekompresyonu sağlandı. Prerenal azotemi düzeltmek için yeterli sıvı-elektrolit replasmanı yapıldı ve total parenteral nutrisyon başlandı. Tedaviye 3. kuşak sefalosporin ve parenteral uygun dozda H2 reseptör blokörü eklendi. Tıbbi tedavinin 10. gününde gastroskopi tekrarlandı. Midede bulunan gıda artıklarının temizlendiği, tonusun kısmen düzeldiği ve antrum mukozasındaki inflamasyonun gerilediği tespit edildi. Aynı seansta darlık gelişmiş

pilora yönelik endoskopik balon dilatasyonu yapıldı. Hasta işlemden 6 saat sonra oral sıvı diyet ile beslenmeye başlandı. İşlemden 1 gün sonra normal diyetle beslenen ve tolere eden hasta taburcu edildi.

Dilatasyon işlemi sonrası 15. gün ile 3. ayda 12 saatlik açlık periyodu sonrası yapılan gastroskopilerinde midede gıda artığına rastlanmadı. Mide tonusunun normale yakın olduğu görüldü ve endoskopi pilordan duodenuma geçilebiliyordu.

### TARTIŞMA

Mide divertikülü nadir görülen bir hastalıktır. Herhangi bir yaşta görülebilirse de çoğunlukla 20-60 yaş arası erişkin popülasyonda sıklığı artmaktadır(1). Mide divertikülü insidansı % 0.04-0.4 arasında bildirilmektedir(1,2). Sistematik literatür taramasında 1973 yılından bu yana 43'ü erişkin ve 6'sı pediatrik yaş grubunda olmak üzere 49 mide divertikülü olgusu rapor edilmiştir(3). Mide divertikülleri genellikle kardial seviyesinde, midenin sağ yarısında ve arka duvarda lokalizedirler(1,4). Divertikülün büyüklüğü değişken olmakla birlikte genelde 1-6 cm çaplı ve sakküler şekildedir(1,2). Mide divertiküllerinin büyük çoğunluğu asemptomatik olduğu için genelde üst gastrointestinal sistemin incelenmesi sırasında insidental olarak tespit edilir. Kontrast madde kullanılarak çekilen grafilerde dolma fazlalığı tarzında bulgu verirler ve penetre olmuş derin bir ülserle kolayca karıştırılabilirler. Endoskopik inceleme divertikül tanısı koymada en etkin yöntemdir(1).

Sunulan hasta 66 yaşında olup, özofagus mide duodenum grafisi ve gastroskopi ile tanısı konmuş mide küçük kurvaturunda pilora bitişik yerleşimli 3 cm çapında divertikülü vardı.

Divertikül orifisinin genişliği komplikasyon gelişimi ile doğrudan ilgilidir. Orifis ne kadar genişse mide içeriği divertikül kesesi içinde beklemeye yapmamakta ve komplikasyon az olmaktadır. Orifis genişliği azaldıkça gıda artıkları divertikül içinde birikmekte, bakteriyel çoğalma olmakta ve inflamatuvar değişiklikler tetiklenmektedir(1). Nadiren bulgu veren mide diver-

tikülü, hastalarda; halitozis, epigastrik ağrı, disfaji, hemoraji ve inflamatuvar değişikliklere neden olabilir(1,5-9). Parakardial yerleşimli divertiküller gastroözofageal reflüye neden olabilir ve endoskopik incelemede özofageal herni ile karıştırılabilir(6,7).

Literatürde bugüne kadar, mide divertikülü nedeniyle pilor darlığı gelişmiş yalnızca bir hasta rapor edilmiştir(10). Pilora yakın yerleşimli divertikül, tekrarlayan inflamasyonlar ve sonrasında gelişen fibrozis nedeni ile pilor darlığına neden olabilir(1,10).

Sunulan hastada, küçük kurvaturda pilora bitişik yerleşimli, pilor halkasını kısmen içine alıp deforme etmiş ve pilor darlığına neden olmuş orifisi geniş sayılabilecek bir divertikül vardı. Orifisin geniş olması, divertikülde inflamasyonun daha hafif ve az sayıda tekrarlanmış olduğunu düşündürmektedir ve bunun sonucu fibrozis ve pilor darlığının geç dönemde gelişmesi açıklanabilir. Mide divertikülünden yapılacak biyopsinin perforasyon riski olduğu bildirildiğinden, bu hastada divertikül apeksinden biyopsi yapılmadı(11). Ancak divertikül orifisine yakın antral mukoza biyopsilerinin histopatolojik incelemesi inflamasyon ve fibrozis bulgularını açıkça ortaya koymuştur.

Semptomatik mide divertikülü olan hastalarda tedavi amacıyla divertikülün basit rezeksiyonu önerilmektedir ve laparoskopik yöntemle rezeksiyon yapılmış olgular bildirilmiştir(1,5,12).

Sunulan hastanın ileri yaşta olması nedeniyle minimal invaziv tedavi yaklaşımını benimseyerek, öncelikle endoskopik pilor balon dilatasyonu yapmayı tercih ettik. Hasta işlemden sonra normal diyetle beslendi ve 15. gün ile 3. ayda 12 saatlik açlık periyodu sonrası yapılan gastroskopilerinde midede gıda artığına rastlanmadı. Mide tonusunun normale yakın olduğu görüldü ve endoskopi pilordan duodenuma geçilebiliyordu.

Çok ender de olsa mide divertikülüne bağlı pilor darlığı görülebilmektedir. Bu hastalar cerrahi müdahalenin yanı sıra, endoskopik balon dilatasyonu ile de tedavi edilebilir.

#### KAYNAKLAR

1. Cheshire NJ, Glazer G. Diverticula, volvulus, superior mesenteric artery syndrome and foreign bodies. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. editors. *Maingot's abdominal operations*. Connecticut: Appleton & Lange, 1997: 913-39.
2. Tsuchigame T, Ogata I, Mitsuzaki K, Urata J, Arakawa A, Saito R, et al. Clinical evaluation of gastric diverticulum on radiograph for gastric mass survey. *Nippon Ikagu Hoshasen G Z* 2003; Jan 63(1): 36A.
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
4. Michel C, Gignoux M. Subcardial stomach diverticulum and gastroesophageal reflux. *Ann Chir.* 1992; 46(3): 253-4.
5. McKay R. Laparoscopic resection of a gastric diverticulum: a case report. *JSLS.* 2005; 9(2): 225-8.
6. Ialongo P. Gastric diverticulum. Report of a clinical case and review of the literature. *Minerva Chir.* 1995; 50(3): 289A.
7. Velavonich V. Gastric diverticulum. Endoscopic and radiologic appearance. *Surg Endosc.* 1994; 8(11): 1338-9.
8. Gibbons CP, Harvey L. An ulcerated gastric diverticulum- a rare cause of haematemesis and melaena. *Postgrad Med J.* 1984; 60(708): 693-5.
9. Leblanc I, Bokobza B, Michot F, Teniere P. Incapacitating dysphagia and paracardiac gastric diverticulum. *Ann Chir.* 1989; 43(9):758A.
10. Hale PC, O'Flynn WR. Late presentation of a congenital gastric diverticulum causing pyloric obstruction. *Postgrad Med J.* 1992; 68(798): 296-8.
11. Cruz C, Sirivardena AK. Proximal gastric diverticulum after anterior lesser curve seromyotomy. *Dig Surg.* 2001; 18(3): 221-2.
12. Fine A. Laparoscopic resection of a large proximal gastric diverticulum. *Gastrointest Endosc.* 1998; 48(1):93A