

Bir çocuk hastada tekrarlayan invajinasyon ile ortaya çıkan çölyak hastalığı: Olgusu

Necati Balamtekin (*), Mustafa Gülgün (*), Kemal Kara (**)

ÖZET

Çölyak hastalığı gluten-duyarlı otoimmün bir hastalıktır. İshal, karın şişliği, kusma ve gelişme geriliği çölyak hastalığının klasik bulgularıdır. Atipik çölyak hastalığı, karın ağrısı, kabızlık veya invajinasyon gibi gastrointestinal sistem bulgularıyla da ortaya çıkabilir. Burada bir çocuk hastada tekrarlayan incebarsak invajinasyonu ile kendini gösteren çölyak hastalığı sunuyoruz. Glutensiz diyet ile düzelen bu klinik bulgular, azalmış incebarsak geçiş zamanı ve azalmış motiliteye bağlı olabilir. Diğer hastalıklara ek olarak, incebarsak invajinasyonu veya psödoobstrüksiyon semptomları olan çocuklarda Çölyak hastalığı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: çölyak hastalığı, invajinasyon, psödoobstrüksiyon, çocuk

SUMMARY

Celiac disease presented with recurrent invagination in a child: case report

Celiac Disease (CD) is gluten-sensitive, autoimmune chronic enteropathy. Diarrhea, abdominal distention, vomiting and failure to thrive are the classical symptoms of celiac disease. "Atypical" celiac disease can present with uncommon gastrointestinal findings, such as abdominal pain, constipation and non gastrointestinal manifestations. Here we report child with celiac disease presenting with recurrent small bowel intussusception. Delayed short bowel transit time and reduced motility could be responsible for clinical symptoms, which resolved after gluten free diet. Celiac disease should be kept in mind in children with symptoms of small bowel intussusception or pseudoobstruction without underlying cause.

Key words: celiac disease, invagination, pseudoobstruction, child

Giriş

Çölyak hastalığı duyarlı bireylerde buğday, arpa gibi tahılların içerisinde bulunan gliadin isimli proteinin alınmasının tetiklediği, ince bağırsakta total atrofiye kadar ilerleyebilen mukoza hasarlanması ile sonuçlanabilen bir otoimmün hastalıktır (1). Çölyak hastalığı sık görülen bir hastalık olup ülkemizde de sıklığı 1:100-300 arasında bildirilmektedir (2). Çölyak hastalığı ishal, karın şişliği gibi klasik bulgularla ortaya çıkabileceği gibi özellikle daha büyük çocuklarda izole boy kısalığı, tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi, alopesi, depresyon gibi farklı hastalık ve bulgularla da ortaya çıkabilmektedir. Çölyak hastalığının nadiren psödoobstrüksiyon gibi atipik gastrointestinal şikayete prezente olduğu bildirilmektedir (3).

Bu makalede tekrarlayan invajinasyon nedeniyle polikliniğimize gönderilen ve incelemeler sonucunda çölyak hastalığı tanısı konulan bir hasta sunulmuş ve tartışılmıştır.

Olgusu

Dört yaşında kız çocuğu iki-üç hafta aralıklarla ani başlayan ve birkaç gün sürdükten sonra kendiliğinden gerileyen şiddetli karın ağrısı, karın şişliği ve büyüme geriliği şikayetleri nedeniyle getirildi. Hastalık öyküsünde bu şikayetleri nedeniyle gittikleri bir üçüncü basamak sağlık merkezinde yaklaşık 6 ay aralıklarla üç kez ileo-ileal invajinasyon saptanarak hospitalize edildiği; ilk iki invajinasyon tablosu birkaç gün içerisinde kendiliğinden düzeldi son atakta -kendiliğinden düzelmediği için tıbbi tedavi (lavman uygulaması) ile müdahale edilerek tedavi edildiği öğrenildi. Hasta tekrarlayan invajinasyon ve şiddetli karın ağrısı ataklarının incelenmesi için ünitemize yönlendirilmişti. Aralarında akrabalık bulunmayan 27 yaşında sağlıklı baba ve 26 yaşında sağlıklı annenin ikinci çocukları, miadında 3400 gr olarak normal vajinal yol ile doğmuş. Aşılarda Sağlık Bakanlığı aşı takvimine uygun olarak yapılmış. Beş yaşında erkek kardeşi sağ ve sağlıklıydı. Soygeçmiş incelemesinde ailesinde bir kalıtsal hastalık veya kronik hastalık olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 14 kg (3-10 persentil), boy:103 cm (10 persentil) olarak ölçüldü. Abdominal distansiyon mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri tabii idi. Atipik bulgularla prezente olan çölyak hastalığı düşünülerek hasta bu açıdan incelendi. Anti doku transglutaminaz Ig A: pozitif, anti doku transglutaminaz Ig G: pozitif olan hastanın ince bağırsak biyopsisinde Marsh tip 3a derecesinde histopatolojik hasar görülmesi üzerine çölyak hastalığı tanısı konularak glutensiz diyet tedavisine başlandı. Tedavinin dokuzuncu ayında hastanın anti çölyak antikorları negatifleşti ve halen izlemde. Diyet tedavisinden sonra hastanın karın ağrısı şikayeti veya invajinasyon olmadı.

* GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.

** GATA Radyoloji BD

Ayrı Basım İsteği: Mustafa Gülgün
GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.
e-mail: mustafagulgün@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: Aug 16, 2013 • Kabul Tarihi: Aug 19, 2014 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Aralık 2015

Tartışma:

Çölyak hastalığı hakkında bilgilerin artması, özgülük ve duyarlılıkları yüksek tanısal yöntemlerin bulunması, bunlara ulaşılabilirliğin artması ile birlikte hastalığın klasik tanımından farklı klinik bulgularla karşımıza çıkabildiği günümüzde iyi anlaşılmış antitedir (1,3). Bundan yaklaşık 20-30 yıl öncesine kadar hastalığın ishal, karın şişliği ve büyüme duraksaması gibi tipik bulgularla ile karşımıza geleceğine inanılırken bugün başta demir eksikliği anemisi, boy kısalığı, diş anomalileri, deri lezyonları ve depresyon olmak üzere pek çok atipik bulgularla da karşımıza gelebileceği bilinmektedir (3).

İnvajinasyon, proksimal ince bağırsağın distal ince bağırsak içine girmesi ve bu nedenle oluşan tıbbi problemleri tanımlar. İnvajinasyon çocukluk çağında özellikle infantlar ve küçük çocuklarda (3 ay-3 yaş) sık görülen tıbbi acillerden birisidir (4).

Çocukluk çağında invajinasyonun nedeni çoğunlukla saptanamaz. Ancak bazı klinik durumlar invajinasyon oluşmasını tetikleyen "lead point" (öncü nokta) rolü oynarlar. Meckel divertikülü, intestinal lenfoma, polipler, Peutz-Jeghers sendromu, Parazitozlar (*Ascaris lumbricoides* gibi), Hemolytic-üremik sendrom, Crohn hastalığı, viral hastalıklar (enteric adenovirus gibi), besin alerjileri, hipertrofik lenf nodları, kistik fibrozis, Henoch Schoenlein purpurası ve çölyak hastalığının invajinasyonla ilişkisi gösterilmiştir (5). Tekrarlayan invajinasyon, bir invajinasyonun rezolüsyonundan en az 14 gün sonra yeniden invajinasyon tablosunun oluşmasıdır. Çocuklarda invajinasyonların %20 si kadarı tekrarlayabilmektedir ve bu durum çoğunlukla ilk 6 ay içinde olmaktadır (6). Her ne kadar tekrarlayan invajinasyonda öncü nokta varlığı daha sık olsa da; öncü nokta saptanan hastaların çoğunluğunda da invajinasyon tekrarlamaz (7).

İnvajinasyon ile çölyak hastalığının ilişkisi erişkinlerde bildirilmiştir (8). Buna karşın çocuklarda literatürde bu konudaki veriler çok az olup ulaşılabilen İngilizce kaynaklarda yalnızca üç olguya rastlanmıştır. Al Furaikh ve ark. üç yaşında tekrarlayan invajinasyon ve büyüme geriliği şikayetiyle getirilen 3 yaşında bir kız hastada çölyak hastalığı tanısı koymuşlar. Glutensiz diyet tedavisinden sonra hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldiğini gözlemlemişlerdir (9). Germann ve ark., iki haftada bir olan ve birkaç saat içinde kendiliğinden geçen kolik tarzında abdominal ağrısı olan 3.5 yaşında bir kız hastada, ileo-ileal invajinasyon saptanmışlardır ve glutensiz diyet tedavisi ile hastanın şikayetleri hızla düzeldiğini bildirmişlerdir (10). Gonzalez ve ark., safra kesesi distansiyonu ve tekrarlayan ileo-ileal invajinasyon ile getirilen iki yaşında bir erkek çocukta, çölyak hastalığı tanımlamışlar (11).

Çölyak hastalığının çok nadir görülmekle birlikte atipik prezentasyonlarından birisi de tekrarlayan invajinasyondur. Çölyak hastalığı intestinal motor fonksiyonlarda bozulmalara neden olmaktadır. Bunun sonucunda hipotonik intestinal loplarda normal bağırsak peristaltizmi bozularak invajinasyon oluşumuna öncülük ettiği düşünülmektedir (9,10,11)

Sonuç olarak, özellikle tekrarlayan invajinasyon kliniğiyle gelen çocuk hastalarda, ayırıcı tanıda altta yatan nedenin çölyak hastalığı olabileceği düşünülmeli ve erken tanı ile hastalığın komplikasyonları önlenmelidir.

Kaynaklar

1. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Celiac Disease in children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J

Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40: 1-19.

2. Dalgic B, Sari S, Basturk B, Ensari A, Egritas O, Bukulmez A, Baris Z; Turkish Celiac Study Group. Prevalence of celiac disease in healthy Turkish school children. Am J Gastroenterol. 2011; 106: 1512-1517.
3. Balamtekin N, Uslu N, Baysoy G, Usta Y, Demir H, Saltik-Temizel IN, Ozen H, Gürakan F, Yüce A. The presentation of celiac disease in 220 Turkish children. Turk J Pediatr. 2010; 52: 239-244.
4. Petursdottir K, Rösmundsson P, Hannesson PH, Möller PH. Intussusception in children in Iceland. Laeknablaðid. 2013; 99: 77-81.
5. Haber JJ, Waseem M. Recurrent Intussusception. Pediatr Emerg Care. 2013; 29: 753-755.
6. Daneman A, Navarro O. Intussusception. Part 2: an update on the evolution of management. Pediatr Radiol. 2004; 34: 97-108.
7. Daneman A, Alton DJ, Lobo E, et al. Patterns of recurrence of intussusception in children: a 17-year review. Pediatr Radiol. 1998; 28: 913-919.
8. Gonda TA, Khan SU, Cheng J, Lewis SK, Rubin M, Green PH. Association of intussusception and celiac disease in adults. Dig Dis Sci 2010; 55: 2899-2903.
9. Al Furaikh S, Al Zaben AA. Recurrent small bowel intussusceptions: an uncommon presentation of celiac disease in an Arab child. Trop Gastroenterol 2005; 26: 38-39.
10. Germann R, Kuch M, Prinz K, Ebbing A, Schindera F. Celiac Disease: An Uncommon Cause of Recurrent Intussusception. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997; 25: 415-416.
11. Gonzalez JA, Gonzalez JB, Crespo MJ, Sancho CI. Acute gallbladder distension and recurrent small bowel intussusception in a child with celiac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998; 27: 444-445.