

Perforeerunud gigantne peptiline kaksteistsõrmiksoolehaavand lapsel

Maret Eller, Eda-Ann Värimäe – TÜ Kliinikumi kirurgiakliinik

peptiline haavand, haavandi tüsistused, *Helicobacter pylori*, lapsed

Mao ja kaksteistsõrmiksoole peptiline haavand on lastel harva esinev haigus, mis sageli kulgeb asümptomaatiliselt. Enamasti hospitaliseeritakse peptilise haavandiga lapsed haavandi perforatsiooniga või verejooksu tõttu.

Peptiline haavand on seotud mao ja kaksteistsõrmiksoole limaskestast sekretoorsete ning kaitsemehhanismide tasakaalu häiretega. Lapseas on peptiline mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavand harva esinev haigus, mida esimest korda kirjeldas 1826. aastal von Siebold seoses mao perforatsiooniga 2päevasel lapsel. Eristatakse peptilisi ja stresshaavandeid. Stresshaavandid on ägedad haavandid, mis on seotud erinevate raskete haigusseisunditega: suur trauma, põletus, sepsis (1, 2). Lastel on peptilise ja stresshaavandi esinemissagedus võrdne. Stresshaavandid on tüüpilisemad alla 4 aasta vanustel lastel võrdse soolise jaotumusega. Peptilised haavandid esinevad tavaliselt üle 4aastastel lastel ning on 2–3 korda sagedasemad poistel (3).

Lastel kulgeb haavandtõbi peamiselt asümptomaatiliselt ning patsiendid satuvad arsti vaatevälja alles tüsistuse tõttu. Stresshaavandiga lapsed hospitaliseeritakse tavaliselt verejooksu või haavandi perforatsiooniga tõttu. Peptilise haavandi kliiniliseks väljenduseks võib olla üksnes valu ülakõhus. Lapse vanemaks saades kõhuvalu esinemissagedus suureneb (1, 2).

Täiskasvanutel seostatakse peptilist haavandit *Helicobacter pylori* infektsiooniga. Tartu piirkonnas elavatel perforeerunud peptilise haavandiga täiskasvanutel on 96–97%-l leitud *H. pylori*'t (4). Sarnaselt täiskasvanutega on leitud ka laste peptilise haavandi puhul seos *H. pylori*'ga. Kirjanduse andmetel on lastel peptilise maohaavandi korral *H. pylori* esinemissagedus 20%

ja duodenaalhaavandi korral 62% (1, 5).

TÜ Kliinikumi kirurgiakliiniku lastekirurgia osakonnas on aastatel 1972–2002 ravil olnud 11 peptilise haavandi tüsistusega kuni 15aastast last: 7 poissi ja 4 tüdrukut. 7 lapsel oli tegemist haavandi verejooksuga ning 4-l haavandi perforatsiooniga. *Helicobacter pylori* suhtes on uuritud vaid viimast duodenaalhaavandi perforatsiooniga patsienti.

Haigusjuhu kirjeldus

14aastane poiss hospitaliseeriti erakorralise haigena 31.10.1999 TÜK lastekirurgia osakonda. Poiss haigestus eelmisel öhtul tugeva valuga paremal pool ülakõhus. Kutsutud kiirabi brigaad ordineeris analgiini ja no-spadi, mille järel laps küll uinus, kuid magas rahutult. Hilisöhtul tekkis kehatemperatuuri tõus 38,3 °C, järgmisel hommikul hakkas poiss oksendama, kõhuvalu püsis. Laps hospitaliseeriti 15 tundi pärast haigestumise algust.

Poiss on normaalse toitumusega, 180 cm pikk ja 73 kg raske. Varem ta kõhuvalu ei ole kaevanud. Perekonnas haavandtõbe ei ole esinenud. Vanemate sõnul on toitumine olnud regulaarne. Poiss ei suitseta, koolis jõuab edasi rahuldavalt, tegeleb spordiga.

Hospitaliseerimisel oli patsient keskmise raskusega üldseisundis, adekvaatselt kontaktne, nahk oli kahvatu, limaskestad kuivad, keel valkja katuga, kehatemperatuur 38,2 °C. Südametegevus oli regulaarne, pulsisagedus 112 korda minutis, vererõhk 140/85 mm Hg.

Kõht oli tavalise konfiguratsiooniga, palpaatoorselt esines terav valulikkus ning lihaspinge paremal kesk- ja ülakõhus, valu kiirgus paremasse õlga, kõhukelme ärritusnähud olid positiivsed. Mõõdukas valulikkus esines ka paremal alakõhus. Kõhu auskultatsioonil oli kuuldav loid peristaltika.

Vastuvõtuosakonnas tehtud uuringud.

Vereanalüüsil leiti leukotsüüte $17,95 \times 10^9$ g/l, erütrotsüüte $4,96 \times 10^{12}$ g/l, hemoglobiini oli 141 g/l ja hematokrit 0,42. C-reaktiivse valgu hulk veres oli tõusnud kuni 60 mg/l.

Ultraheliuuringul leiti kõhukoopas vedeliku kogum kusepõie kohal ja väike vedelikutriip maksa vasaku sagara all. Röntgeniülesvõttel kõhust oli paremal diafragma all oli nähtav vaba gaas.

Lapsel diagnoositi peritoniiti ja kahtlustati duodeenumihaavandi perforatsiooni. Otsustati teha laparatoomia.

Laps valmistati operatsiooniks ette (tilkinfusioon, valuvaigistid, antibiootikumid). Üldanesteesias avati kõhuõõs ülemise ja keskmise keskloikega. Revisioonil selgus, et maksa all oli kollakat vedelikku ja fibrini, alakõhus põie taga hägusat vedelikku. Soolelingudel hüperemiat ega fibrini ei täheldatud. *Bulbus duodeni* eesseinas esines ulatuslik (läbimõõduga 8–10 cm) infiltraat, millega oli tihedalt liitunud sapipõis, mis õnnestus osaliselt vabastada. Tegemist oli kroonilise duodeenumihaavandiga läbimõõdus 2 cm ning seda peetakse juba gigantseks haavandiks (6). Haavandi keskel oli perforatsiooniava diameetriga 0,5 cm. Ulatusliku infiltraadi tõttu avati ka *bursa omentalis*, mis oli iseärasusteta. Haavand lõigati välja ja tehti püloroplastika Heinecke-Mikuliczi meetodil. Kõhuõõnt loputati 5 liitri füsioloogilise lahusega, maksa alla jäeti dren, kõhuõõs suleti. Haavandist võetud koetükid saadeti histoloogiliseks uuringuks.

Patoloogilis-histoloogiline diagnoos: histoloogiline leid sobib perforeerunud ägenenud kroonilisele duodeenumihaavandi perforatsioonile fokaalse fibrinoosse põletikuga.

Postoperatiivselt rakendati algul nasogastraalset aspiratsiooni, enteraalset toitmist alustati 5. postoperatiivsest päevast alates.

Limaskestast happesekretsiooni vähendamiseks ordineeriti omeprasooli, hiljem raniberli. Postoperatiivne periood kulges tüsistusteta ning poiss lubati kodusele ravile 10. operatsioonijärgsel päeval heas üldseisundis. Kodus jätkus ravi ranitidiiniga.

1,5 kuud hiljem tehti endoskoopia, kus leiti duodeenumi limaskestast hüperemiat. Mao limaskestast võeti biopsia, millest leiti *H. pylori*. Ordineeriti kombineeritud ravi omeprasooli, klasiidi ja amoksisilliiniga. Korduval kontrollil üks kuu hiljem oli lapse enesetunne hea, kaebusi ei esinenud. Endoskoopilisel uuringul oli duodeenumi limaskest normaalne. Mao limaskestast võetud biopsiatidest *H. pylori* ei identifitseeritud.

Kokkuvõte

Kuigi haavandtõbi lastel ei ole haruldane, on ta siiski harva esinev haigus, mis kulgeb asümptomaatiliselt või atüüpiliselt. Lapsed satuvad arsti pilgu alla tavaliselt alles haavandi tüsistuse tõttu. Seetõttu tuleb laste kõhuvalusse suhtuda tõsiselt ning püüda põhjus alati välja selgitada. Endoskoopilist uuringut vajavatel lastel tuleb võtta ka mao limaskestast biopsia *H. pylori* identifitseerimiseks ning positiivse tulemuse korral peab teostama selle eradikatsiooni. Kirjanduse andmetel on *H. pylori* leitud 40%-l ülakõhuvalude tõttu endoskopeeritud lapsel (7). Eestis on uuritud kõhuvaluga lapsi vanuses 4–15 aastat ning 58%-l uuritud lastest on identifitseeritud *H. pylori*. Gastriiti põdevatel lastel oli *H. pylori* esinemissagedus 61% (8).

Haigusjuhu analüüs näitab, et peptilise haavandi perforatsioon võib kulgeda asümptomaatiliselt. Lapse kõhuvalu korral tuleb arvestada ka peptilise haavandi perforatsiooni esinemise võimalusega. Peptilise haavandi korral on kindlasti vajalik teha uuring *H. pylori* suhtes ning positiivse leiu korral selle eradikatsioon, mis oli edukas ka kirjeldatud patsiendil.

Kirjandus

1. Blecker U, Gold BD. Gastritis and peptic ulcer disease in childhood. *Eur J Pediatr* 1999;158:541–6.
2. Sherer LR. Peptic ulcers and other conditions of the stomach. In: O'Neill JA, Marc J, Rowe I, Jay L, eds. *Pediatric Surgery* 5.ed. Vol.II; Mosby 1998.p. 1119–25.
3. Tolia V, Dubois RS. Peptic ulcer disease in children and adolescents. A ten-year experience. *Clin Pediatr (Phila)* 1983;22:665–94.
4. Sillakivi T, Peetsalu M, Mikelsaar M, Peetsalu A. *Helicobacter pylori* eradikatsioon perforatsioonid peptilise haavandiga haigetel. *Eesti Arst* 2001;80:8–11.
5. Roma E, Kafritsa Y, Panayiotou J, Liakou R, Constantopoulos A. Is peptic ulcer a common cause of upper gastrointestinal symptoms? *Eur J Pediatr* 2001;160:497–500.
6. Collen MJ, Santoro MJ, Chen YK. Gigant duodenal ulcer. Evaluation of basal acid output, nonsteroidal antiinflammatory drug use, and ulcer complications. *Dig Dis Sci*, 1994;39:1113–6.
7. Bujanover Y, Konikoff F, Baratz M. Nodular gastritis and *Helicobacter pylori*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1990;11:41–4.
8. Maaroos H.I, Rågo T, Sipponen T, Siurala M. *Helicobacter pylori* and gastritis in children with abdominal complaints. *Scand J Gastroenterol* 1991;26 (Suppl.186):95–9.

Summary

Perforated peptic duodenal ulcer in childhood (a case report)

Peptic ulcer is relatively rare in infancy. Children present to the surgical department due to complications of ulcer disease.

A child (14-year old boy) presented to the admission department of the TU Clinic of Surgery due to persistent abdominal pain during 15 hours, vomiting and rises of body temperature. The anamnesis did not reveal earlier abdominal pain. The boy was athletic, physically well developed. There was familial ulcer in the anamnesis. On admission, the condition was serious, body temperature was 38.2 °C. Abdomen: strongly

expressed limited peritonitis in the right upper abdomen. X-ray revealed free gas in the right subdiaphragmatic region. The perforated ulcer with limited peritonitis was diagnosed. The patient was operated on the perforated ulcer with a diameter of 2 cm with extensive infiltration of the duodenal wall, strongly adherent with gall bladder was found. Ulcer excision and pyloroplasty by Heinecke-Mikulicz was done. Histologically: perforation of chronic ulcer. *Helicobacter pylori*, positive.

maret.eller@kliinikum.ee