

iki Olgu Nedeniyle Üst Gastrointestinal Traktusta Yabancı Cisimler ve Özofagus Obstrüksiyonu

ESOPHAGIAL OBSTRUCTION AND FOREIGN BODIES IN THE UPPER GI TRACT (TWO CASES)

Dr.Oya ÖVÜNÇ*, Dr.Hasan ŞENERDEN**

*Haydarpaşa Numune Hast. Dahiliye Kliniği, **4. Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Acil servisimize lokmanın sternum arkasında takılması ve şiddetli göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran iki hastadan birinde akut özofageal obstrüksiyon saptanarak lokma endoskopik olarak uzaklaştırılırken, diğer hastada benzer tablonun akut miyokard infarklüsiine ait olduğu görüldü.

Konu ile ilgili olarak üst gastrointestinal sistemde yabancı cisimler ve bunların uzaklaştırılması hakkında literatür gözden geçirildi. Tanı medikal tedavi prensipleri, bunda basan sağlanamadığında endoskopik olarak yabancı cismin uzaklaştırılması ile ilgili girişimin zamanlan/naşı, yöntem, enstrüman, hastayı bekleyen riskler ve bunlara karşı alınacak önlemler tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Özofagus, Obstrüksiyon, Yabancı Cisim.

T Klin Gastroenterohepatoloji, 1991, 2: 11-14

Özofageal motor bozuklukları ve özofageal obstrüksiyonda yırtıcı, ürkütücü özellikle ve koroner ağrıya benzer ağrı predominant bulgu olabilir. Bu ağrının kollara yayılmaması, eforla presipile olmaması, kardiak nedenli olandan ayrılmada yardımcı olabilir. Fakat sadece klinik özelliklere göre özofageal göğüs ağrısını diğerinden ayırmak imkansızdır. Özofageal ağrının başlangıcı

Geliş Tarihi: 28.8.1990

Kabul Tarihi: 1.11.1990

Yazışma Adresi: Dr.Oya ÖVÜNÇ
Haydarpaşa Numune Hastanesi
Endoskopi Ünitesi
Üsküdar/İSTANBUL.

SUMMARY

Two patients, who had a morsel stuck behind sternum accompanied with a severe chest pain, applied to our emergency unite. While one of them had acute esophageal obstruction and the morsel was taken away by endoscopic means, the other patient with the similar clinical picture was diagnosed as acute myocardial infarction.

Because of the subject, we looked over the literature about the foreign bodies in the upper gastrointestinal tract and the ways of their removal. Diagnosis, medical therapy principles, in case of failure, timing about the removal of the foreign body with endoscopic means, method, instrument, the risks on behalf the patient, the precortious about them are applied.

Key Words: Esophagus, Obstruction, Foreign Body.

Turk.I Gastroenterohepatol 1991,2: 11-14

yutma ile provake edilmiş (Özellikle büyük lokma ve soğuk içecekler) olabilir. Episod dakika hatta saatlerle sürebilir, hasta çeşitli manevralarla rahatlamaya çalışır (1). Bu özelliklerin hepsi koroner ağrısı içinde geçerlidir. Nilriller özofageal orjinli göğüs ağrısında da hafiflemeye yol açabilirler (2). Özofageal göğüs ağrılarında da EKG'de nonspesifik ST değişiklikleri vagal stimulusla oluşan rilm bozuklukları ile birlikte olabilir (3).

VAK'A TAKDİMİ

Vak'a 1. N.K, 45 yaşında erkek hasta. 20.10.1989 tarihinde başvurduğunda 24 saat önce et yerken, aniden lokmanın boğazına takıldığını, o andan

ilibaren tükürüğünü yıllamadığını, göğsünde şiddetli ağrı nedeniyle 4 ayı hastanede göğüs ve kalp, kulak burun boğaz, iç hastalıkları ve genel cerrahi kliniklerinde kendisine EKG çekildiğini ve yazılan antibiyotik ve antienflamatuvar ilaçları yutamadığını ifade etti. Şiddetli stres altında ve sürekli tükürmek ihtiyacıydı. Direkt grafilere ve EKG'de herhangi bir patoloji yoktu. Özofageal relaksasyonu sağlamak amacıyla verilen nitrit preparatından da fayda görmeyen hastaya prone sol yan pozisyonu verilerek endoskopi uygulandı. Görerek hipofarenks geçildi, aspirasyon altında özofagusa girildi. Ön kesici dişlerden itibaren 25-27 cm'de lümeni tamamen tıkanmış et lokması görüldü. Lokma biopsi pensi ile tutularak yukarı çekilmeye çalışıldı. Fakat hareket ettirilemedi. Kendisinden parçalar koparılarak küçültüldü ve yavaşça kardiaya itildi. Mideye geçişi gözlemlendi. Obstrüksiyon bölgesi serbestleşmiş haliyle yeniden incelendiğinde ödemli ve hiperemik mukozada dışında patoloji saptanmadı. Daha önceleri de yutma ile ilgili hiç bir sorunu olmayan hasta tamamen rahatlamış olarak, on gün sonra endoskopik kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Vak'a 2: K.Y., 59 yaşında erkek hasta 15.5.1990 tarihinde acil servisimize sternum alt ucunda şiddetli ağrı ve takılma hissiyle başvurdu. Daha önceleri hiç bir yakınması olmayan hasta 4 saat önce baş ağrısı ile uykudan uyandığını ve bir adet parasetamol içeren tablet aldığını, bunu takiben de iki adet malta eriğini iyi çiğnemedi yutarken retrosternal takılma hissi ve şiddetli ağrının başladığını, bunu geçiştirmek için bir bardak soğuk su içtiğini, fakat şikayetinin daha da arttığını anlatıyordu. Huzursuz, sürekli hareket halinde görünen hasta, ağrısının kol, boyun gibi hiç bir yayılımı olmadığını belirtiyordu. Çeşitli vücut hareketleriyle takıldığını sandığı lokmayı çıkartmaya çalışıyordu. Çekilen ilk EKG'si tamamen normal olan hasta bundan 2 saat sonra akut özofageal obstrüksiyon ön tanısı ile tetkik edilmek üzere mobilize edilmeden önce çekilen kontrol EKG'sinde prekordial derivasyonlarda ST yükselmesi gözlemlendi. Hastanın göğüs ağrısı demerol enjeksiyonları ile güçlükle kontrol edilirken CPK MB 42 IU/lt olarak saptandı. 3 saat sonraki EKG si ise yaygın ön cidar ve inferior myokard infarktüsü örneği gösteriyordu.

TARTIŞMA

Özofagus gastrointestinal traktusta akut yabancı cisim obstrüksiyonunun en sık rastlandığı

yerdir ve tıkanmayı yapan neden genellikle bir gıda parçası ve sıklıkla et lokmasıdır. Yabancı cisimler gastrointestinal traktusta genellikle obstrüktif bir lezyonun üzerinde takılır. Erişkinlerde en tipik neden alt özofageal ringtir. Daha seyrek olarak alta yatan neden tümör veya divertikül olabilir. Özofagusta yabancı cisimler servikal özofagus darlığı, aortik arkus bası bölgesi, gastroözofageal bileşke gibi fizyolojik bir daralma üzerinde de takılabilirler (1,4,5).

Gastrointestinal sistemde yabancı cisimler önceki yıllarda sık olarak cerrahi müdahale gerektiren problemlerdi. Son yıllarda endoskopların yaygın olarak kullanılmaya başlanması sayesinde bunların bir kısmı kolayca dışarı alınabilmektedir. Yabancı cisimlerin endoskopik yolla gastrointestinal traktustan uzaklaştırılması kontrollü klinik çalışmaların sonuçlarını değil, birikmiş tecrübe ve her olguda ayrı bir metod, hayal gücü ve beceri gerektirmektedir (6,7).

Endoskopinin gelişmesinden önceki dönem literatürü, yabancı cisimlerin %80'inin gastrointestinal traktusu emin bir şekilde spontan olarak terk ettiğini kabul ederdi (5,8,9,10,11). Cerrahi tedavi gerektiren durumlarda ise yabancı cisim büyüklüğü, formasyonu, perforasyon riski, tam obstrüksiyon bulunup bulunmayışı gibi faktörlere bağlı olarak farklı mortalite bildirilmiştir. Endoskopi günümüzde gastrointestinal traktusu kendiliğinden aşamayan cisimlerin uzaklaştırılmasında cerrahiye önemli bir yardımcı olup, ucuz ve emin yöntemdir (12). Acil servise başvuran yabancı cisim yutmuş kişilerin %40'ında endoskopik tedavi gereği ortaya çıkmıştır (13).

Özofagusta Yabancı Cisimler

Hipofarenkste yabancı cisim takılması genellikle hava yolu obstrüksiyonu ile birlikte olduğundan endoskopiye gelemeyecek kadar acil tedavi gerektirir.

Özofageal obstrüksiyonda hasta ağır veya hafif stres altında görülür. Takılmanın yerken başladığını ve yerini tarif edebilir. Bu yer her zaman gerçek anatomik lokalizasyonla uyumlu değildir. Ağrı substernal ve myokard infarktüsünü taklid eder tarzda olabilir. Hasta sürekli geğirme, cismi regürjite etme çabasıdadır. Hastaların bir kısmından özofagusta motor veya diğer organik lezyondan şüphe ettirecek şekilde daha önce de mevcut disfaji veya odinofaji anamnezi alınabilir.

Sıklıkla aşırı tükürük salgısı vardır. Kişi yediği parçanın kemik veya kılçık kapsadığını ve bu şeyin bir bölgede durmakta olduğunu düşünür. Bu noktada soru gerçekten özofagusta bir cismin bulunup bulunmadığıdır. Fizik muayene genellikle normaldir. Perforasyonun tesbiti için boyunda ve supraklaviküler bölgede krepitasyon aranmalıdır. Yabancı cisim radyoopak ise yumuşak doku tekniği ile boyun P-A ve lateral toraks grafilinde gösterilebilir. Sonucun normal olması yabancı cisim bulunmadığı anlamına gelmemelidir. Endoskopiden önce gastrointestinal sistemde baryumlu veya pamuklu işaretleyicilerle inceleme endoskopiye zorlaştıracağı için tavsiye edilmez. Baryumlu muayene ancak semptomları geçmiş veya distal özofagusta kısmi tıkanma düşünülen hastalarda yapılabilir. Önceden baryumla tetkik yapılmış hastada özofagus lümeninin tüple dekompresyonu hem endoskopiye kolaylaştırır, hem de perforasyon riskini azaltır. Ağrı şiddetli ve takılma hissi devam ediyorsa perforasyon riskine karşı bir tedbir olarak endoskopinin tercihan entübasyondan sonra yapılması uygundur. Genel anestezi hastada mevcut olabilen inkooperasyon ve özofagusta relaksasyon yapıcı etkisinden dolayı da faydalıdır (2). 5-1 mg iv glukagon ve hafif sedasyonun sıkışmış lokmanın spontan pasajını sağlayabildiği gösterilmiştir (14). Özofagusta et ile obstrüksiyonun papain ile tedavisi denenmiş, ancak başarısız olabildiği, ayrıca da perforasyon riskini arttırdığı görülerek vazgeçilmiştir (15).

Yabancı cisim veya lokmanın endoskopik olarak uzaklaştırılması çeşitli aksesuarlar gerektirir. Bunların pek çoğu hekim tarafından imal edilir (16). Gıda parçaları en iyi basket veya ilmik yardımı ile alınabilir* Et gididıklis enclosicojpuu ucu ile mideye itilebilir (13). Parça parça çıkarmak, küçülen cismi ileri itmek faydalı ve prosedürü hızlandırıcı olabilir (7). Olgulara yaklaşımda vakit kaybedilmemeli ve cerrahla konsülte edilmelidir (1,17). Entübasyona başlanmadan önce benzer bir cisimle dışarda ön denemede yarar vardır. Keskin ve batıcı cisimler bir üst tüp içinden geçirilen endoskoplara çıkarılmaya çalışılmalıdır. Bazı kırılabilir veya iyice sıkışmış cisimlerin çıkarılmasında geniş çaplı rigid endoskoplara gerekebilir. Bu yaklaşımda perforasyon riski %2 olarak bildirilmiş, fleksibl endoskoplarda perforasyonun mümkün olduğu kabul edilmiştir (18). Her çabaya rağmen girintili çıkıntılı cisimler, örneğin diş protezleri cerrahi tedaviyi gerektirebilmektedir (6). Bateria gibi alkalin cisim-

ler korozif etki ile perforasyon yapabilir. Tedavide geç kalınmamalıdır (19,20,21).

Yabancı cisim uzaklaştırıldıktan sonra basta hala ağrının devam ettiğini ifade ediyor veya mukozada harabiyet kanama gibi bulgular mevcut ise sonraki günlerde endoskopi tekrarlanmalıdır. Çok şiddetli ağrının devamı perforasyon şüphesi ile suda eriyebilen kontrast madde ile radyolojik tetkik gerektirir.

Midede Yabancı Cisimler

Özofagustaki yabancı cisimlerin tersine midedekiler hiç semptomsuz veya çok az semptomla karşımıza çıkar. Önemli soru cismin barsağı emin olarak geçip geçmeyeceğidir. Olgular en sık olarak çocuklar, mahkumlar, mental bozukluğu olanlar, toksikomanlardır. Ağızlarını üçüncü bir el gibi kullanma alışkanlığında olanlarda bu gruba dahil edilebilir. Klinikte ateş, ağrı, kanama, kusma gibi bir semptomun bulunuşu pilorik obstrüksiyon, mukozal harabiyet, penetrasyonu akla getirmelidir. Suda eriyen bir kontrast madde ile radyolojik inceleme objenin yeri ve mevcut olabilecek penetrasyonu tesbitte yararlıdır (2).

Kemik, diş protezi, dolgu, iğne, raptiye, tel gibi delici kesici, kanamaya ve perforasyona veya büyüklüğü ile obstrüksiyona yol açabileceği düşünülen cisimler barsağa geçmesi beklenmeden hemen çıkarılmalıdır (13,23). Para, taşsız yüzük gibi yuvarlak cisimler genellikle gastrointestinal traktusu sorunsuzca terk ederler. 20 mm. çap ve 50 mm. boyundaki cisimler inşecisi zordur.

Bir cisim kaç gün süre ile izlenmelidir? Bu cismin özelliği ile yakından ilgilidir. Fakat örneğin para gibi kolay geçişi ümit edilen bir cisim için bile çok uzun süreli beklemenin endoskopik uzaklaştırmada teknik güçlüğüne neden olabileceği (duvara yerleşerek) yazılmıştır (23,24). Cisim yuvarlak ta olsa 3-7 gün içinde karar verilip müdahale edilmeli ve bu süre içinde çıkarılan tüm feçes gözlenmelidir. Endoskopik tedavide yine objeye göre seçilecek bir enstrüman kullanılmazdır.

Duodenum ve İncebarsaklarda

Yabancı Cisimler

Literatürde incebarsakta obstrüksiyon ve toksikasyona neden olan uyuşturucu kaçakçılığı ile ilgili (Vücut paketi sendromu) olgular mevcuttur (25). Gastrik bypass operasyonlarından biri uygulanmış olan kişilerde de yabancı cisimlerin hatta tabletlerin daha sık olarak obstrüksiyonlara yol açabileceği kabul edilmiştir (26).

Aynen midede olduğu gibi ateş, ağrı, kusma, distansiyon gibi bulgular obstrüksiyon, toksikasyon, perforasyon veya penetrasyon gibi bir komplikasyondan şüphe ettirmelidir. Duodenumda bazı batıcı yabancılara cisimler penetrasyonla minör peritonit bulguları oluşturabilir. Bunların endoskopik olarak uzaklaştırılmasından sonra suda eriyen bir kontrast ile serbest perforasyonun varlığı gösterilmelidir (27). Civa gibi toksik madde ihtiva eden yabancı cisimlerde (Hasta termometresi gibi) toksikasyon riski madde gastrointestinal traktus lümeni dışına çıkmadığı sürece azdır. Hastalara pasajı hızlandırıcı müshil verilmesi tavsiye edilir (28).

SONUÇ

Şiddetli göğüs ağrısı lokmanın takıldığı veya yabancı bir cismin yutulduğu sanısı ile başvuran hastalarda hekim özofagusta yabancı cisim obstrüksiyonu olasılığı yanında her zaman koroner arter hastalığı ve miyokard infarktüsünü göz önünde bulundurmalıdır. Lokma veya yabancı cisim obstrüksiyonu saptanan, bunun spontan, medikal veya endoskopik olarak tedavisi yapılmış olgularda altta yatması muhtemel tümör, özofageal ring, motor bozukluklar gibi patolojiler dikkatlice araştırılmalıdır.

Gastrointestinal traktusta batıcı, delici, kesici yabancı cisimler hiç beklemeden endoskopik olarak çıkarılmağa çalışılmalıdır. Hekim bu olgularda perforasyona karşı uyanık olmalıdır. Şekil ve büyüklük olarak pasaja uygun, fakat toksik etki yapması muhtemel yabancı cisimlerin pasajı hızlandırılmalıdır. Bütün yabancı cisimlerin pasajı beklenirken hasta ve feçesi beraberce gözlenmelidir.

KAYNAKLAR

- Vizcarrondo FJ, Bardy PG and Nord HJ: Foreign bodies of The Upper intestinal Tract. *Gastrointestinal Endoc.* 1983, 29: 208.
- Hamilton JK, Polter DE: Foreign Bodies in the Gut. in "Gastrointestinal Disease" Sleisenger MH, Fortran JS (eds). WB Saunders Co. Philadelphia, 1989, 210-215.
- Spiro HM: Osephageal Pain. Distinction From Angina Pectoris. *Clinical Gastroenterology. The Mc Millan Comp. Ontario.* 44,1977.
- Brady PG: Endoscopic Removal of Foreign Bodies: In Vennes J (ed) *Therapeutic Endoscopy.* New York, Tokyo Igaku-Shoin, 1985.
- Webb WA, Mc Daniel L and Jones L: Foreign Bodies of the Upper Gastrointestinal Tract. *Current Management. Southern Med J* 1984,77:1093.
- rogers BH: A New Method For Extraction of Impacted Meat From The Osephagus Utilizing A Flexibl Fiberoptic Endoscops and An Over-Tube. *Gastrointest. Endosc.* 1979,25:47.
- Jackson FW: Push-Through Tecnicque For Rapid Removal of Esophageal Foreign Bodies. *Gastrointest. Endoc.* 1981, 27:123.
- Carp E: Foreign Bodies in The Gastrointestinal Tract of Psychotic Patients. *Arch Surg* 1950, 60: 1055.
- Carp L: Foreign Bodies in the Iniestin. *Ann. Surg.* 1927,85:575.
- Gracia C, Frey C, Biazas BJ: Diagnosis and Management of Ingested Foreign Bodies. A Ten-Year Experience. *Ann. Emerg. Med.* 1984,13: 30.
- Schwartz G, Polsky H: Ingested Foreign Bodies of Gastrointestinal Tract. *Ann Surg.* 1976, 42:436.
- Webb W: Management of Foreign Bodies of the Upper Gastrointestinal Tract. *Gastroenetrology.* 1988, 94: 204.
- Selivanov W, Sheldon G, Cello J et al: Management of Foreign Body Ingestion. *Ann. Surg.* 1983,199:187.
- Ferruci JR and Long JA: Radiologic Treatment of Esophageal Food Impaction Using Intravenous Glucagon. *Radiology.* 1977, 125:25.
- Goldmer F and Danley D: Enzymatic Digestion of Esophageal Meat Impaction. *Dig. Dis. Sci.* 1985, 30:456.
- De Luca RF, Ferrex EL: Polypectomy Snare Extraction of Foreign Bodies From The Osephagus. *Amer. J. Gastroent.* 1976, 66:374-376.
- Ctereleko G and Mok DK: Aorto-Esophageal Fistula Induced by Foreign Body: The First Recorded Survival. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1980, 80:233.
- Christie DL and Ament M: Removal of Foreign Bodies From Osephagus and Stomach With Flexibl Fiberoptic Panendoscopes. *Pediatrics* 1976, 57:931.
- Litovitz TC: Button Battery Ingestions. *JAMA* 1983, 249: 2495.
- Blatnik DS, Toohil RJ and Ixhman RH: Fetal Complications From an Alkaline Battery Foreign Body in the Osephagus. *Ann Oto Rhin. Iaryngol.* 1977,86:611.
- Kiely B, Gill D: ingestion of Button Batteries. *Hazards and Management. Br. Med. J.* 1986,293:308.
- Maleki M and Evans WE: Foreign Body Perforations of the Intestinal Tract. *Ann. Surg.* 1970,101:475.
- Waye JD: Removal of Foreign Bodies From The Upper Intestinal Tract With Fiberoptic Instruments. *Am.J.Gastroenterol.* 1976, 65:557.
- Edridge WW: Foreign Bodies in the Gastrointestinal Tract *JAMA* 1961, 178: 665.
- Caruna DS, Weinbach B, Geog D, And Gardner LB: Cocaine-Packet Ingestion *Ann. Intern. Med.* 1984,100:73.
- Strodel WE, Knol JA and Eekhauser FE: Endoscopy of the Partitioned Stomach. *Ann. Surg.* 1984, 200:582.
- Dagradi AE and Severance SR: Fiberoptic Endoscopic Extraction of Foreign Body Perforating The Stomach. *Am.J.Gastroenterol.* 1976, 65:335.
- Bredfeldt JE and Moeller DP: Systemic Mercury Intoxication Following Ruptore of a Müller Abbott Tube. *Am. J. Gastroenterol.* 1978, 69: 478.