

Gastrik Bezoar Bir Meslek Hastalığı Olabilir mi? Olgu Sunumu ve Endoskopik Tedavi

CAN GASTRIC BEZOAR BE AN OCCUPATIONAL DISEASE? A CASE REPORT AND ENDOSCOPIC TREATMENT

Yusuf AKÇAN*, Mahmul Can YAĞMURDUR**, Süleyman GÖKDUMAN**,
Arif ÖZDEMİR***, Yusuf BAYRAKTAR****

- * Yrd.Doç.Dr..Abanı İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü, BOLU
** Uz.Dr..Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü,
*** Prof.Dr..Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü,
**** Prof.Dr..Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü, ANKARA

Özet

Yazıda ilginç bir işi alan hastada bezoar gelişimini sunmakta] ız. Bir veterinerin vatında çalışan hasta işleri arasında deney hayvanlarını da İraş etmektedir. Aynen hastanın aneu-ueziinde sekiz yıl tince pejdik ulkus kanaması nedeni ile piloro-ji/asti ve bilaleral vagolomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Haşlanın bu başvurusunda yemeklerden sonra oluşan bulantı ve kusma şikayeti vardı. Bezoar varlığı İlk önce düz karın grajisinde şüphelenildi ardından endoskopi ile doğrulandı. Daha sonra suare ve biyopsi joretpsi yardımı ile mekanik olarak küçük parçalara ayrılan bezoar. bir overlüpün de yardımı de birden kazla giriş çıkışlarla dışarı alındı. Çıkarılan materyallerde küçük kul parçaları görülmesi yaptığı işin de bu oluşumda etken olduğunu göstermektedir

Analılar Kelimeler: Gastrik bezoar, Endoskopik çıkarın.
Meslek

T Klin Gastroenterolhepatoloji 1998, 9:132-135

Bezoar kelime olarak Arapça'da "Badzehr" veya Farsça'da "Padzahr" kelimelerinden türemiş ve antidot veya panzehir anlamına gelmektedir (1). Bezoarlar endoskopistlerin mide içinde en sık gördüğü yabancı cisimlerdir. Sıklıkla parsiyel gastrik rezeksiyon veya vagotomi sonrası oluşurlar ancak peristalsizmde azalma ile giden sistemik hastalıklarda da görülebilirler (2,3). Küçük ve yumuşak olan phtobczoarlarda değişik incdikal te-

Geliş Tarihi: 28.08.1998

Yazışma Adresi: Dr.Yusuf AKÇAN
Kültür Malı. Namık Kemal Sok.
Peştemalci Apt. No: 8/5
14310 Düzce, BOLU

132

Summary

We present here a case of bezoar developed in a patient who has an interesting occupation. He was working beside a veterinarian and In charge of shaving animals. The patient had also pyloroplasty and bilateral vagotomy seven wars ago. He had recently a complaint of nausea and vomiting after meals. The bezoar was first suspected on plain abdominal X-R. It was broken down endoscopically by biopsy forceps and a snare, the fragments were pulled out through an overtube. His job should have a strong Impact on the development of the bezoar. as it contained small hair particles in composition.

Key Words: Gastric bezoar, Endoscopic removal.
Occupation

T Klin J Gastroenterohcpatol 1998, 9:132-135

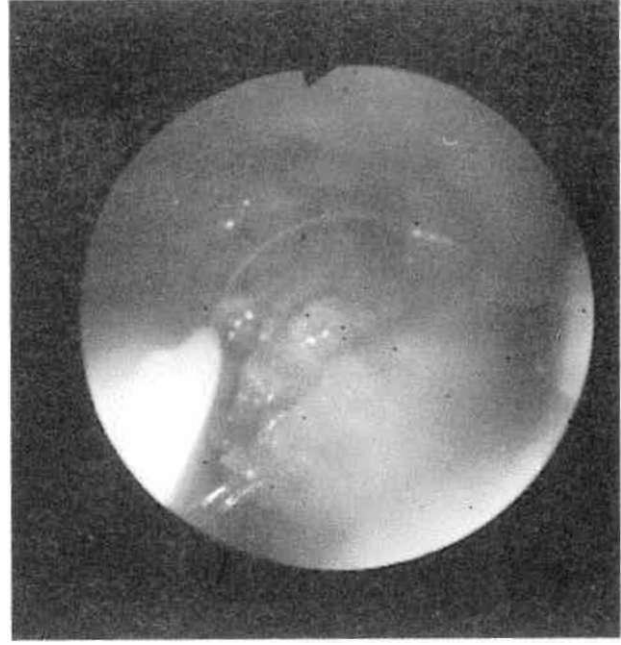
daviler denenmektedir (4,5). Ancak endoskopi uygulanabilen ünitelerde bezoarlar bu yolla parçalanarak dışarı alınmaktadır (6). Bahsedilen bu olgu veteriner yanında çalışan bir yardımcı personeldir. İşi gereği sık sık deneysel çalışmalar için veya muayene için hasta hayvanların traşlarını yaptığını ifade etmektedir. Hastanın geçirmiş olduğu gastrik operasyon ve yaptığı iş hastada bir phyto-trichobezoar oluşumuna yol açmıştır.

Olgu Sunumu

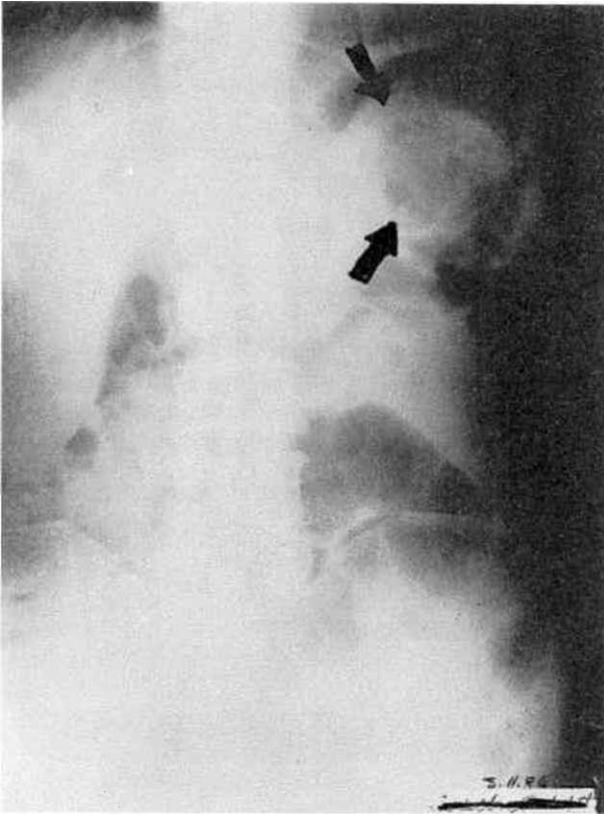
54 yaşında erkek hasta, son 20 gündür belirgin olan yemeklerden sonra bulantı, kusma, karın ağrısı ve şişkinlik şikayetleri ile başvurdu. Başvurudan önceki son üç gün her yediğinde şiddetli kusmaları

T Klin (IlistroenlcrohcpatolDJl I WAS'. 9

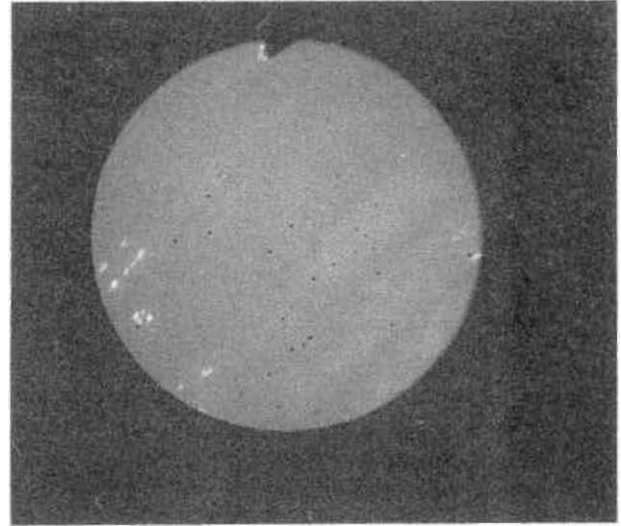
ve şişkinliği olduğunu ifade etmiştir. Diğer sistem sorgulamalarında yönlendirici bir bulgu olmayan hastanın, özgeçmişinde on yıl önce bir üst gastrointeslinal kanama sonrası bilateral trunkal vagotomi ve pıloroplasti operasyonu mevcuttur. Oniki yıldır 1 paket/gün sigara içmekle olan hastanın, hipertansiyon, allerji veya diabetes mellitus öyküsü yoktur. Fizik muayenesinde genel durumu orta olan hastanın karın inspeksiyonunda distansiyon dikkati çekerken oskültasyonda barsak sesleri hiperaktif idi. Epigastrik hassasiyet tesbit edildi, ancak rebound yoktu. Laboratuvarında: Hb:13.2 g/dl BK:İ 1200/mnT ALT:15 U/ml. AST:22 IU/ml. BUN:12 mg/dl, Kreatinin:0.8 mg/dl idi. Çekilen ayakta direki karın grafiğinde mide lojunda yuvarlak semiopak bir kitle görüldü (Şekil 1). Bunun üzerine yapılan üst endoskopide mide içerisinde mobil yaklaşık 6-7 cm bezoar teshis edildi (Şekil 2). Pılorda yeterli açıklık olmakla beraber mide peristalsizminin azaldığı dikkati çekti. Hastada yemek sonrası şişkinlik ve bulantı kusma atakları ile belirgin obstruksiyon tablosuna yol açan bu bezoara en-



Şekil 2. Endoskopik kement yardımı ile be/oarın Yakalanıp parçalanması.



Şekil 1. Ayakta direk karın grafiğinde mide lojuna uyan bölgede semiopak yer işgal eden lezyonun görünümü.



Şekil 3. Endoskopik çıkarımdan iki gün sonra mide içinde bezoarın tamamen kaybolduğu görülmektedir (Fundus ve korpus).

doskopik müdahale planlandı. Endoskop aracılığı ile "snare", basket ve biyopsi iğnesi kullanılarak önce bezoarın kompakt yapısı parçalandı. Daha sonra parçalar basket yardımı ile birkaç kereden çıkartıldı. Endoskopik tekrar girişlerinin rahatsız etmemesi ve parçaların çıkartılması sırasında larinkse yakın kesimde düşerek aspirasyona yol aç-

maması içm. işlemde "uvelube" kullanıldı. Çıkarılan materyalde küçük kıl parçacıkları da dikkati çekmekte kli. Mide içinde kalan milimetrik bc/oar parçaların uzaklaştırılması için hastaya 2 gün boyunca bol sıvı diyet uygulandı. Daha önce oral ahun lolere edemeyen hasla bu diyeli oldukça, rahat tolere etli. İki gün sonra yapılan kontrol endoskopismde mide içerisinin tamamen bc/oardan arındığını görüldü. (Şekil 3).

Tartışına

Bezoariar, gastrointestinal traktusda oluşmuş, hazmedilmemiş besinlerin (phytobezoar), saç ve tüylerin (trichobezoar) ve diğer maddelerin (diospyrobezoarlar- hanı hurma emsi yiyecekler) oluşturduğu kitlelerdir (1), Çabuk yeme, çok çiğnemenle, ham meyveleri tüketme veya aşın miktarda sindirimi zor madde içerikli gıdalarla (lahana, kereviz, incir, hurma, şeftali gibi) beslenme, kolaylaştırıcı faktörlerdir (7-8). Hastaların büyük bir çoğunluğu mide boşalmasında sorun oluşturabilen bir gastrik cerrahi öyküsü vermektedir, !n sık karşılaşılan operasyon tipleri anrektomi. parsiyel gaslrektoni ve vagotomidir (9). Ameliyat öyküsü olmadan, mide hipomotilitesine sebep olabilen hipotiroidi (10). diabetik gastroparezis (11), miks bağ doku hastalığı (12) ve myolonik distroll (13) gibi durumlarda da bezoar oluşumu bildirilmiştir. Trichobezoarlar, genellikle halif derecede psikolojik bir bozukluğun klinik yansıması olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla bu hastalarda psikiyatrik yaklaşım tedavinin bir parçasıdır.

Bezoariar klinik olarak sessiz olabilirler. Bununla birlikte karın ağrıları, iştahsızlık, hazımsızlık gibi spesifik olmayan bulgular gösterebilirler. Bazı olgularda mide duvarına olan etkisi ile perforasyon, kanama, veya traktüstta tıkanmalara yol açabilirler (1).

Bir hurma be/oannın papain-bikarbonat solusyonı ile Damı ve arkadaşları (4) tarafından çözümlenmesinden sonra değişik medikal metodlar kullanılmıştır. Bromelaine, N-acelvlvsteinc. cellulase. papam ve bunların değişik kombinasyonları kullanılan diğer maddelerdir (5). Medikal tedavi etkisini daha uzun suretle göstermesi nedeni ile klinik olarak sessiz bezoarlarda denemek uygundur. Kanama, obstruksiyon ve şiddetli karın ağrısı gibi semptomları olan hastalarda endoskopik

çıkartım tercih edilecek seçenektir. İlk defa 1970 yılında, Chiba ve Ishikawa bir bezoarı endoskopik olarak çıkarmışlardır (6). Daha sonra endoskop ile kullanılabilen ek araç ve gereçlerin gelişimleri ile yeni modifiye yöntemler gündeme girmiştir. Biyopsi forsepsi, pohpektomi kememi, lazer (14), basınçlı su fişkirtma (15), ekstrakorporeal şok-dalga litotripsisi (16) ve safra taşı litotriptörleri (17) ve elektrohidrolik litotripsisi (18) endoskopik olarak bezoarların parçalanıp çıkarılması için kullanılmıştır. Yapı olarak sert, endoskopik veya medikal olarak tedavi edilmeyen bezoariar ve perforasyon durumunda cerrahi müdahale gereklidir. Cerrahi tedavide, gastrotomi ile bezoarm çıkarılması ve/veya mide boşalmasını kolaylaştırmak için çıkış genişletilmesi uygulanmaktadır. Tedavi sonrası rekürensini önlemek için hasutlar besinleri yeterli çiğnemdi, ham meyvelerden sakınmalıdır. Metoclopramide, bezoar rekürensini önlemek için profilaktik amaçlı uzun süreli kullanılabilen bir ajandır (19).

Bu olguda, daha önce geçirdiği vagotomi ve piloroplasti ameliyatları mide motilitesinde azalmaya yolaçtığından bir yatkınlık oluşturmaktadır. Bununla birlikte hastanın maruz kaldığı ve yuttuğu küçük tüy parçaları da bezoar oluşumuna katkıda bulunmuştur. Genellikle kadınlarda. 30 yaş altında ve %50 olguda psikolojik rahatsızlığa eşlik ettiği trikofajideni (1) farklı olarak, işi gereği hayvan tüylerine maruz kalan erkek bir hastada tricho-phyto-bezoar saptanması ilginç bir bulgudur.

KAYNAKLAR

1. DeBakey VI, Oehsncr A. Bezoars and concretions: a comprehensive review id'the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional eases. Surucrv 1938: 4:934-63.
2. Goldenstein HM, Cohen LE, klagen RO, Wells RE. Gastric bezoar: a frequent complication in the postoperative ulcer patient. Radiology 1673; 107:341-4.
3. Malagelada JR, Rees WD, Mazolto LJ, Go VL. Gastric motor abnormalities in diabetic and postvagogomy gastroparesis: effect of mefoclopramide and betanecliol. Gastroenterology 19X0: 78:286-93.
4. Darin D.S. Rubin S. Posoman II, Deosaronsingh VI. Bauernjeind A, Berenbon M. The suecesftil mana'aemcnt of a phtobezoar Arch Intern Med 1959, 103:1047-51.
5. Rozen p-ANCA, Gilat T. Enzymatic softening and endoscopic destruction of aa phytobezoar in an unoperated stomach. Am J Gastroenterol 1975; 64:397-9.

6. Chiha II, ishikawa K. A case of "eolfrey" bezoar treated with fiberscop for biopsy. *Stomach Intestine* (Tokyo) 1970; 5:81-5.
7. Budd DC, iVlcCreary ML. Gastric phytobezoar: still another postgastrectomy syndrome. *Am Surg* 1978, 44:104-7.
8. Deal DR. Vitalc p-ANCA, Raffin SB. Dissolution of a post-gastrectomy bezoar by cellula.se. *Gastroenterology* 1975; 64:467-70.
9. Dicllrich NA, Gau IC. Postgastrectomy phytobezoars- endoscopic diagnosis and treatment. *Arch Surg* 1985; 120:432.
10. Kaplan LR. 1 lypotyroidism presenting as a phytobezoar. *Am J Gastroenterol* 1980. 74:168.
11. Aim Yh, Maturu p-ANCA, Stemheber FU, Goldman JM. Association of diabetes mellitus with gastric bezoar formation. *Arch intern Med* 1987; 147:527.
12. Tsianos EB, Drosos AA. Gastroscoptic removal of a phytobezoar formed in a patient with mixed connective tissue disease. *Endoscopy* 1988; 20:122.
13. Kuiper DH. Gastric Bezoar in a patient with myotonic dystrophy: a review of the gastrointestinal complications of myotonic dystrophy. *Am J Dig Dis* 1971; 16:529.
14. Naveau S, Poynard T, Zourabichvili O, Poitrine A, Chaput JC. Gastric bezoar destruction by Nd:YAG laser therapy. *Gastromtest Endosc* 1986; 32:430-1.
15. Lange V. Gastric phytobezoar: an endoscopic technique for removal. *Endoscopy* 1986; 18:195-6.
16. Benes J, Chniel J, Jodl J, Stuka C, Ncvoral J. Treatment of a gastric bezoar by extra corporeal shook vawe lithotripsy. *Endoscopy* 1991; 23:346-8.
17. Lubke FU, Windelmann RS, Berges W, Mecklenbeek W, Wienbeck M. Gastric phytobezoar: endoscopic removal using the goalstone lithotripter. *Z Gastroenterol* 1988; 26:393-6.
18. Kuo JY, Mo LR, Tsai CC, Yuen SK, Lin RC, Hwang MH. Endoscopic fragmentation of gastric phytobezoar by electrohydraulic lithotripsy. *Gastrointestinal endoscopy* 1993; 39(5):706-8.
19. Delpre G, Kadish U, Glanz I. Metoclopramide in the treatment of gastric bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984;79:739.