

ÖZEFAGUS YABANCI CİSİMLERİ

ESOPHAGEAL FOREIGN BODIES

**Dr. Onur ÇELİK (*), Dr. Şinasi YALÇIN (*), Dr. Zeki AŞKIN (*), Dr. Erol İNAN (*),
Dr. Üzeyir GÖK (*), Dr. Ahmet HANÇER (*)**

ÖZET : *Kliniğimizde son 3 yılda özefagus yabancı cisimi ön tanısı alan 59 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara genel anestezi altında rijid özefagoskopi yapıldı. 8 hastada (%14) özefagoskopide yabancı cisme rastlanmadı. En sık rastlanan yabancı cisim para ve benzeri metalik cisimlerdi (%59). İkinci sıklıkta ise et ve/veya kemik parçasına rastlandı. Kemik parçası çıkarılan 2 hastada servikal özefagusta perforasyon oldu. Hiçbir hastada torakotomi veya laparotomi gerekmedi; mortalite veya kalıcı morbidite gelişmedi. Özefageal yabancı cisim çıkarılmasında rijid özefagoskopinin emniyetli ve güvenilir bir metod olduğu, görüşüne sahibiz.*

Anahtar Kelimeler : Özefagus, Yabancı Cisim

SUMMARY : *Retrospective analysis of 59 patients with esophageal foreign bodies who were treated in the last 3 years in our department were evaluated. These patients underwent rigid esophagoscopy under general anaesthesia. In 8 patients (%14), no foreign body was found in the esophagus. Coin our coin-like metals were the commonest esophageal foreign bodies (59%). The second common foreign body was meat bolus and/or bone particles. Two cervical esophageal perforations occurred while retrieving the bone particles. Throacotomy or laporatomy were not required for removal of esophageal foreign body; mortality or permanent morbidity were not developed in any of the cases. We suggest that rigid esophagoscopy is a safe and reliable method for esophageal foreign in body removal.*

Key Words : Esophagus, Foreign body

GİRİŞ

Özefagus yabancı cisimleri (YC) hem çocuklarda, hem de erişkinlerde sık rastlanan ve ciddi boyutlara varan morbidite ve mortalitesiyle güncel bir sorundur. Sadece Amerika Birleşik Devletlerinde gastrointestinal YC'lerin neden olduğu ölümler yılda 1500 civarındadır (1).

Appendiks hariç tutulursa gastrointestinal sistemin en dar yeri özefagustur ve bu nedenle gastrointestinal sistem YC'leri sıklıkla özefagusta görülür (3). Bir çok YC gastrointestinal sistemde bir takıntıya uğramadan geçer, ancak bazı YC'ler, boyutu ve biçimiyle ilgili olarak özefagusun doğal veya patolojik darlıklarına takılabilirler. Özefagus 25 cm uzunluğunda ve başlangıcından itibaren 4 darlık gösteren tüp şeklinde bir organdır. Birinci darlık krikoid kartilaj hizasında, inferior konstrüktör kasın krikofarengeal

kısmı tarafından oluşturulur ve kesici dişlerden itibaren 15. santimetrede bulunur. İkinci darlık 23. santimetrededir ve aortik arkın özefagusa yaptığı kompresyonla oluşur. Bunun 4 cm kadar distalinde sol ana bronşun yaptığı üçüncü darlık vardır. Son darlık ise alt özefageal sfinkter olarak adlandırılır ve midenin kardiasına girdiği yere uyar, 40. santimetrededir (3, 12). Bir YC özefagus içinde seyrederken bu darlık bölgelerine takılabilir ve disfaji, ağrı, kanlı tükürük gelmesi, yiyeceklerin regürjitasyonu ve özellikle çocuklarda respiratuar semptomlara neden olabilir.

Eğer YC özefagusun üst kısımlarında takılmışsa hasta YC'in yerini lokalize edebilir, oysa distal özefagusa takılmış bir YC'de doğru lokalizasyon zordur ve genellikle sternuma yansıyan bir ağrı tarif eder. Klinisyen iyi bir öykü, fizik muayene, radyolojik değerlendirme ile tanıya gitmeye çalışır. Sonuçta, yutulan YC'in boyutu-

(*) Fırat Üniv. Tıp. Fak. KBB ABD ELAZIĞ

na, türüne, biçimine ve takılma yerine göre uygun bir tedavi yolunu seçmesi gerekir.

Özefagus YC'lerinin çıkarılması için önerilmiş ve uygulanmakta olan Foley kateter tekniği (4, 10), özefageal bujinaj tekniği (2, 10), fleksibil ve rijid endoskopi (11) teknikleri mevcuttur. İlk iki teknik sınırlı olgularda uygulanabilir, ancak maliyeti düşüktür (10). Endoskopik yöntemler ise daha etkin, fakat daha pahalı yöntemlerdir (10, 11).

Bu yazımızda, yaklaşık 8 yıldır özefagusta YC ön tanısı olan hastalara müdahale yapılan kliniğimizde son 3 yıldaki olgular güncel literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

YÖNTEM - GEREÇ

1991 - 1994 yılları arasında kliniğimizde özefagusta YC şüphesiyle özefagoskopi yapılan hastalara ait arşiv bilgileri toplanıp retrospektif değerlendirmeye tabi tutuldu. Bu değerlendirmede hastaların yaşı, cinsi, başvuru yakınmaları, yakınmaların başlama süresi, kulak burun boğaz muayene bulguları, radyolojik inceleme ile ilgili bilgiler, özefagus YC ile ilgili bilgiler, özefagoskopi bulguları, YC'in özefagusta takıldığı yer, komplikasyonlarla ilgili bilgiler ve hastaneden kalma süreleri kaydedildi.

SONUÇLAR

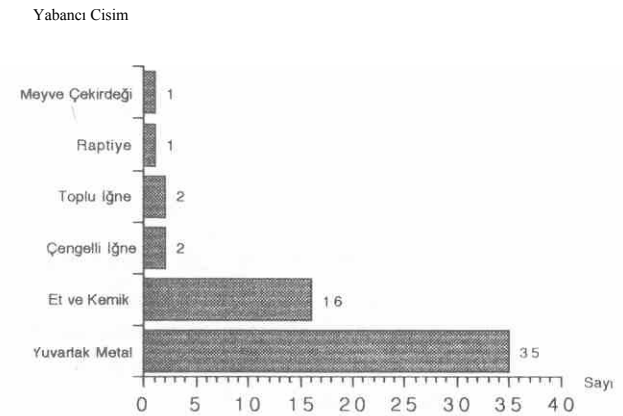
Son üç yıllık sürede özefagusta YC şüphesiyle kliniğimize başvuran ve değerlendirilen 38'i erkek toplam 59 hastanın yaşları 2 ay ile 70 yaş arasında değişiyordu (ortalama 15 yaş). Rijid özefagoskopi uygulanan hastaların 51 tanesinden (%86) YC çıkarıldı.

Öykülerin değerlendirilmesinde hastaların hiç birinde özefagusta darlığa neden olacak bir hastalıkla uyumlu yakınmanın olmadığı anlaşıldı. Tüm hastalarda YC yutma veya yuttuğunun görülmesi öyküsü vardı. Hastaların retrosternal ağrı tarif eden biri hariç tümü odinofaji veya disfaji yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenede 24 hastada (%41) YC ile uyumlu pozitif bulgu tespit edildi. Para yutma öyküsü olan 13 çocuğun ağızda tükrük birikimi vardı. Boğazında et ve/veya kemik takılması yakınması bulunan 11 hastanın 9'unda priform sinüslerde tükrük bir-

kimi, 7'sinde servikal bölgede palpasyonla ağrı vardı. Tükrük birikimi gözlenen hastaların üçünün endoskopik muayenesinde YC'e rastlanmadı. Bunlardan biri para yutma, ikisi meyve kabuğu takılması öyküsüne sahipti.

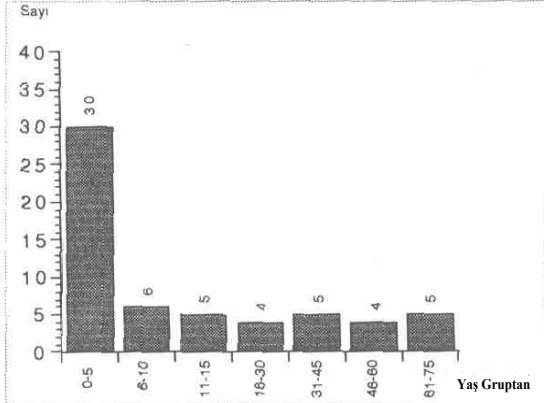
Radyolojik tetkik olarak her hastaya yumuşak doku dozunda iki yönlü servikal grafi ve mideyi de içine alacak şekilde göğüs radyografisi çekirildi. 59 hastanın 53'ünde (%90) yabancı cisimle uyumlu radyolojik bulgu tespit edildi : 4 hastada servikal özefagus lümenindeki hava patolojik olarak kabul edildi. Bu hastalardan endoskopi ile kemik veya kemikli et çıkarıldı. Diğer 49 hastada ise YC radyo-opak imaj verdi. Radyolojik tetkikte pozitif bulgu tespit edilmeyen 6 hastanın dördünde endoskopi ile YC (et) çıkarıldı, meyva kabuğu takılması öyküsüne sahip olan diğer iki hastada ise YC bulunamadı. Radyografide metalik YC görülüp endoskopide özefagusta YC bulunamayan 6 hastanın müdahale sonrasında yapılan radyolojik tetkiklerinde YC'lerin midede olduğu görüldü.

En sık karşılaşılan YC, para ve benzeri yuvarlak metalik cisimlerdi (%61), ikinci sıklıkta ete rastlandı (%28); diğer YC'ler ise 2 adet çengelli iğne, 2 adet toplu iğne, bir adet raptiye ve bir adet meyve çekirdeği idi (Şekil 1).



Şekil 1: Özefagus Yabancı cisimlerinin dağılımı. En küçük hastamız, kardeşi tarafından ağzına çengelli iğne bırakılan 2 aylık bir bebektir. Para ve benzeri metalik cisim çıkarılan hastaların en küçüğü 9 aylık, en büyüğü 12 yaşındaydı (ortalama 4.3 yaş). Bunların erkek/kız oranı 27/8 idi. Hastalarımızın %51'ini 0-5 yaş arası çocuklar oluşturdu. Et takılma hikayesine sahip

hastalarımız 4-70 yaş arasında olup, 40 yaşın üzerinde 10 kişi (%17), 20-40 yaş arasında 3 kişi (%5) ve 0-20 yaş arasında 3 kişi (%5) vardı. Hastalarımızın yaş dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2: Hasta yaş gruplarının dağılımı

Özefagoskopi esnasında 5 hastada özefagusta mukozal erezyon veya hemoraji tespit edildi. Özefagoskopi yapılan 59 hastanın iki tanesinde (%3)-perforasyon oluştu. Her iki vakada da servikal özefagusta takılmış kemik mevcuttu ve perforasyon servikal özefagusta meydana geldi. Müdahale sonrası her iki hastada servikal bölge subkutan amfizem ve yüksek ateş gelişti. Bu hastalara konservatif yaklaşıldı ve medikal tedavi ile düzeldiler.

Hastaların hastanede kalma süreleri 12 saat ve 9 gün arasında değişiyordu, ortalama bir gündü. Hiçbir hastada mortalite ve kalıcı morbidite oluşmadı.

YC yutma ile hastanın başvurusu arasında geçen zaman birkaç saat ile 4 gün arasında değişiyordu (ortalama 6 saat). Metalik cisim yutanlar veya YC yuttuğu görülen küçük çocuklar daha erken başvuruda bulundu. Tanı obstrüksiyon yapmayan kemik takılmasına sahip hastalar daha geç başvurdular.

TARTIŞMA

YC'ler fizyolojik ve patolojik dar olan bölgelerde takılmaya eğilimlidir. Özefagusun özellikle proksimal 1/3'ü YC takılmasının en sık görülen kısmıdır. Çünkü farenksin konstrüktör kasları kuvvetlidir ve yaygın bir kuvvet uygularlar, ayrı-

ca özefagusun üst kısmının musküler aktivitesi zayıf olduğundan YC'ler muhtemelen krikofaringeus kasının hemen altında yerleşir, Özefageal YC'lerin %95'i bu lokalizasyondadır, ikinci en sık yer diafragmayı geçtiği bölümdür (11). Kabakaya ve arkadaşlarının (9) serisinde lokalizasyon %74 olguda birinci darlık, %12'sinde ikinci darlık, %14'ü üçüncü darlık olarak verilmiştir. Güney ve arkadaşları (7) ise %88'i birinci darlık, %12'si ikinci darlık olarak rapor etmişlerdir. Bizim serimizde de YC çıkarılan 51 hastanın 1 tanesinde YC diafragma hizasında (dördüncü darlık), bir tanesinde arkus aorta hizasında (ikinci darlık) ve 49 tanesinde (%96) servikal özefagus başlangıcında (birinci darlık) idi.

Özefagusta takılan cisimler yiyeceklerle ilişkili olanlar ya da gerçek YC'ler olarak ikiye ayrılır. %50-90 vakada madeni para ve benzeri gerçek YC'ler takılır (13). Yiyeceklerle ilişkili olanlardan en yaygın et lokması, tavuk kemiği veya bazı bölgelerde balık kılıcıdır. Bunlar daha çok erişkinlerde görülür; gerçek YC yutma çocuklarda yaygın görülür (3, 5).

Takılan YC'lerin şekli, büyüklüğü, takılma yeri, toksik veya nontoksik oluşu yapılacak müdahalenin acil özelliğini gösterir. Solunum sıkıntısı oluşturan, perforasyon riski yüksek olan etli kemik ve keskin kenarlı büyük cisimlerle toksik madde içeren, saatlerde kullanılan cinsten yuvarlak pil ve buna benzer cisimler hemen müdahale gerektirir. Böyle cisimlerde gecikme perforasyon riskini artırır (3, 5, 15).

Spitz (16), Özefagusun 1/3 altında takılmış künt YC'lerin %72'sinin kendiliğinden geçtiğini bildirmektedir. Bundan dolayı bu durumlarda 12 saatlik bir gözlem periodu mazur görülebilir.

Özefagusdaki bir YC'in teşhisini koymak anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testlerine dayanır. Bazı yazarlar yutma hikayesini güvenilir teşhis kriteri olarak kullanırlar, diğerleri şiddetli odinofaji ile birlikte tükürük yutamamaya önem verirler ve öterlerin bazıları fizik muayene ve laboratuvar testlerinin teşhiste daha az güvenilir olduğunu ileri sürerler (6, 15). Bu görüşün tersine özefagusta YC takılması ön tanısıyla yaptığımız 59 hastanın radyografik incelemesinde 53 olguda (%90) patolojik bulgu saptandı.

Odinofaji ve disfaji yakınması bulunan 59 hastanın 51 tanesinde Özefagoskopi esnasında YC'e rastlandı. 6 tanesinin, müdahale sonrası grafilerinde YC'in midede olduğu tespit edildi, ki anesteziye bağlı kas gevşemesi sonucu YC'lerin kendiliğinden mideye düştüğü düşünüldü.

Özefageal YC'lerle ilgili olarak pozitif fizik muayene bulgusu 59 hastanın 24 tanesinde (%41) tespit edildi, fakat bu hastaların üçünde özefagoskopide YC'e rastlanmadı, yani fizik muayene %88'lik bir doğruluğa sahiptir. Ancak negatif bulguların çok oluşu nedeniyle tanıda fizik muayenenin yararı sınırlıdır (3, 6).

Radyografik değerlendirme özefageal YC şüphesi olan her hastaya yapılmalıdır. Yumuşak doku dozunda iki yönlü servikal grafi ve göğüs grafisi özefagus YC şüphesi olan her olguda endikedir. Grafilerde komplikasyonlar açısından mediastinumda ve cilt altında hava gölgesi varlığına dikkat etmek gerekir. Para ve benzeri YC'ler genelde özefagusta koronal düzlemde, trakeada sagittal düzlemde dururlar (3).

Belirgin semptom ve fizik muayene bulgusu olan özefagus YC şüphesine sahip hastalara baryumlu grafi çalışması gereksizdir. Fakat radyo-opak olmayan YC yutan ve hasta yakınmasının az olduğu vakalarda baryumlu özefagus grafisi çekilebilir. Bunlarda aspirasyon riskini azaltmak için az miktarda ve sulu baryum yutturulur. Bu işlem yapılmadan lokalize edilip özefagoskopi yapılırsa endoskopi uygulaması daha kolay olur.

YC takılması sonrasında saatler içinde başlayan kişilerde komplikasyon ve hospitalizasyon minimaldir. Bununla beraber YC takılmasından uzun süre sonra baş vuran kişilerde yüksek komplikasyon riskinden dolayı nazik davranmak gerekir (5). Özefagoskopi esnasında özefagusun perforate olabileceği daima akılda tutulmalıdır. Endoskopi sırasındaki hiperekstansiyon, kifoz, vertebral anormal çıkıntılar gibi nedenlerle özefagus duvarının 6. veya 7. servikal vertebraya doğru itilerek zorlanması bu bölgede özefagus yaralanmalarını kolaylaştırır, diğer nedenler endotrakeal tüp kafinin fazla şişirilmesi, endoskopistin tecrübesiz olması, divertikül, geniş ve keskin YC'lerdir (14).

Yapılan 59 endoskopiden 2 tanesinde (%3) perforasyon oluştu, her iki perforasyon da servikal özefagusta takılmış kemik parçasını çıkarma esnasında oldu. Et lokması ve kemik tespit edilen 16 hasta için perforasyonu oranlarsak rakam %13'e ulaşmaktadır, normal özefagoskopi esnasında %0.5-1 arasında olan perforasyon riski kemik ve keskin kenarlı YC takılmalarında yapılan özefagoskopide %35 gibi yüksek rakamlara ulaşabildiği rapor edilmiştir (3). Güney ve arkadaşları (8) 113 olguluk serilerinde perforasyon oranını 4/113 (%3,5), aynı seride keskin YC'ler için ise 4/13 (%30) olarak vermektedirler.

Bu özel durumlar dikkate alınmadan sadece oranlara bakarak, rijid endoskopinin yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olduğunu ileri süren ve kunt YC'lerde Foley kateterle çıkarma veya sonda ile YC'in mideye itilmesini öneren yazarlar mevcuttur (5, 6). Fakat bizim serimizde kunt YC'lerin hiç birinde komplikasyon meydana gelmemiş ve ortalama hospitalizasyon süresi 1 günü geçmemiştir. Kunt YC'lerin takılması genelde çocuklarda meydana geldiği için kateter tekniğinin tatbik edildiği çocuklar aspirasyon ve kanama komplikasyonu olmasa bile işlemi bar-bar bir yöntem olarak tanımlamışlardır (14).

Rijid özefagoskopinin özefagus YC'lerinin çıkarılmasında oldukça güvenilir ve etkin bir yöntem olduğu görüşündeyiz.

Yazışma Adresi: Dr. Onur ÇELİK
Fırat Üniversitesi
Araştırma Hastanesi KBB Kliniği
23100 ELAZIG

KAYNAKLAR

1. BLOOM RR, NAKANO PH, GRAY SW, et al. : Foreign bodies of the gastrolin testinal tract. Am Surg. 52 : 618. 1986.
2. BONADJO WA, JONA JZ, GLICKUCH M, et al. : Esophageal bougienage technique for coin ingestion in children. J Pediatr Surg, 23: 917-918, 1988.
3. BRADY PG : Esophageal foreign bodies. Gastroenterol Clin North Am. 20 : 691 - 701, 1991.
4. CAMPBELL JB, CONDON VR : Catheter removal of blunt esophageal foreign bodies in children. Pediatr Radiol, 19 : 361 -365, 1989.
5. CRYSDALE WS, SENDI KS, YOO J : Esophageal foreign bodies in children; 15 year review of 484 cases. ann Otol Rhinol Laryngol, 100 : 320 - 24, 1991.
6. GONZALEZ, JH, VIDAL JM, SARANDESES AG, et al. : Esophageal foreign bodies in adults. Otolaryngol Head Neck Surg, 105 : 649, 1991.
7. GÜNEY E, ŞEŞEN T, TANYERİ Y, ve ark. : Kulak burun boğaz ile ilgili yabancı cisimler. Türk Oto-Rino-Laringoloji Derneği, XVII. Milli Kongresi, Adana 1983 Kongre kitabı. Hilal matbaacılık, İstanbul. 1985. s : 449 - 455

8. GÜNEY E, TANYERİ Y, KOYUNCU M, ve ark. : Yabancı cisimlere bağlı özefagus perforasyonlarında konservatif tedavi. Türk Otolaringoloji Arřivi, 25 : 117- 122. 1987.
9. KABAKKAYA Y, GÖKÇE G, DOĞAN M : KBB de yabancı cisimler. Türk Otolaringoloji Arřivi, 31 ; 113 - 117, 1993.
10. KELLY JE, LEECH YH, CARR MG : A saec and cost effective protocol for the management of esophageal coins in children. J Pediatr Surg, 28 : 898 - 900. 1993.
11. LIM CT, QUAH RF, LOH LE ; A prospective study of ingested foreign bodies in Singapore. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 120 : 96 - 101, 1994.
12. MCGILL TJJ, OHLMS L : Foreign bodies in the upper aerodigestive tract. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause JC, Shuller DE (Eds) : Otolaryngology Head and Neck Surgery. Mosby Year Book Inc. St. Louis, Missouri. 1993. Vol 3, pp 2396 - 2400.
13. MÜDERRİS S, MİMAROĞLU C : Özefagus, larinks, trakea yabancı cisimleri. Türk Otolaringoloji Arřivi, 28 : 148 - 150, 1990.
14. MYER CM : Potential hazards of esophageal foreign body extraction. Pediatr Radiol, 21 : 97 - 98, 1991.
15. PHILIPS JJ, PATEL PO : Swallowed foreign bodies. J Laryngol Otol. 102 : 235-241. 1988.
16. SPITZ I ; Management of ingested foreign bodies in childhood. Br Med J, 4 : 469 - 72, 1971.