

İnce barsak fitobezoarları; ince barsak obstrüksiyonlarında nadir bir neden: Olgu sunumu

Small bowel phytobezoars; (a rare cause of small bowel obstructions): Case report

Cengiz ERENOĞLU¹, A. Haldun ULUUTKU¹, Ahmet Kemal GÜRBÜZ², Mehmet Levhi AKIN¹, Tuncay ÇELENK¹

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi¹, Gastroenteroloji Servisi², İstanbul

Fitobezoarlar sıklıkla midede görülmelerine karşın, ince barsakta da karşımıza çıkarak mekanik obstrüksiyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilirler. İnce barsak fitobezoarları genel olarak ince barsak obstrüksiyonlarının çok küçük bir kısmından sorumludurlar. Büyük çoğunlukla ülser nedeniyle mide ameliyatı geçirmiş hastalarda karşımıza çıkarlar. Burada uzun zaman önce mide ameliyatı geçirmiş bir hastada fitobezoarın neden olduğu ince barsak obstrüksiyonu irdelenmektedir.

Anahtar sözcükler: Mekanik ince barsak obstrüksiyonu, fitobezoar

Although phytobezoars are encountered inside the stomach, occasionally they can cause severe complications, such as intestinal obstructions, as they are located in the small bowel. Phytobezoars are responsible for bowel obstruction in a very small portion of obstructed patients. They are frequently associated with past history of stomach surgery due to peptic ulcer. Here we evaluate a patient who had a past history of gastric surgery with small bowel obstruction caused by a phytobezoar.

Key words: Mechanical small bowel obstruction, phytobezoar

İnce barsak obstrüksiyonları lümen dışı, lümen içi ve lümenine ait sebeplerle meydana gelebilir. İnce barsak obstrüksiyonlarının büyük bir kısmını lümen dışı nedenler oluşturmaktadır. Yaşlı hastalar gözönünde bulundurulduğunda ince barsak obstrüksiyonlarının büyük çoğunluğunu karın duvarı fitik boğulmaları ile postoperatif adezyonlar oluşturur. Bunların dışında ince barsak obstrüksiyonlarının küçük bir kısmını da yutulan yabancı cisimler, fitobezoarlar, barsak duvarından kaynaklanmış ince barsak tümörleri ve nadiren de ince barsağa düşmüş safra taşları (safra taşı ileusu) oluşturmaktadır (1). Fitobezoarlar iyi sindirilmemiş meyva ve sebze artıkları tarafından meydana gelen oluşumlardır. Burada 25 yıl önce ülser nedeniyle mide ameliyatı geçirmiş yaşlı bir hastada oluşan fitobezoarın neden olduğu ince barsak obstrüksiyon olgusu irdelenmektedir.

OLGU

TÖ 75 yaşında kadın hasta. Hastamız bir haftadır devam eden bulantı şikayetlerinin üzerine kusma da eklenmesi üzerine başvurduğu özel bir merkezde üst gastrointestinal sistem endoskopisi sırasında işlemleri tolere edememesi üzerine hastanemi-

ze müraccat etti. Yapılan ilk muayenesinde şuurlu ve kooperatif, vital bulguları normal sınırlarda ve sistemik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Batında yaklaşık 25 yıl önce geçirilmiş mide ameliyatına ait medivan kesi skarı mevcuttu. Batın serbest, solunuma katılmakta idi. Karında distansiyon saptanmadı. Batın sesleri hafif artmış olarak değerlendirildi. Muhtemel fitik bölgelerinin muayenesi ve rektal tuşe de patoloji saptanmadı. Hasta gaz-gaita çıkardığını ifade etmekte idi. Yapılan kan tetkikinde lökositoz ve hafif derecede üre-kreatinin artışı dışında anormallik saptanmadı. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Ayakta direkt batın grafisinde (ADBĞ) ince barsak anslarında yaygın olmayan hava-sıvı seviyeleri saptandı. Batın ultrasonografisi ve batın BT'de genişlemiş ince barsak ansları dışında başka bir intraabdominal patolojinin olmadığı görüldü. Hasta bu bulgularla oral alımı kesilerek total parenteral beslenmeye alındı ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopide hastanın gastroenterostomili olduğu tespit edildi ve efferent ansın genişlemiş olduğu ve bolca safralı sekresyonun mideye regürjite olduğu saptandı. Bu sekresyon aspire edildi. Afferent ansın mideye doğru safra akışı olmadığı gözlenince

hastaya Braun anastomozu (jejunojejunostomi anastomozu) yapılmış olduğu da anlaşıldı. Midede ve ulaşılabilen ince barsak anslarında başka bir patoloji saptanmadı. Bu bulgularla hasta eferent loop sendromu olarak değerlendirildi ve işleme son verildi. İnce barsak pasajını tıkayıcı lezyonun kolon kaynaklı olabileceği olasılığına karşılık yapılan kolonoskopide de bir adet dimunitif polip dışında bir patoloji saptanmadı. Hastaya bu bulgularla ince barsak obstrüksiyonu tanısı konulmuştur. Buna en fazla neden postoperatif yapışıklıklar olması ve bunların da önemli bir kısmının konservatif tedaviye yanıt vermesi nedeniyle hasta nazogastik sonda (NGS) ile mide drenajı ve oral gıda alımı kesilerek takip edildi. Takibin dördüncü gününde ADBG'de ince barsak hava-sıvı seviyelerinin devam etmesi ve gaz-gaita çıkaramama nedeniyle eksploratris laparotomiye karar verildi. Eksplorasyonda hastanın antrektomi + Billroth II gastrojejunostomi + Braun ameliyatlı olduğu görüldü. Gastrojejunostomi anastomozunun yaklaşık 50 cm distalinde ince barsak lümenini tamamen tıkayan ve tıkanıklığın proksimalindeki ince barsak ansını normalin 3 katı kadar genişletmiş, yaklaşık 5x9cm ebatlarında sert, lümenine fikse tümoral kitle saptandı. İntraoperatif olarak kitlenin barsak duvarından kaynaklanmış tümoral bir lezyon olduğu düşünüldü ve kitlenin 5 cm proksimal ve 5 cm distalindeki sağlam barsak ansı da dahil olacak şekilde parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve uçuca anastomoz yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası patolojik inceleme amacıyla ince barsak açıldığında lezyonun tümoral bir kitleye ait olmayıp lümeni tamamen tıkayan bir fitobezoara ait olduğu görüldü (Resim 1). Postoperatif dönem sorunsuz seyreden hasta 4. günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1: İnce barsaktan çıkartılan fitobezoar görülmüyor.

TARTIŞMA

Fitobezoarlar iyi sindirilmemiş meyva ve sebze artıkları tarafından meydana gelir. Gıdaların yetersiz çiğnenmeleri, motilite azlığı ve mide asidinin azalması başlıca fizyopatolojik faktörlerdir (1). İntakt GİS'de gelişmiş fitobezoarlar da rapor edilmişse de, olguların %75'i bizim olgumuzda olduğu gibi peptik ülser nedeniyle yapılmış Billroth II operasyonu ile birliktelik gösterir (2, 3). İlk ameliyat ile fitobezoar oluşumu arasında geçen süre genellikle 10 yılın üzerindedir. Sıklıkla midede görülmelerine karşılık, ince barsakta görülmeleleri ve obstrüksiyona neden olmaları oldukça nadirdir. İnce barsakta en sık ileoçekal valve yakın bölümde görülmekle birlikte ince barsağın diğer kısımlarında da karşımıza çıkabilirler (1). Fitobezoarlar ince barsak obstrüksiyonlarının % 1'inden daha az bir bölümünden sorumludurlar (4).

Fitobezoarlar çoğunlukla midede endoskopi sırasında tespit edilirler. Bu safhada genellikle büyük hacimlere ulaşana kadar belirti vermeyebilir. Büyük hacimlere ulaştıklarında üst karın bölgesinde gerginlik ve hazımsızlık gibi şikayetlere neden olur. Midede oluşan fitobezoarlar bazı olgularda ince barsağa geçerek ince barsak fitobezoarlarını oluşturur. Bu durumda klinik tablo genellikle başlangıçta parsiyel bir ince barsak tıkanıklığına ait bulgular verirken, lümeni tamamen tıkayacak boyuta ulaştıklarında ise tam ince barsak obstrüksiyonu tablosu ile karşımıza çıkabilirler. Bizim olgumuzda da fitobezoar komplet ince barsak tıkanıklığına neden olmuştu. Literatürde barsak duvarının beslenmesini bozarak barsak perforasyonu tablosu ile ameliyat edilen olgular da yayınlanmıştır (5). Bizim olgumuzda da barsak duvarı iskemik bir görünümde idi.

Fitobezoarların preoperatif dönemde akla gelmeleri halinde bazı olgularda bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi ile tanı konmaları mümkündür (6). Ripolles ve arkadaşları serilerinde 17 mide ve ince barsak bezoarı nedeniyle opere edilen olguları irdemişler ve bu hastaların hepsinde bilgisayarlı tomografi ile bezoarların tanısını koyabildiklerini bildirmişlerdir (2). Bizim olgumuzda bilgisayarlı tomografi ile fitobezoarın tanısını koymamız mümkün olamadı. Preoperatif dönemde tanı konabilmesi diğer etyolojik nedenlerin gereksiz araştırılmasını engelleyeceği gibi, tedavide gecikmelerin ve morbidite artışının önüne geçebilir. Ayrıca literatürde seçilmiş ve tam obstrüksiyon yapmamış olgularda bazı medikal tedavi yön-

temleri ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (7,8). Ameliyat öncesi tanı konulan uygun olgularda medikal tedavi yöntemleri de denenebilir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen veya intestinal obstruksiyon ve intestinal perforasyon gibi akut batın sendromuna neden olmuş olgularda tedavi cerrahidir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında (a) enterotomi yapılarak fitobezoarın çıkarılması, (b) barsak duvarının beslenmesinin bozulduğu olgularda kısmi barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz ile (c) sertleşmemiş fitobezoar varlığında barsağı açmadan ileoçekal valve kadar fitobezoarın

sağılması ve fragmentasyonu sayılabilir (1). Bizim olgumuzda barsak duvar beslenmesi ileri derecede bozulmuş olduğu için fitobezoarın tıkanmış olduğu ince barsak ansı kısmi olarak çıkarılıp uç uca anastomoz uygulandı.

Sonuç olarak fitobezoarlar ince barsak tıkanıklarının nadir sebeplerindendir. Fitobezorların yaklaşık % 75 olguda mide ameliyatı geçirmiş hastalarda izlenmesi nedeniyle, ince barsak tıkanıklığı ile müracaat eden mide operasyonu geçirmiş vakalarda etyolojik faktör olarak akılda bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio, et al. Intestinal obstruction and bezoars. *J Am Coll Surg* 1994;179:285 –288.
2. Ripollés T, García-Aguayo J, Martínez MJ and et al. Gastrointestinal bezoars; Sonographic and CT characteristics. *AJR* 2001; 177:65-69.
3. Swift RI, Wood CB, Hershman MJ. Small bowel obstruction due to phytobezoars in the intact gastrointestinal tract. *J R Coll Surg Edinb* 1989;34(5):267-9.
4. Cooper JM, Thirlby RC. Small Bowel Obstruction. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2002;5(1):3-8.
5. Cicek Y, Ayan F, Carkman S, et al. Intestinal perforation due to phytobezoar obstruction. *Acta Chir Belg* 1993;93(3):92-3.
6. Billaud Y, Pilleul F, Valette PJ. Mechanical small bowel obstruction due to bezoars: correlation between CT and surgical findings. *J Radiol* 2002;83(5):641-6.
7. Walker-Renard P. Update on the medicinal management of phytobezoars. *Am J Gastroenterol* 1993;88(10):1663-6.
8. Ladas SD, Triantafyllou K, Tzathas C, et al. Gastric phytobezoars may be treated by nasogastric Coca-Cola lavage. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14(7):801-3.