

## OLGU SUNUMU

# Dev gastrik bezoar olgu yönetimi

Serhat BİNİCİ<sup>1</sup>  , Emre TEKE<sup>1</sup>  , Enes Ali KURT<sup>2</sup>  

<sup>1</sup> Şırnak Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şırnak, Türkiye

<sup>2</sup> Şırnak Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Şırnak, Türkiye,

### ÖZET

Gastrik bezoar, sindirilmeyen kitlelerin birikmesidir. Hastalar genellikle karın ağrısı, şişkinlik, mide bulantısı ve kusmayı içeren mide çıkışının engellenme belirtileri ile başvururlar. 61 yaşında erkek hasta, midede dolgunluk, erken doyma, hazımsızlık şikayetleri ile başvurdu. Hastanın yapılan endoskopisinde 10x3 cm boyutlarında, korpusu dolduran, bezoar ile uyumlu lezyon tespit edildi. Bezoar, göbek üstü median insizyonla anterior duvar gastrostomisi yoluyla laparatomik olarak çıkarıldı.

**Anahtar kelimeler:** Gastrik bezoar, laparotomi, endoskopi

### ABSTRACT

#### Giant gastric bezoar case management

Gastric bezoar is the accumulation of undigested masses. Patients typically present with symptoms of gastric outlet obstruction, including abdominal pain, bloating, nausea, and vomiting. A 61-year-old male patient presented with complaints of stomach fullness, early satiety, and indigestion. An endoscopy revealed a lesion compatible with a bezoar, measuring 10x3 cm, filling the corpus of the stomach. The bezoar was laparotomically removed through an upper median incision with an anterior wall gastrostomy.

**Keywords:** Gastric bezoar, laparotomy, endoscopy

## GİRİŞ

Gastrik bezoarlar, emilemeyen gıda veya liflerin birikmesi nedeniyle midede boyutları artan yabancı cisimlerdir. Vakaların %90'ından fazlası çocuklarda ve genç kadınlarda görülür [1]. Bezoarlar, yapıldıkları maddelere göre 4 ana tipe ayrılır: Fitobezoarlar, Triko bezoarlar, ilaçlı bezoarlar ve laktobezoarlar. En yaygın olanı, sindirilemeyen meyveler, bitkisel lifler, kabuk veya tohumlardan oluşan fitobezoarlardır [1,2]. Bilgisayarlı Tomografi (BT) tanıda yüksek bir doğruluk oranına sahiptir ve bezoarı herhangi bir neoplazmadan ayırabilir [3,4]. Endoskopi hem diagnostik hem terapötik potansiyele sahiptir [5]. Geleneksel olarak bezoarlar laparotomi ile çıkarılırken, artık laparoskopik ve endoskopik olarak da çıkarılan vakalar mevcuttur [4,6].

**Atf için:** Binici S, Teke E, Kurt EA. Dev gastrik bezoar olgu yönetimi. Troia Med J 2024;5(2):87-91. DOI: 10.55665/troiaimedj.1427012  
**Sorumlu yazar:** Serhat BİNİCİ  
**Adres:** Bahçelievler, Esin Caddesi No:26, 73000 Yoğurtçular/Şırnak Merkez/Şırnak  
**E-posta:** drserhatbinici@gmail.com  
**Telefon:** +905320151605  
**Geliş tarihi:** 28.01.2024, **Kabul tarihi:** 19.05.2024



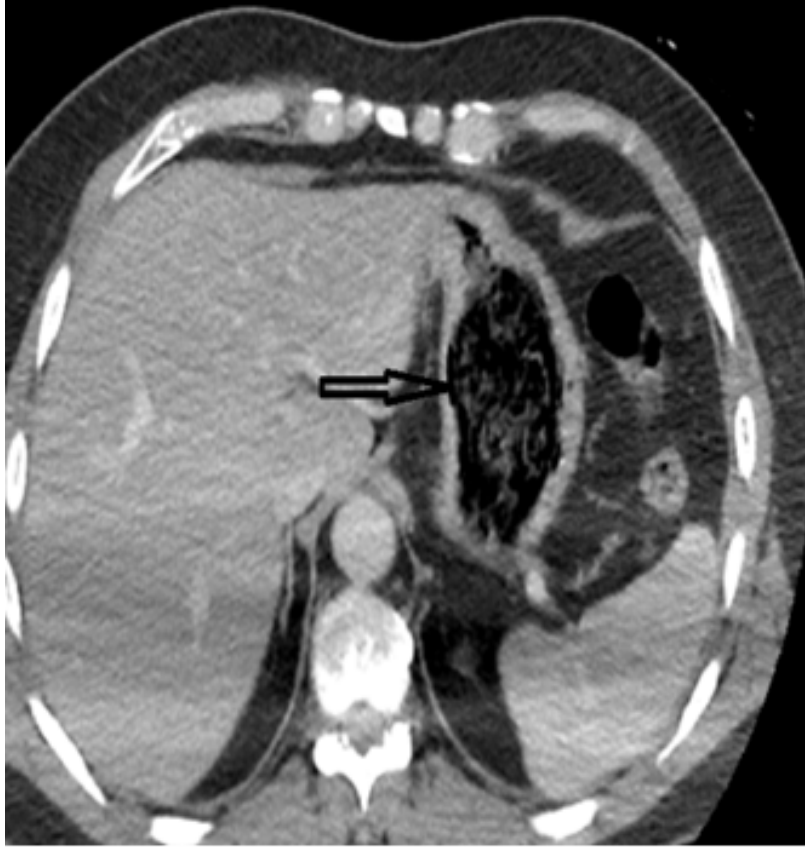
Bu eser Creative Commons Atıf-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
© Author(s)-available online at der-gipark.org.tr/en/pub/troiaimedj/writing-rules

### OLGU SUNUMU

61 yaşında erkek hasta 1 yıldır süren midede dolgunluk, erken doyma, hazımsızlık şikayetleri ile başvurdu. Hasta 20 yıl önce sebebini bilmediği mide cerrahisi geçirdiğini ifade etmekte idi. Kilo kaybı olduğunu ifade eden hastanın laboratuvar değerlerinde özellik saptanmadı. Kontrastlı BT'de (Resim 1) belirgin patoloji izlenmeyen hastaya endoskopi yapıldı. Endoskopide mide ortasından distale uzanan 10x3 cm boyutlarında bezoar izlendi (Resim 2). Kitle endoskopik olarak parçalanmaya çalışıldı. İlk denemede parçalanmayan bezoar asitli diyetle 1 ay süresince takip edildi. Kontrol endoskopide kitle boyutunda küçülme olamaması ve tekrarlanan mekanik parçalama girişimi-

mine yanıt vermemesi üzerine cerrahi planlandı. Laparoskopik eksplorasyon yapılan hastanın, daha önce geçirdiği batin cerrahisine bağlı yoğun adezyonlardan dolayı açık cerrahiye geçildi. Bezoar, göbek üstü median insizyonla anterior duvar gastrotomisi yoluyla laparatomik olarak çıkarıldı (Resim 3). Çıkarılan bezoarın patoloji raporu konjesyone fibroadipoz doku örneği ve organize yabancı cisim kompleksi olarak raporlandı.

Hastanın klinik bilgilerinin alınması ve yayınlanması için hastadan bilgilendirilmiş onam formu imzalı olarak alınmıştır.



**Resim 1:** Bilgisayarlı Tomografi (BT) kesitsel görüntüsü



**Resim 2:** Endoskopik görüntü



**Resim 3:** Ameliyat ile çıkarılan bezoarın görüntüsü

## TARTIŞMA

Fitobezoarlar klasik olarak daha önce mide ameliyatı öyküsü olan, mide asitliği düşük, mide karışımı zayıf veya hareketliliği gecikmiş erişkinlerde bulunur [3]. Bezoarlar genellikle (%90) pika sendromunda, psikiyatrik bozukluklar veya zekâ geriliği olan çocuklarda ve genç kadınlarda izlenir [4,5].

Gastrik bezoar oluşumu, mide fizyolojisi değişmiş, mide boşalması bozulmuş, asit üretimi azalmış veya bunların hepsi birden olan hastalarda ortaya çıkar. Bu hastalarda genellikle kısmi gastrektomi, vagotomi veya piloroplasti gibi mide cerrahi öyküsü mevcuttur. Ayrıca gastroparezi veya mide çıkışı obstrüksiyonu gibi sebeplerden de kaynaklanabilir. Katkıda bulunan faktörler arasında gastrointestinal sistem dismotilitesi, dehidratasyon, malnütrisyon ve diabetes mellitus yer alabilir. Antrektomi sonrası insidans %10 ile %25 arasında değişebilmektedir [5]. Yetersiz çiğneme ve büyük miktarlarda sindirilemez katıların yutulması da bezoar oluşumunu hızlandırabilir. Gastrik bezoar hastalarında yaygın klinik belirtiler arasında mide bulantısı, kusma, epigastrik ağrı, dispepsi ve kilo kaybı yer alır. Yaygın komplikasyonlar arasında kanamalı ülserler, tıkanıklık ve perforasyon bulunur [2,4,5].

Ultrasonun tanısal değeri kısıtlıdır; bununla birlikte, genişlemiş lümenli net bir posterior akustik gölge oluşturan yay benzeri bir yüzey ekosu tanıya katkıda bulunabilir [5]. BT yüksek bir doğruluk oranına sahiptir [5,6]. BT taramasında, mide bölgesinde görülen, içinde hava cepleri bulunan farklı yoğunluklarda eşmerkezli sarmallardan oluşan, iyi sınırlı, oval intraluminal lezyon olarak görünür. Lezyonun distalinde bağırsak ansı kollabe görünür [5]. Oral kontrast lezyonun daha periferik boşluklarını doldurur ve ince bir kontrast bandı bezoarı çevreler. Önemli postintravenöz kontrast artışının olmaması, neoplastik lezyonu dışlar [6]. Bizim olgumuzda BT'de mide içerisinde gıda ile uyumlu olabilecek, kontrast bandı oluşturmayan içerik izlendi. Bu yönüyle BT'nin bezoar için klasik tanısal değerini biz olgumuzda tam olarak izleyemedik.

Endoskopi tanıyı doğrular ve genellikle rahatsız edici bezoar bu yolla çıkarılabilir. Trichobezoar, proteinlerin denatürasyonu nedeniyle görülen siyah bir renge sahiptir ve sindirilmemiş yağın bakteriyel kolonizasyon ile saç örgüsünde hapsolmesi nedeniyle pis koku verir [5]. Biz de olgumuzda kesin tanıyı endoskopik olarak ortaya koyduk.

Şu anda kabul edilen bezoar tedavisi, gözlem, çözünme, parçalanma, laparotomi ve/veya laparaskopi ve gastrostomi içerir [4,6]. Bu diğer yöntemlerin ötesinde, gastroskopik parçalanma, nazogastrik lavaj veya aspirasyon, selüloz ve papain ile enzimatik tedavi

denenmiştir [7,8]. Endoskopinin terapötik bir potansiyele sahip olduğu da bilinmektedir [6]. Literatürde bildirilen birkaç özofagus perforasyonu vakası ile endoskopi zor ve riskli olabilir [5]. Cola (NaHCO<sub>3</sub>) ile endoskopik irrigasyon, trikobezoarların uzaklaştırılmasında mukolitik bir etkiye sahip olabilir [4]. Ekst-rakorporéal litotripsi, endoskopik litotripsi ve lazer parçalanma gibi diğer minimal invaziv yöntemler de kullanılmaktadır [2,6,8]. Terapötik laparaskopi hızla gelişmektedir ve gastrik bezoarların tedavisinde zor olsa da uygulanabilir olduğu gösterilmiştir [2,3,9]. Biz de bu olguda öncelikle diyet ile daha sonra endoskopik parçalanma ve litotripsi yöntemlerini tedavi amacıyla denedik. Fakat bu yöntemler ile başarı elde edemedik.

Teorik olarak bezoarların cerrahi tedavisi %80 laparoskopik olarak yapılabilir [1]. Laparaskopi, açık prosedüre kıyasla minimal insizyon, daha az ağrı, daha az hastanede kalış süresi, mükemmel kozmetik sonuç ve daha az komplikasyon ile tercih edilmektedir [6,10]. Laparoskopinin dezavantajları, daha uzun çalışma süresi, daha yüksek maliyetler ve geri alma ile ilgili sorunlar olabilir [1,8]. Geri alma her zaman bir endo-torba içinde ve parça parça veya bezoarın boyutuna ve ağırlığına bağlı olarak tamamen çıkarma şeklinde olmalıdır. Dökülmeyi ve enfeksiyonu önlemek için geçirimsiz endobag kesinlikle gereklidir [2,11]. Midenin dev bezoarları çapı >4 cm olanlar olarak tanımlanır. Gastrik bezoarlar için güncel klinik yönetim; ilaç tedavisi, endoskopik parçalanma ve cerrahi tedavi şeklindedir [12,13]. Yemek borusuna zarar vermemek için mide bezoarı en fazla 2 cm'lik parçalara bölünmelidir [14]. Biz olgumuzda cerrahi yöntem olarak ilk önce laparoskopik eksplorasyon denedik. Ancak önceki cerrahiye sekonder yoğun adezyonlar nedeniyle laparoskopik ilerleme kaydedilmedi. Bundan dolayı laparotomiye geçilerek anterior gastrotomiyle cerrahi tamamlandı.

Mide bezoarlarının tedavisi, basit diyet uygulamalarından kompleks cerrahi prosedürlere kadar değişen şekillerde olabilmektedir. Hasta yönetiminin gastroenteroloji ile birlikte yürütülmesi, komplikasyon oranlarını düşüreceği ve tedavi başarı şansını arttıracığı kanaatindeyiz. Bu olgu sunumumuzun gastrik bezorların teşhis ve özellikle tedavi basamaklarının (diyet, endoskopik parçalanma, litotripsi, laparoskopik ve laparatomik gastrostomi) özeti şeklinde olması, literatürde gastrik bezoarlara yaklaşımın güncellenmesi bakımından katkı sunacağı kanaatindeyiz.

**Çıkar çatışması:** Yok

**Finansal destek:** Yok

## KAYNAKLAR

1. Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, et al. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar. Journal of pediatric surgery 1998;33(4), 663-665.

2. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV. Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted removal: a bizarre case. Singapore Med J, 2007;48(2), e37-9.

3. Rabie ME, Arishi AR, Khan ,et al. Rapunzel syndrome: the unsuspected culprit. *World journal of gastroenterology*; 2008; 14(7), 1141.
4. Lin CS, Tung CF, Peng Y, et al. Successful treatment with a combination of endoscopic injection and irrigation with coca cola for gastric bezoar-induced gastric outlet obstruction. *Journal of the Chinese Medical Association*,2008; 71(1), 49-52.
5. O'sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Redmond HP Trichobezoar. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2001;94(2), 68-70.
6. Song KY, Choi BJ, Kim SN, Park CH. Laparoscopic removal of gastric bezoar. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2007;17(1), 42-44.
7. Yao CC, Wong HH, Chen, et al. Laparoscopic removal of large gastric phytobezoars. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2000;10(4), 243-245.
8. Shami SB, Jararaa AA, Hamade A, Ammori BJ. Laparoscopic removal of a huge gastric trichobezoar in a patient with trichotillomania. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*,2007; 17(3), 197-200.
9. Yau KK, Siu WT, Law BKB, et al. Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. *Archives of Surgery*, 2005;140(10), 972-975.
10. Meyer-Rochow GY, Grunewald B. Laparoscopic removal of a gastric trichobezoar in a pregnant woman. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*,2007;17(2), 129-132.
11. Dai Q, Jiang FA huge gastric bezoar treated by traditional Chinese medicine purgative: a case report. *Medicine*, 2018;97(50).
12. Qin X, Chen J, Liang M. Overview of TCM treatment of gastric bezaors. *Asia-Pac Trad Med*, 2017;13, 61-4.
13. Grande G, Manno M, Zulli C, et al. An alternative endoscopic treatment for massive gastric bezoars: Ho:YAG laser fragmentation. *Endoscopy*. 2016;48 Suppl 1:E217. doi: 10.1055/s-0042-109057. Epub 2016 Jun 16. PMID: 27310895.
14. Khan S, Khan IA, Ullah K, et al. Etiological aspects of intragastric bezoars and its associations to the gastric function implications: A case report and a literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jul;97(27):e11320. doi: 10.1097/MD.00000000000011320