

ÖZOFAGUS YABANCI CİSİMLERİ (52 vak'anın incelenmesi)

Dr. Şinasi YAVUZER (*)
Dr. Recep ASLAN (**)
Dr. Hadi AKAY (**)
Dr. Tümer ULUS (**)
Dr. Azmi ÖZEK (***)

Dr. Vedat İÇÖZ (****)
Dr. Ali ERSÖZ (*****)
Dr. Erol IŞIN (*****)
Dr. Galip URAK (****)

GİRİŞ :

Özofagus yabancı cisimleri daha çok çocuk ve yaşlılarda rastlanan acil problemlerden biridir. En çok rastlanan yabancı cisimler et, balık kılçığı, kemik parçaları, diş protezleri, büyük meyva çekirdekleri, toplu iğne, çengelli iğne, şişe kapağı, madeni para, yüzük, düğme, v.s. olmakla birlikte, iddia, intihar kastı ile akla gelmeyecek kadar çeşitli yabancı cisimlerde yutulabilmektedir (3, 13, 16). Yaşlılarda, dikkatsiz yemek yeme, özellikle protezlilerde yetersiz çiğneme ve plâstik damak nedeni ile yabancı cismin farkedilmemesi gibi durumlar olaya yol açar. Genç erişkinlerde çok büyük lokma ve gösteriş için yutulan değişik yabancı cisimler özofagusta takılabilir. Bebek ve çocuklar ise başlıca düğme, para, oyuncak, iğne, ufak metal gibi çevrelerinde buldukları çok çeşitli şeyleri yutarlar.

Özofagus yabancı cisimlerinde olay bir kaç açıdan önemlidir. Vak'alarımızın çoğunluğunu bebek ve çocuklar teşkil etti-

(*) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü Doçenti

(**) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü Uz. As. ları

(***) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü Asistanı

(****) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü Prof. leri

(*****) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kürsüsü Doç. leri

ğine göre, çok defa anemnez veremiyen bebek ve çocukların karşısında hekim, sorularını aileye yöneltir. Bu dialogda hekim ebeveynin şüphesi, endişesi, bazan küntlüğü, bazan da objektif yargısı ile karşı karşıyadır. Gerek trakeo-bronşial, gerekse özofagesl yabancı cisim şüphesi olan vak'alarda, çok defa ailenin çocuğun hayatı konusundaki endişeleri ile suçluluk duygusu arasında bocaladıklarını ve hekimi yanıltabilecek ifadelerle yöneldiklerini gözlemek mümkündür. Bu durumda anamnezin doğru olup olmadığı ilk sorun olarak ortaya çıkar.

Diğer taraftan özofagusa takılan yabancı cisim özelliğine, özofagustaki durumuna göre değişik bulgular verir ve çeşitli olaylara yol açar. Yabancı cismin su çekerek şişmesine, trakeo-bronşial sisteme baskı yapmasına, sivri ve keskin uçlu olanların özofagusu zedelemesine, yırtmasına ve perforasyonuna sıklıkla rastlanır. Yabancı cismin bizzat kendisinin oluşturduğu bu olaylar yanında, çıkarılmaları sırasında da tehlikeli komplikasyonlar oluşabilir (5, 13).

Kısaca, özofagus yabancı cisimleri daha çok, yaşam çizgisinin her iki ucunda karşımıza çıkar, teşhis ve bilinçli bir tedavi uygulanmadığı zaman pekçok komplikasyonlara yol açar ve hatta ölüm nedeni olabilirler.

Özofagus yabancı cisim vak'alarının belirtilen özellikleri ve sıklıkla rastlanışları nedeniyle, kliniğimizde 1969 - 1976 yılları arasında teşhis ve tedavi edilen 52 vak'a bahse değer bulunmuştur.

MATERYAL ve METOD :

Göğüs ve Kalb Cerrahisi Kliniğine 1969 - 1976 yılları arasında özofagus yabancı cismi nedeniyle 52 hasta müracaat etmiştir. Bunlardan en genç hasta 1 yaşında, en yaşlı hasta 75 yaşındadır. Vak'aların büyük çoğunluğunu bebek ve çocuklar teşkil etmektedir. Tablo - 1 de görüldüğü gibi hastalarımızın

% 77 si 1 - 7 yaş arasındadır. Bu okul öncesi yaş grubundan sonra özofagus yabancı cisimlerine rastlanma oranı hızla azalmakta ve 60 yaşına kadar münferit vak'alar olarak görülmektedir. Vak'aların diğer çoğunluk grubunu % 11,5 oranla 60 yaşın üzerindeki yaşlılar teşkil etmektedir. (Tablo I)

TABLO — I : Vakaların Yaş ve Cinsiyet Durumu

Yaş Grubu	Vaka Sayısı	Erkek	Kadın
0 - 10	40 (% 77)	27	13
11 - 20	3	3	
21 - 30	1		1
31 - 40	1		1
41 - 50	1		1
60 - 75	6 (% 11.5)	4	2
TOPLAM	52	34	18

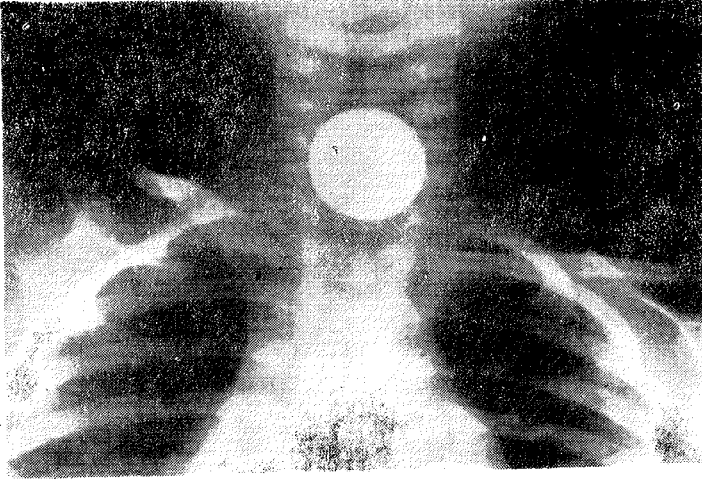
Hastalarımızda saptadığımız yabancı cisimler ve bunların yaş grubu ile ilişkisi Tablo - II de görülmektedir. Hastaların % 67,3 ünde yabancı cisim para idi ve bunların tümü de 1 - 7 yaş grubunda saptandı. Metal yabancı cisimlerin hemen hepsi yine aynı yaş grubunda bulundu. Buna karşılık erişkin ve yaşlı grupta bulunan yabancı cisimler kemik, et, meyve çekirdeği gibi besinlerle ilgilidir (Tablo - II).

TABLO — II : Yabancı cisimler ve yaş ile ilişkisi

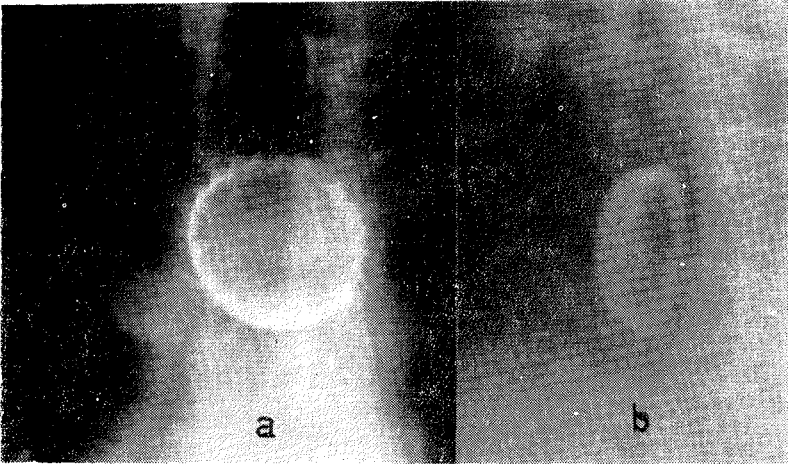
YABANCI CİSİM	Vaka Sayısı	Rastlanan Yaş
PARA	35 (% 67.3)	
RAPPTİYE	1	
KASIK SAPI	1	1 - 7 YAŞ
METAL RADYO DÜĞMESİ	1	ARASI
BALIK KILÇIĞI	1	
TOPLU İĞNE	3	3, 11, 15
BİRA KAPAĞI	1	17
KEMİK	4	
ET	4	25 - 75 YAŞ
MEYVA ÇEKİRDEĞİ	1	ARASI

Vak'alarda ağrı, yutma güçlüğü, öksürük, nefes darlığı, stridor, öğürme, substernal dolgunluk, takılma hissi ilk semptomlar olarak belirlendi. Hastaların % 85 i olayın olduğu gün hastaneye müracaat etmişlerdi, geri kalan vak'aların hastaneye müracaatları 2 ilâ 10 gün arasında değişiyordu.

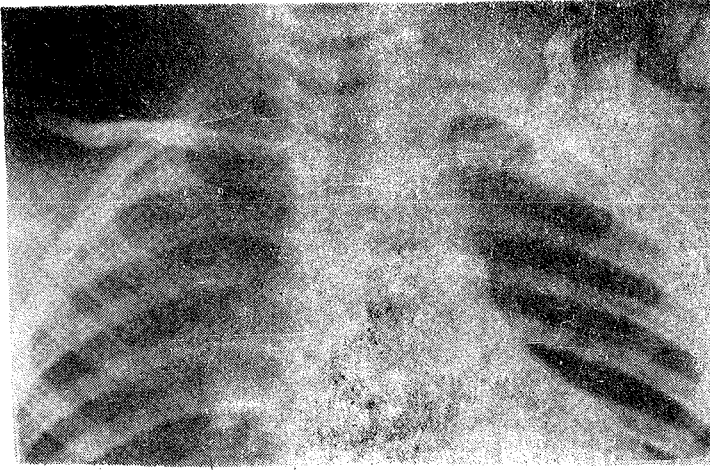
Hastaların hepsinde, kliniğe müracaatlarında toraks radyografileri alındı. Bu yolla radioopak cisimlerin büyüklük, lokalizasyon ve pozisyonları saptandı (Resim - 1, 2, 3, 4).



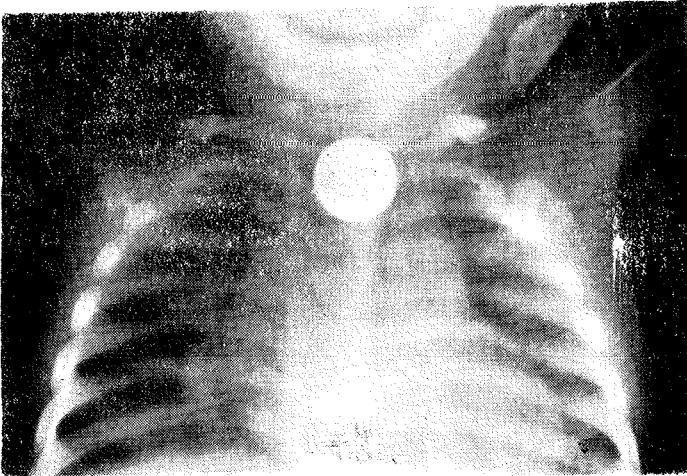
Resim - 1 : 2 yaşındaki hastanın (C. T.) toraks radyografisinde özofagusun servikal bölgesinde takılan «para» görülmektedir.



Resim - 2 : 17 yaşındaki hastanın (H. Ö. Prot No: 7022) Servikal özofagusta takılan bira kapağı a) P. A. pozisyonda, b) lateral pozisyondaki radyografileri görülmektedir.

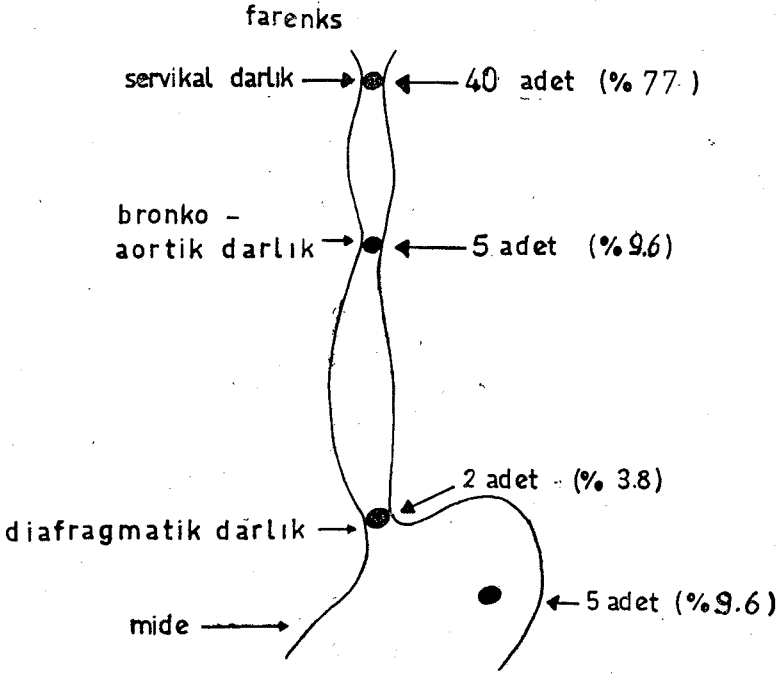


Resim - : 3 yaşındaki hastanın (L. Ş. Prot No 9423) toraks radyografisinde özofagustaki «kaşık sapı» görülüyor.



Resim - 4 : 1 yaşındaki hastanın (B. Y. Prot. No. 8559) toraks radyografisinde özofagusta kalan «metal radyo düğmesi» görülmektedir.

Vak'alarımızdaki yabancı cisimlerin lokalize olduğu anatomik darlıklar Şekil - 1 de görülmektedir. Özofagusun birinci darlığında takılma oranı 40 vak'ayla (% 77) ön sırayı işgal etmektedir (Şekil - 1). Birinci darlıkta saptanan cisimlerin büyük çoğunluğunu para teşkil etmektedir.



ŞEKİL-1. Yabancı cisimlerin lokalizasyonlarına göre dağılımı

Klinik Seyir ve Tedavi : Kliniğimize müracaat eden 52 vak'-adan 5 inde yapılan radyolojik incelemelerde yabancı cismin mideye indiği tesbit edildi. Bunlarda saptanan yabancı cisimlerin hepsi para idi ve endoskopik çıkarılma endikasyonu konulmadı, klinik takibe alındılar. Bu 5 vak'ada yabancı cismin

normal seyrini takip ederek gaitayla dışarı atıldığı saptandı. Bu cisimlerin intestinal kanaldan geçişlerinde bir komplikasyona rastlanmadı.

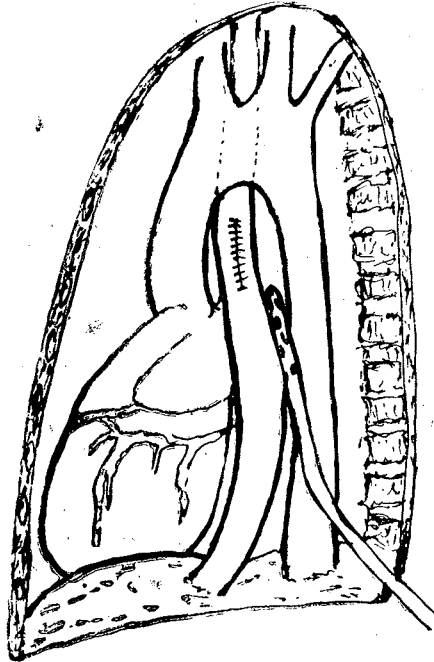
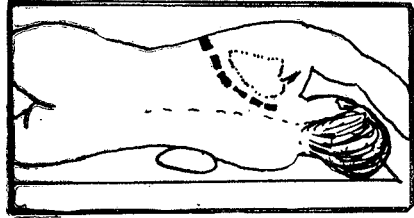
Total 52 vak'ının 45 inde yabancı cisim özofagoskopi ile çıkarıldı. Çocuklarda endoskopi genel anestezi altında, erişkinlerde ise % 2 lik pantocaine ile topikal anestezi yardımı ile uygulandı. Endoskopik çıkarılma uygulanan vak'aların hiçbirinde erken ve geç herhangi bir komplikasyona rastlanmadı (Tablo - III).

TABLO : III Vakaların Klinik Seyir ve Tedavisi

	Vaka Sayısı	Komplikasyon	Sonuç
Endoskopik Çıkarma	45	—	Şifa
Torakotomi Özofagotomi	1	—	Şifa
Torakotomi Özofagus Tamiri	1	—	Şifa
Gaita ile Atılma	5	—	—

Geri kalan iki vak'aya ameliyat uygulandı. Bunlardan birisi 3 yaşında bir çocuğu ve kaşık sapı yutmuştu. Kliniğimize olaydan 10 gün sonra müracaat ediyordu. Daha önce başka bir klinikte yabancı cisim özofagoskopi ile çıkarılmak istenmiş, fakat çıkarılamamıştı. Kliniğimizde yapılan endoskopide yabancı cisim görülemedi, sadece endoskop ile takılma ve dokunma hissi alındı. Geç vak'a olması, yabancı cismin özofagus duvarına girmiş olması nedeni ile hastaya sağ torakotomi yapılarak yabancı cisim çıkarıldı ve özofagus primer olarak kapatıldı.

Ameliyat uygulanan ikinci vak'a 74 yaşında kaysı çekirdeği yutmuş bir hasta idi. Yabancı cisim özofagusta perforasyon yaparak mediastinal plevra arasına kaymıştı. Toraks radyografilerinde akciğerlere ait pnömotoraks ve mediastende hava mevcut değildi. Klinik olarak da boyun ve jugulum da krepi-tasyon tesbit edilemedi. Ancak endoskopi sırasında özofagusun yırtılmış olduğu saptandı. Vak'a hemen ameliyata alındı. Sol torakotomi ile yabancı cisim mediastenden çıkarıldı. Özofagus primer olarak kapatıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon olmaksızın hasta şifa ile taburcu edildi (Şekil - 2).



Şekil - 2 : Kaysı çekirdeğine bağlı özofagus perforasyonu olan hasta (M. Ö. Prot. No. 10295) yapılan cerrahi müdahalenin şematik görünümü.

TARTIŞMA

Yaş ve cinsiyet :

Özofagus yabancı cisim vak'alarımızın % 77 sini okul öncesi 1 - 7 yaş grubu çocuklar teşkil etmektedir. Bu yaş grubu içerisindeki vak'aların % 82 si'de 2 ve 3 yaşındaki çocuklardır. Bildirilen bazı serilerde olaya çocuklarda daha fazla rastlandığı belirtilmektedir (11, 12, 25, 28, 29). Buna karşılık çocuk ve erişkinlerde özofagus yabancı cisimlerine rastlanma oranını eşit bildiren yayınlar da mevcuttur (16, 17, 26). Hastalarımızın 52 vak'alık küçük bir seri teşkil etmesine rağmen hiçbir araştırmacının yayınında bu kadar yüksek oranda bebek ve çocuk vak'asına rastlanmamaktadır. Aynı durumu trakeo-bronşial yabancı cisim vak'alarımızda da gözlemek mümkündür. Olay ebeveynleri uyarma açısından önemli olsa gerektir.

Seks konusunda vak'alarımızın yaklaşık % 65 ini erkekler, % 35 ini kadınlar teşkil etmektedir. Literatürde ise bu oran % 50 erkek, % 50 kadın şeklinde belirlenmektedir (16, 17).

Belirti ve Bulgular :

Özofagus yabancı cisimlerinde semptomlar genellikle yutulan cismin takıldığı anda oluşan boğulma hissi, ağrı, öğürme ve disfaji şeklindedir. Sivri veya keskin yabancı cisimlerde kanlı regürjitasyon görülebilir. Bu durum basit mukoza yaralanmasından perforasyona kadar giden komplikasyonların ilk belirtisi olarak dikkati çeker. Literatürde, özofagustaki yabancı cisimlerin dispne, pnömonotoraks, pnömoni, ampiyem gibi solunum sistemi olaylarına yol açtığı belirtilmektedir (5, 10, 12, 17, 19, 22, 25, 26, 30). Solunum sistemi belirtileri aşağıdaki nedenlerle oluşmaktadır :

a) Özofagustaki yabancı cisim trakeo-bronşial sistemin membranöz arka duvarına basınç yaparak solunum yolunu daraltabilir veya ödem oluşturarak öksürük, stridor veya dispneye neden olabilir.

b) Özofagustaki yabancı cismin varlığı trakeo-bronşial sistemde refleks spazm oluşturabilir.

c) Yabancı cisim özofagusu tam veya tama yakın tıkadığı zaman proksimalde biriken sekresyon trakeo-bronşial sisteme aspire edilebilir.

d) Özofagusa ve trake-bronşial sisteme aynı anda yabancı cisimler kaçabilir.

e) Özofagusa takılan yabancı cisim uzun süre kaldığı zaman baskı nekrozu ile, sivri uçlu olanlar delerek özofago-trakeobronşial fistül oluşturabilir.

f) Özofagustaki yabancı cisimler özellikle sivri uçlu olanlar trakeabronşial sisteme migrasyon yapabilir.

g) Özofagusta perforasyon yaparak pnömotarks, ampiyem gibi solunum sistemi olaylarına neden olurlar.

Özofagus yabancı cisimlerinin solunum sistemi üzerinde yaptığı etkiler sonucu ortaya çıkan erken ve geç semptomlar dikkatle izlenerek değerlendirilmelidir. Örneğin bir özofagus yabancı cisim vak'asında saptanan dispne, trakeabronşial sisteme olan baskı ve daralmadan olabileceği gibi özofagus perforasyonu sonucu meydana gelen pnömotoraksa da bağlı olabilir. Bu durumun hangi nedenden oluştuğunun kesinlikle saptanması tedavi açısından çok değerlidir. Vak'alarımızda solunum sistemi belirti ve bulgularının ön plânda oluşuna yaklaşık % 20 vak'ada rastladık. Literatürde ise bu oran yaklaşık % 13 olarak bildirilmektedir (28).

Özofagus yabancı cisimlerinde rastladığımız en sık semptomlardan birisi disfajidir. Disfaji erişkinlerde genellikle ağrı veya retrosternal dolgunluk ile beraberdir. Yutma konusundaki semptomlar disfaji, afaji veya odynofaji şeklinde ortaya çıkar. Bunlar cismin büyüklüğüne, obstrüksiyonun derecesine, özofagusta oluşturduğu ülserasyon, ödem, spazm gibi olaylara bağlıdır. Bebek ve çocuklar her yutkunmada ağlar, gıda veril-

mesini reddederler. Ağız kenarından taşan salivasyon dikkat çekicidir. Gıda verilmesi söz konusu olursa genellikle hemen dışarı çıkartırlar. Erişkinlerde ise hasta yutkunmaktan çekinir. Başlangıçtaki disfaji özofagusta meydana gelecek ödem, ülserasyon ve spazm nedeniyle progresif olmaya eğilimlidir. Bütün bunlara karşılık literatürde vak'aların % 10 unda ilk devrenin semptomsuz olduğu belirtilmektedir (6, 11).

Yabancı cismin cinsi :

Vak'alarımızda rastladığımız yabancı cisimlerin % 67,3 ünü para teşkil etmektedir. Daha başka deyimle metal yabancı cisimlere bebek ve çocuklarda sıklıkla rastlamaktayız. Buna karşılık erişkin ve yaşlı grupta rastlanan yabancı cisimler daha çok gıdalarla ilgilidir (Tablo II). Yüz altmış bir vak'alık Duke serisinde (28) 20 yaşın üzerinde nadiren rastlanan iğne dışında metal cisimler ön plândadır. Vak'alarımızda olduğu gibi Duke serisinde de paranın en sık görülen yabancı cisim olmasına karşılık, Jackson'un vak'alarında kemik birinci sırayı, para ikinci sırayı işgal etmektedir (16, 17). Oysa bebek ve çocuklar söz konusu edildiğinde, serimizde olduğu gibi metal cisimlerin özellikle paranın diğer vak'a gruplarında da ön plânı işgal ettiği görülmektedir (6, 11, 16, 17, 28). Vak'alarımızda gıda ve gıdalarla ilgili yabancı cisimlere yaklaşık % 23 oranında rastlanması, buna karşılık diğer yayınlarda (17) bu oranın % 50 civarında olmasında yine bebek ve çocukların serimizin büyük kısmını teşkil etmesine bağlıdır.

Yabancı Cismin Lokalizasyonu :

Özofagusun çoğunluğun benimsediği üç darlığı mevcuttur. Buna karşılık sol ana bronşu ve aortayı çaprazladığı bölgeleri ayrı ayrı darlıklar olarak kabul edenler yanında (14) özofagusun göğüs boşluğuna girişini de bunlardan ayrı 5. bir darlık olarak ön görenler mevcuttur (28). Özofagus yabancı cisimleri genellikle bu darlıklara göre yerleşim gösterirler. Biz pratik olarak servikal (I. darlık) bronko-aortik (II. darlık) ve diafrag-

matik (III. darlık) darlıklara göre vak'alarımızı inceledik (Şekil - 1). Hastalarımızda saptadığımız yabancı cisimlerin yaklaşık % 77 si 1. darlıkta lokalize idi. Bildirilen diğer serilerde % 73 - 75 gibi benzer oranlar verilmekte (11, 28) ve servikal darlıkta diğer darlıklara göre daha sık rastlandığı belirtilmektedir (5, 12, 13, 17, 18, 19, 23). Özofagus yabancı cisimlerinin sıklıkla servikal darlıkta saptanması bu bölgenin anatomik özelliğine bağlıdır; inferior constrictor ve cricopharyngeus kasları larengeal kartilajlara yapıştığı için özofagusun bu kısmında transvers çapı sabittir ve organın en dar yerini teşkil eder (14, 19). Yabancı cisimlere rastlanış sırasını servikal darlıktan sonra bronko-aortik ve daha sonra diafragmatik darlık izlemektedir. Literatür verileri de bu bulgularımızla aynı doğrultudadır (12, 16, 28).

Mideye İnlen Yabancı Cisimler :

Serimizdeki 52 vak'adan 5 i para yutma hikâyesi ile kliniğimize müracaat etmişti. Bunların toraks radyografilerinde belirtilen yabancı cisme rastlanmadı. Buna karşılık karın radyografilerinde yabancı cismin midede olduğu görüldü. Bu hastalar kliniğe yatırılarak durumları izlendi. Yabancı cisimlerin 2-5 gün içerisinde normal yoldan dışarı atıldığı tesbit edildi.

Turner özofagus yabancı cisimlerinin seyrini aşağıdaki şekilde 5 grupta toplamıştır (31).

1. Zarar vermeden geçen yabancı cisimler.
2. Sindirim yollarından geçebilen fakat geçişleri sırasında yaralanma yapanlar.
3. Sür'atle fatal sonuca götürecek şekilde yerleşenler.
4. Yerleştikten sonra uzun bir periyotta erozyon yaparak ölüme yol açanlar.
5. Striktür veya fistül yapabilenler.

Eğer yabancı cisim cardiadan geçmişse 30 saatle birkaç hafta içerisinde sindirim kanalından emniyetli bir şekilde dışarı atılır. Fakat bu geçiş sırasında barsak obstrüksiyonu gibi olaylara yol açabilen sürprizler de görülebilir (1, 5, 31). Bizim vak'alarımızda kardiadan geçen yabancı cisimlerin dışarı atılmaları süresince herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Radyolojik İnceleme :

Özofagus yabancı cisim vak'alarında radyolojik inceleme değerli ve vazgeçilmez bir araştırma yöntemidir. Radioopak olanların yerini, durumunu gösterdiği gibi çevrede yaptığı lezyonları da yansıtır. Örneğin pnömotoraks mediasten amfizemi gibi. Organik yabancı cisimler ve bazı küçük kemik parçaları direkt grafilerde görüntü vermezler. Diş protezlerinin bir kısmı radiopak değildir. Bunlar sivri uçlu ve çentikli olduklarından özofagusa yerleşirler. Ayrıca hasta uyku sırasında yutduğundan protezin kaybolduğunu zannederek anamnez vermediği zamanlar dikkatten kaçabilir. Eğer proteze tel veya radiopak bir madde karıştırılmış ise yabancı cismin seviyesi kolayca saptanır. Bu konuda 84 protez vak'asıyla en büyük seri ve ilginç veriler C. L. Jackson'a aittir (17).

Direkt radyolojik görüntü vermeyen yabancı cisimlerde barium lipiodol gibi radioopak maddeler içirilerek radyografi yapılır. Yabancı cisim tam obstrüksiyon yapmışsa opak madde obstrüksiyonun üzerinde bir sütun halinde görülür. Parsiyel bir tıkanıklık varsa radioopak sıvı burada duraklar ve ince bir şerit halinde aşağıya iner. Bazı araştırmacılar yabancı cismin yerini tayin için tomografiyi de önermektedirler (12). Bu radyolojik muayene yöntemleri yabancı cismin lokalizasyonu, şekli, perforasyon yapıp yapmadığı hakkında bilgi verir ve tedaviye ışık tutar.

Özofagus Yabancı Cisimlerinin Komplikasyonları :

Özofagus yabancı cisimlerinin en önemli komplikasyonu

perforasyondur. Özofagus perforasyonu yabancı cismin bizzat kendisi tarafından veya cismin çıkarılması sırasında meydana gelir. Wychulis ve arkadaşları (33) özofagus yabancı cismine bağlı 9 perforasyon bildirmektedirler. Bunlardan 8'inde yabancı cisim kemik, birinde ise gıda yumağıdır. Servikal bölgede 8 vak'ada, torasik bölgede 1 vak'ada perforasyon oluşmuştur. Bunlardan servikal bölgedeki gıda yumağına bağlı perforasyon vak'ası, cismin A. Carotis'te oluşturduğu erozyon ve kanama sonucu ölmüştür.

Yabancı cisme bağlı özofagus perforasyonları genellikle servikal bölgede olmaktadır (33). Ağrı, disfaji, boyunda subkutane amfizem, dispne, ateş ve lökositoz olayın belirti ve bulgularını teşkil eder. Şüpheli vak'alarda boynun lateral grafisi alınır, periözofageal bölgede hava tesbit edilebilir. İntratorasik perforasyonlarda ise genellikle mediasten amfizemi ve pnömotoraks veya hidropnömotoraks saptanır. Gerekirse suda eriyebilen radioopak maddelerle özofagus grafisi yapılabilir (11, 22, 33).

Yabancı cisme bağlı özofagus perforasyonu acil tedaviyi gerektiren ciddi bir durumdur. Özellikle torasik bölgede perforasyon olan ve tedavi edilmeyen vak'aların yaşama şansı yok denecek kadar azdır (22, 24, 32). Özofagus perforasyonu tanısı konan her vak'ada antibiyotik tedavisine başlanır, ağızdan gıda alımı durdurulur ve hemen ameliyata alınır (3, 20, 32). Özofagus lümeninde bulunan gram pozitif veya mikst flora, perforasyonda; a) organın serozasının olmaması, b) civar dokunun gözeli olması, c) kalb ve akciğerin hareketleriyle mediastinuma sür'atle yayılan bir infeksiyon oluşturur.

Özofagus perforasyonlarında hemen ameliyata alınan vak'alarda perforasyon yerinin kapatılması ve bölgenin drenajı hayat kurtarıcı olmaktadır. Gecikilen vak'alarda konservatif tedbirler yanında bölgenin drenajı uygulanır (3, 5, 15). Mediastinit nedeniyle genel durumu sür'atle bozulan ve plevranın olaya katıldığı (pnömotoraks ve empiyem) gecikmiş vak'alarda

fatal sonuç kaçınılmaz gibidir. Bu durumda bazı yazarlar (15, 20, 27) servikal özofagostomi, ve kardianın kapatılmasını önermektedirler. Plevra boşluğu ve mediastinum 2 - 3 yerden drene edildikten sonra gastrostomi yapılarak beslenme sağlanmaktadır ve ileri bir devrede kolon replasmanı uygulanmaktadır. Servikal bölge perforasyonlarında erken devrede, hemen ameliyata alınarak perforasyonun olduğu tarafa müdahale edilir. Bu durumda M. sternomastoideus'un ön kenarına troid kartilajın üst seviyesi hizasından Clavicula'ya kadar bir kesi yapılır (Şekil - 3).



Şekil - 3 : Özofagusun servikal bölgesindeki yabancı cisim endoskopi ile çıkarılamıyorsa yukardaki gibi bir kesi ile müdahale edilerek özofagusa ulaşılır. Özofagotomi yapılarak yabancı cisim çıkarılır ve özofagus primer olarak kapatılır.

M. Sternomastoideus ve A. Carotis dışı doğru çekilir. V. Troidea ve A. Troidea inferior kesilerek özofagusla ulaşılır. Yabancı cisim çıkarıldıktan sonra perforasyon yeri dikilir ve bu bölge 3 gün süreyle drene edilir (5, 11, 27). Eğer, etrafta süpürasyona meyil varsa derin fasiaya ensizyon uygulanarak buranın drenajı da sağlanır (12).

Gecikmiş vak'alarda servikal bölgede retro özofageal abselere rastlanır. Genellikle bunlara drenaj ve konservatif tedbirler uygulanır (15).

Özofagus yabancı cismine bağlı torasik bölge perforasyonlarında erken devrede ameliyatla özofagusun tamiri ve bölgenin drenajı yapılır (5, 11, 12, 22, 24, 27). Genellikle arcus aorta üzerindeki perforasyonlarda sağ torakotomi, daha aşağı bölgelerde ise sol torakotomi önerilmektedir (29). Fakat toraks grafillerinde pnömotoraks gibi plevral lezyon varsa o taraftan göğüse girmek lezyona yaklaşım bakımından uygundur.

Vak'alarımızdan birinde yabancı cisim (kaysı çekirdeği) arcus aortanın hemen altında perforasyon oluşturmuştu. Hastaya sol torakotomi ile müdahale edilerek yabancı cisim çıkarıldı ve özofagus primer olarak tamir edildi. 74 yaşındaki bu vak'ada post operatif herhangi bir komplikasyon olmadı (Şekil - 2).

Özofagus yabancı cisimlerinde perforasyondan başka penetrasyon (21), erozyon (30), ülser (13, 18), baskı nekrozu (29, 33), hemoraji (32), fistül (7, 11, 18) gibi komplikasyonlar olabilir. Bunların bir kısmı yine perforasyon, apse, mediastinit, perikardil ve ampiyeme yol açar (3, 5, 7, 13, 16, 33). Flavell (11) hepsi fatal sonuçlanan 83 özofago-aortik fistül vak'ası bildirmiştir. MC Laughlin ve Widmann (32) yabancı cisimlerin özofagusta penetrasyon yaparak komşu organlara, özellikle akciğere giderek apse ve ampiyeme sebep olduğunu bildirmektedir. Bozer ve arkadaşları balık kılçığının özofagustan perikarda penetre olduğunu ve prulan perikarditis meydana getirdiği-

ni bildirmektedirler (7). Bizim serimizde ise bir vak'ada kaşık sapı özofagus duvarına penetre olmuştu (Resim - 3). Hastanın kliniğimize müracaatı olaydan 10 gün sonra idi. Özofagoskopide cisim görülememiş ancak takılma ve dokunma hissi alınmıştı. Hastaya sağ torakotomi uygulanarak özofagus duvarına girmiş bulunan cisim çıkarıldı.

Özofagusta takılıp kalan cisimlerin zamanla ülser ve stenoz yaptığı bildirilmektedir. Jackson özofagus içine yerleşmiş tahta düğmeye bağlı 17 yıldan beri disfaji şikâyeti olan bir vak'a takdim etmiştir (16). Bu nadir durumların dışında genellikle özofagusta uzun süre takılıp kalan yabancı cisimler perforasyon ve fistül oluşturlar. Bu nedenle özofagusta kalan yabancı cisim vak'alarının pek azının bir seneden fazla yaşayabileceği bildirilmektedir (5, 11, 13).

TEDAVİ :

Özofagoskopi özofagus yabancı cisimlerinde teşhis ve aynı anda tedaviyi sağlayan çok değerli bir yöntemdir. Özofagus yabancı cismi olan veya yabancı cisimden şüphe edilen her vak'ada endoskopi zorunludur. Fakat özofagoskopi gerekli imkân ve şartlar sağlanmadıkça uygulanmamalıdır. Endoskopi için çeşitli tip ve büyüklükte özofagoskop ve forsepsler kullanılmaktadır. Biz yabancı cisimlerin çıkarılmasında kliniğimizde C. Jackson tipi özofagoskoplar kullanmaktayız.

Yabancı cisim farenkste yerleşmiş ise larengosgop ve forseps yardımı ile çıkarılır. Yutulan yabancı cisim mideye inmişse bu vak'alar klinik olarak izlenmelidir. Genellikle bunlar defekasyon ile dışarı atılır. İğne gibi cisimler bile aynı yolla dışarıya çıkarlar. Yabancı cismin mideye indiği bu vak'alarda herhangi bir şekilde lokal ağrı ve hassasiyet yoksa genellikle gözlemden başka bir işlem gerekmez. Nadiren bazı yabancı cisimler pylorustan geçemiyerek midede kalabilir. Bu durumda peroral gastroskopi ile cisim çıkarılır (18). Özofagusta ka-

lanlar ise özofagoskopi ile çıkarılmaya teşebbüs edilmelidir. Ancak hasta daha önce yapılan yanlış tedavi ve kör çıkarma girişimlerinden dolayı kötü durumda ise, endoskopi travmatik özofajit geçinceye kadar geciktirilebilir. Endoskopi özellikle çocuklarda genel anestezi altında uygulanmalıdır. Erişkinlerde duruma göre topikal anestezi ile de yapılabilir. Özofagoskopi yapılırken hastada direnç olmamalıdır. Endoskop mücadeleye ile özofagusa sokulmaya çalışılırsa, kolaylıkla perforasyon olabilir. Endoskop rahat bir şekilde ve bu konuda tecrübeli kişiler tarafından kullanılmalıdır. Yayınlar da fatal sonuçlara kadar giden komplikasyonlara değinilmektedir (15, 18, 29). Bizim serimizde özofagoskopiye bağlı herhangi bir komplikasyona rastlamadık. Endoskopi için hastanın genel anestezi altında gevşemesi sağlanır ve çene öne alınarak endoskop ağızdan sokulur. Önemli ve dikkati gerektiren ilk nokta, endoskopun servikal darlıktan geçişidir. Burası enstrumantal perforasyonların en sık rastlandığı yerdir (15, 21, 28). Bazı yazarlar özofagoskopun bu bölgeden geçişinde zorluk oluyorsa önce bujiyi sfinkterden geçirmeyi ve endoskopun bujiyi izliyerek ilerletilmesini önermektedirler (5). Özofagusa girildikten sonra lümen dikkatli bir şekilde gözlenir, eğer sekresyon, gıda artığı varsa bunlar aspire edilir. Bazan ince kemik parçaları veya metal cisimler mukoza pilileri arasında kalabileceğinden endoskoplara farkedilmeden geçilebilir (Şekil - 4). Bu nedenle endoskopun ilerletilmesi sırasında çevreden alınacak dokunma hissi bilinçli bir şekilde değerlendirilmelidir. Yine aynı nedenle özofagoskop geri çekilirken tekrar lümen ikisinde kontrol edilir. Vak'alarımızdan para yutulması nedeniyle uyguladığımız endoskopi sırasında Şekil - 4 de açıklanmaya çalışılan durumla karşılaşıldı.

Yabancı cisim görüldüğü zaman cismin niteliği, yerleşme şekli özofagusta yaptığı lezyon, hangi tip forsepsin kullanılması gerektiği ve zarar vermeyecek şekilde çıkarılması için tutulacak en uygun yerinin saptanması gerekir. Sivri uçlu, küçük yabancı cisimler kolaylıkla endoskop içine çekilerek çıkarılır. Para, kemik, protez gibi endoskop içine alınamayan cisimler

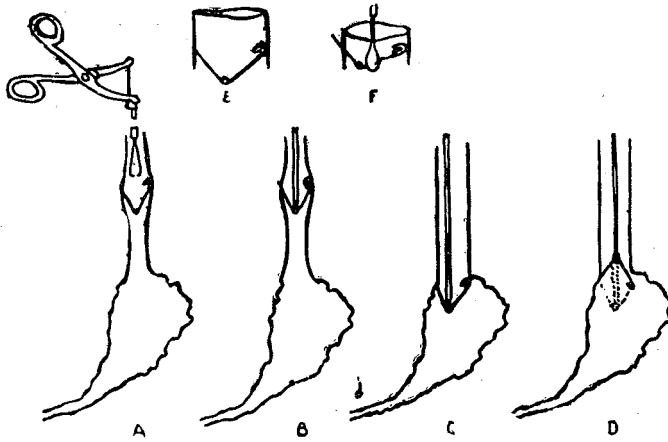


Şekil - 4 : Özofagusta bir kıvrım arasına sıkışan yabancı cisim, endoskopun görüş açısından çıkabilir. İki vak'amızda bu durumla karşılaştık. Endoskopun ilerletilmesi sırasında çevreden alınacak, dokunma hissi, özofagustaki kıvrımların değerlendirilmesi ve endoskopi geriye çekerek yapılacak gözlem bu durumu aydınlığa kavuşturur.

forsepsle tutulduktan sonra, endoskopun ağzına kadar çekilir ve endoskop-forseps-yabancı cisim bir ünit halinde dışarı alınır. Bu çıkarılış yönteminde (en çok mukoza yaralanmalarının olduğu) servikal darlığa dikkat etmek gerekir. Eğer bu bölgede takılma oluyorsa forseps-yabancı cisim ünitesi biraz ileri itilerek pozisyon ve yön değiştirilerek tekrar çıkarılma işlemi tekrarlanır.

Yayınlarda sivri, çengelli, keskin uçlu yabancı cisimlerin özofagoskopi ile çıkarılmasına ait çeşitli yöntemler uygulanmış ve önerilmiştir. Örneğin Borrie'nin (5) naklettiğine göre

Horowitz özofagustaki bir jiletin iki ucunu kesip iki kısımda çıkarmıştır. İğne ve çengelli iğnelerin çıkarılmasına ait C. Jackson ve C. L. Jackson'nın uyguladığı yöntemler günümüzde de geçerlidir (16, 17, 18). Bu yöntemlere göre özofagusta kalan çengelli iğneler a) Endogastrik version ile (Şekil - 5) b) Endogastrik düzeltme ile (Şekil - 6-c), c) Sivri ucun içeri çekilmesi ile (Şekil - 6-b), d) Kapatarak çıkarılmaya çalışılır. Bizim serimizde 3 vak'ada özofagus duvarına saplanmış toplu iğne mevcuttu. Bunlar endoskopik olarak herhangi bir zorlukla karşılaşılmadan çıkarıldı.

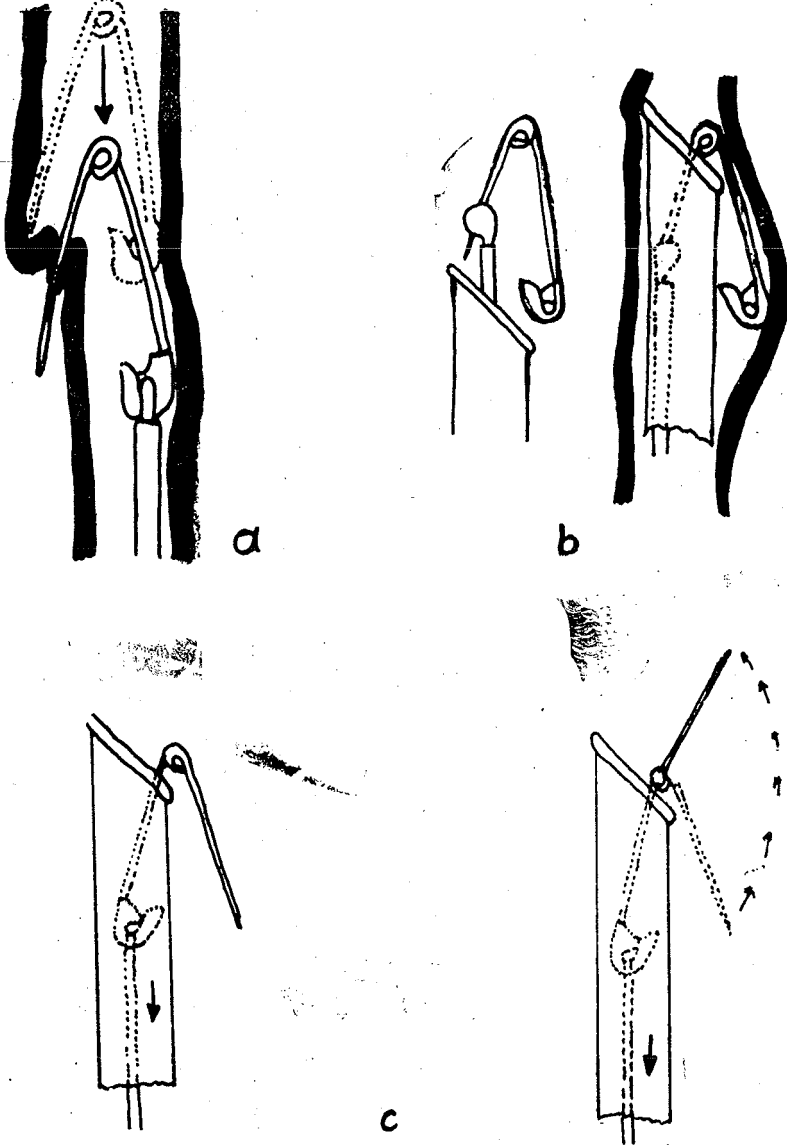


Şekil - 5 : Çengelli iğnenin endo-gastrik version ile çıkarılışı görülmektedir (C. Jackson'dan).

Özofagoskopi Sırasında Dikkat Edilecek Hususlar :

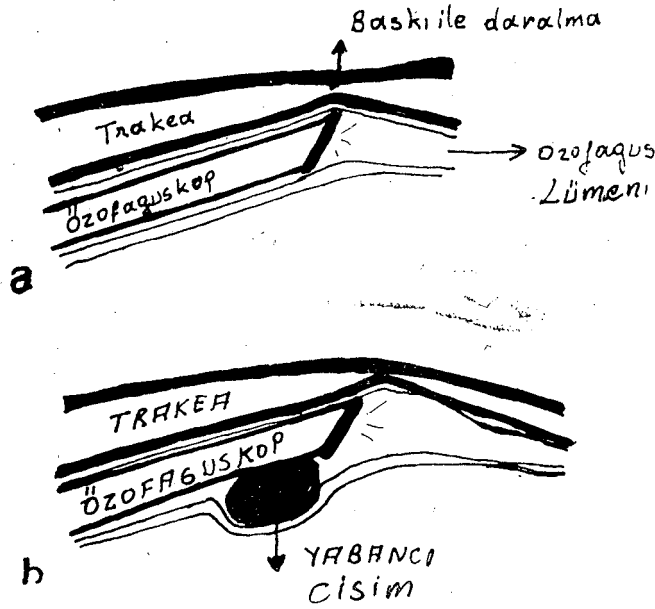
Endoskopi sırasında ya özofagoskopun trakeaya baskı yapması veya özofagoskopun yabancı cismi itmesi ile asfiksi gelişebilir (Şekil - 7). Burada olay trakeanın membranöz kısmının itilerek lümenin tam veya tama yakın tıkanmasıyla ortaya çı-

kar. Bu tehlikeli durum derhal endotrakeal tüp konularak oksijenasyon sağlanması ile giderilir. (Şekil - 6).



Şekil - 6 : Özofagustaki çengelli iğnelerin çıkarıldığı a) perforasyonla sonuçlanan yanlış hareket, b) sivri ucun endoskop içine çekilerek çıkarılması, c) midede, çengelin açılarak endoskop içine çekilmesi (C. Jackson-dan).

Eğer yabancı cisme bağlı özofagusta kanama odakları ve infeksiyon meydana gelmişse, bu sahada yabancı cismi bulmak zorlaşır ve perforasyon olasılığı artar. Ayrıca özofagoskopun özofagus duvarını itmesi de yine perforasyonla sonuçlanır (Şekil - 8).



Şekil-7 : a) Özofagoskopi sırasında, endoskop özofagus doğrultusunda tutulmadığı takdirde, şekilde görüldüğü gibi trakea'ya baskı yaparak daraltabilir, b) yabancı cismin farkedilmeden geçilmesi halinde endoskop yabancı cisim trakeaya baskı yaparak asfiksiye neden olabilir.



Şekil - 8 : Endoskopun özofagus lümenini itmesi perforasyonla sonuçlanabilir.

Bu durumda özofagoskop mediastene doğru yalancı pasajlara girer (16).

Özofagustaki yabancı cisim forsepsle çıkarılamıyorsa mideye doğru itilmemelidir. Bu kör ve tehlikeli bir yöntemdir, komplikasyonlara yol açabilir (18).

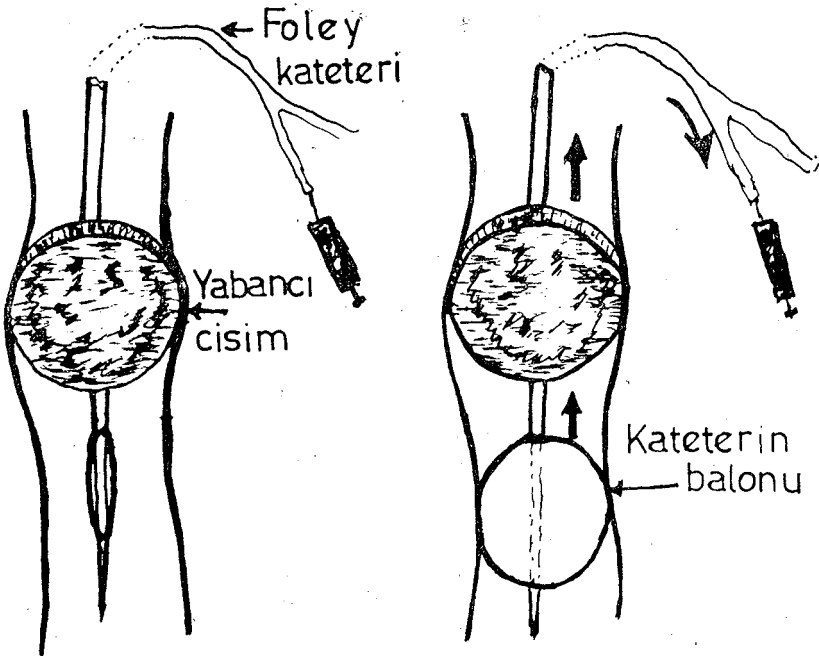
Özofagus Yabancı Cisimlerinde Ameliyatla Çıkarma :

Özofagustaki yabancı cisim iyice yerleşmiş tutulamıyor veya çekmekle gelmiyorsa çıkarmak için yapılacak işlemler sırasında özofagusun perforasyona uğrama olasılığı varsa, endoskopik çıkarmadan vazgeçilerek hasta gecikmeden ameliyata alınmalıdır. Servikal bölgedeki yabancı cisimlerin çıkarılması için sağ sternomastoid adalenin ön kenarından girilir. A. Troi-dea inferior bağlandıktan sonra özofagusa ulaşılır ve vertikal

bir kesi yapılarak yabancı cisim çıkarılır. Özofagus duvarı primer olarak kapatılır.

Torasik bölgedeki yabancı cisimlerin çıkarılmasında yapılacak özofagotomi için cismin yerine göre torakotomi uygulanır. Göğüse girildikten sonra mediastinal plevra açılır. Özofagotomi yapılarak cisim çıkarılır ve özofagus primer olarak dikilir. Daha sonra su altı drenajı yapılarak göğüs kapatılır. Bizim vak'alarımızdan sadece birine torakotomi ve özofagotomi ile yabancı cisim çıkarılması uygulanmıştır.

Foley veya Fogarty Kateteri İle Yabancı Cisim Çıkarılması :



Şekil - 9 : Kateter yardımı ile yabancı cisim çıkarılması : a) Kateter burun veya ağızdan scopi altında özofagustaki yabancı cismi geçinceye kadar sokulur, b) Kateterin ucundaki balon şişirilerek, embolektomi yapar gibi dışarıya doğru çekilir. Ağıza kadar gelen yabancı cisim buradan pens veya elle alınır.

Özellikle çocuklarda Foley veya Fogarty kateteriyle yabancı cisimlerin çıkarılmasına ait yayınlar mevcuttur (2, 4, 8, 9). Bu yöntem daha çok çıkarırken özofagusta laserasyon yapmıyacak "para" gibi cisimlerde uygulanır. Katater burundan sokularak yabancı cismi geçinceye kadar floroskopi altında ilerletilir. Kateterin balonu hava veya radioopak bir madde ile şişirilerek, embolektomi yapar gibi geriye çekilir. Çıkan yabancı cisim ağızdan alınır. Bu yöntemde anesteziye gerek yoktur, (Şekil - 9) hasta bilinçlidir. Özofagoskopinin ve anestezinin yaratabileceği tehlikeler giderilmiştir. Araştırmacılar genellikle çocuklarda kullanılan endoskop çaplarının küçük olması ve forseps kullanmanın zorluğu nedeniyle bu yöntemi tavsiye etmektedirler (2, 4, 8, 9). Buna karşılık Stoll (30) özellikle özofagusta uzun süre kalmış cisimlerde, cismin etrafında meydana gelen granülasyon dokusunun kateter ile perforasyonu olasılığından bahsetmektedir.

Özofagus Yabancı Cisminin Çıkarılmasından Sonra Özofagusun İncelenmesi :

Özofagus yabancı cisim vak'alarında genellikle özofagus normaldir. Fakat daima patolojik bir proçesinde beraber bulunabileceği düşünülmelidir. Çocuklarda özofagus striktürleri çok defa refluks özofajite bağlıdır. Daha nadir olmak üzere konjenital özofagus darlığı üzerinde yabancı cisim takılıp kalabilir. Yine çocuk ve yetişkinlerde, özellikle arcus aorta seviyesinde konjenital bir anomaliye bağlı darlık, divertikül ve ileri yaşlarda özellikle neoplasm ilk anda düşünülmelidir. Bu nedenle yabancı cismin sebep olduğu şikâyet ve bulgular değerlendirilirken daha önce özofagusta primer bir hastalık olabileceği ihtimaliyle yabancı cisim çıkarılırken ve daha sonra özofagus incelenmelidir. Özellikle yabancı cisim çıkarıldıktan sonra özofagoskop ile lümenin tekrar incelenmesi hem cismin oluşturma ihtimali olan lezyonları görmek hem de primer bir hastalık olup olmadığını saptamak için yararlıdır. Daha ileriki bir devrede ise özofagusun radioopak maddeyle incelenmesi primer bir özofagus hastalığı olasılığını aydınlığa kavuşturur.

ÖZET

Kırkbeş hastada yabancı cisim özofagoskopi ile çıkarıldı. Vak'aların % 77 si 1 - 7 yaş arasındadır. Bu yaş grubunda saptanan yabancı cisimlerin çoğunluğunu para teşkil etmektedir. Elli yaşın üzerindeki hastalarda saptanan yabancı cisimler gıdalardır. Lokalizasyon olarak daha çok (% 77) birinci darlıkta takılma olduğu saptandı.

Kırkbeş hastada yabancı cisim özofagoskopi ile çıkarıldı. Beş vak'ada yabancı cisim gaita ile dışarı atıldı. Bir vak'ada torakotomi ve özofagotomi ile penetre olmuş yabancı cisim çıkarıldı. Bir vak'ada yabancı cisim perforasyon oluşturmıştı, torakotomi yabancı cismin çıkarılması ve özofagus tamiri uygulandı. Hiçbir vak'a da mortalite ve morbidite görülmedi.

Takdim edilen 52 vak'anın ışığı altında, özofagus yabancı cisimlerinin semptomatoloji, klinik ve teşhisi üzerinde duruldu. komplikasyon ve tedavide dikkat edilmesi gerekli noktalar belirtildi.

SUMMARY

(FOREIGN BODIES OF THE OESOPHAGUS)

Review of 52 cases

At our clinic 52 cases of oesophageal foreign body is reviewed, 77 % of the case are among 1 - 7 age groups and most of them were coins. Patient over fifty years had food stuff. In general localisation was at cervical oesophagus (77 %).

In 45 cases foreign body was removed through the oesophagoscope. In five cases was found in the stools. In one case because of penetration into the oesophageal wall thoracotomy and oesophagotomy was performed. In another case was asso-

ciated with perforation. Thoracotomy, removal of the foreign body and repair was carried out.

There was mortality or morbidity symptomatology and clinical diagnosis was discussed and emphasis put on the complications and treatment.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Bawnik, J. B., Orda, R. : Intestinal obstruction due to a foreign body complicating ischemic ileitis. *International Surg.*, 57 : 842, 1972.
- 2 — Bigler, F. C. : The use of Foley catheter for removal of blunt foreign bodies from the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 51: 759, 1966.
- 3 — Blades, B. : *Surgical Diseases of the Chest*. C. V. Mosby Co. Saint Louis, P. 281, 1974.
- 4 — Bonfils - Roberts, E. A., Nealon, T. F. : Balloon catheter for endoscopic removal of foreign bodies. *Ann. Thoracic Surg.* 19 : 196, 1975.
- 5 — Borrie, J. : Foreign bodies in the esophagus. In *Management of Emergencies in Thoracic Surgery*. Appleton - Century - Crofts, Meredith Corporation, New York, 1972.
- 6 — Boyd, G. : Esophageal foreign bodies. *Canad. M. A. J.*, 64 : 102, 1951.
- 7 — Bozer, A. Y., Saylam, A., Ersoy, Ü. : Purulent perioarthritis due to perforation of esophagus with foreign body. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 67 : 590, 1974.
- 8 — Carlson, D. H. : Removal of coins in the esophagus using a foley catheter. *Pediatrics*, 50 : 475, 1972.
- 9 — Chang, J. H. T., Burrington, J. D. : Removal of coins from the esophagus. *Pediatrics*, 51 : 313, 1973.
- 10 — Ellis, P. D. M., Ardran, G. M. : Esophageal foreign body in an infant. *J. Laryngeal otol.* 87 : 691, 1973.
- 11 — Flavell, G. : *The esophagus*. Butterworths, London, P. 16, 1963.
- 12 — Glenn, W. W. L., Liebow, A. A., Lindsag, G. E. : *Thoracic and cardiovascular Surgery with Related Pathology*, Appleton - Century - Crofts, New York, Third ed. p. 468, 1975.

- 13 — Goel, G. D., Mittal, K. P. : Neglected foreign bodies in the esophagus. *International Surg.* 58 : 495, 1973.
- 14 — Gray's Anatomy. Longmans, Green, London, 32 nd ed., P. 1393, 1958.
- 15 — Hardin, W. J., Hardy, J. D., Conn, J. H. : Esophageal perforations. *Surg. Gynec. Obst.*, 124 : 325, 1967.
- 16 — Jackson, C., Jackson, C. L. : Esophagoscopy for foreign body. In *Bronchossophagology*, W. B. Saunders Co. Philadelphia, pp 246 - 262, 1950.
- 17 — Jackson, C. L. : Foreign bodies in the esophagus : *Am. J. Surg.*, 93 : 308, 1957.
- 18 — Jackson, C., and Jackson, C. L. : Bronchi and Esophagus. In *Diseases of the Nose, Throat, and Ear*. W. B. Saunders Co. London, PP. 719 - 855, 1959.
- 19 — Johnson, B. H. : Long - term oesophageal obstruction by a foreign body. *Brit. Med. J.*, 2 : 481, 1973.
- 20 — Johnson, J., Schwegman, C. W., MacVaugh, H. : Early esophago - gastrostomy in the treatment of iatrogenic perforation of the distal esophagus, *J. Thoracic Cardiovasc Surg.*, 55 : 24, 1968.
- 21 — Jones, R. J., Samson, P. c. : Esophageal injury. *Ann. Thorac. Surg.*, 19 : 216, 1975.
- 22 — Keighley, M. R. B., Girdwood, R. W., Wooler, G. H., Iorescu, M. I. : Morbidity and mortality of oesophageal perforation. *Thorax*, 27 : 353, 1972.
- 23 — Le Jeune, F. E. : Foreign bodies in the tracheobronchial tree and esophagus. *Surg. Clin. North Am.*, 46 : 1501, 1966.
- 24 — Loop, F. D., Groves, L. K. : Esophageal perforations. *Ann. Thorac. Surg.*, 10 : 571, 1970.
- 25 — Mandel, G., Sod, L., Greif, L. : Newly recognized foreign body in the oesophagus. *J. A. M. A.*, 231 : 569, 1975.
- 26 — Mc Laughlin, R. T., Morris, J. D., and Haight, C. : The morbid nature of the migrating foreign body in the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 55 : 188, 1968.
- 27 — Naclerio, E. A. : *Chest Injuries*. Grune Stratton, New York, 1971.
- 28 — Postlethwait, R. W. and Sealy, W. C. : *Surgery of the Esophagus*. Ch. Thomas Springfield, pp. 133 - 147, 1961.
- 29 — Randolph, J. G. : *Surgical Problems of the Esophagus in Infants and Children*. In *Gibbon's Surgery of the Chest*, eds, D. C. Sabiston, F. C. Spancer W. B. Saunders Co. Philadelphia, Third ed. P. 666, 1976.
- 30 — Stool, S. E., Deitch, M. : Potential danger of catheter removal of foreign body. *Pediatrics*, 51 : 313, 1973.

- 31 — Turner, G. G. : Injuries and Diseases of the Oesophagus. London, Cassell Co. Ltd., 1946.
- 32 — Widmann, W. D., Douglass, W. C. : Hemoptysis secondary to fish bone penetration of the esophagus. Chest, 64 : 265, 1973.
- 3 — Wychulis, A. R., Fontana, R. S., Payne, W. P. : Noninstrumental perforations of the esophagus. Dis. Chest, 55 : 190, 1969.