

**ÇOCUKLARDA KOSTİK ÖZOFAGUS YANIKLARI
(Korrozif Ozofajitler) ve HEMŞİRELİK BAKEMI**

Güneş GENÇ

ÖZET

Çocukluk yaş grubunda bazı kostik maddeler yanlışlıkla ağıza alınıp yutulabilir. Kostik maddenin cinsine ve derişiklik durumuna bağılı olarak da ağız ve özofagusta çeşitli derecelerde yanıklar oluşur.

Bu makalede kostik maddelerle oluşan ağız ve özofagus yanıkları, bunların erken tanısı, hemşirelik sorumlulukları, komplikasyonları ve bunların eğitimle önlenmesi anlatılmıştır.

Korrozif Özofajit, asid ve baz (alkali) gibi yakıcı maddelerin içilmesinden ileri gelen **değişikliğe** denir. Özofagusu yakan bu kimyasal maddeler, gençlerde ve erişkinlerde intihar amacı ile, daha küçük yaşlardaki çocuklarda ise bilmeden yanlışlıkla içilirler.

Kostik Maddenin cinsine, yoğunluğuna ve miktana bağılı olarak ağız, farinks ve özofagusta çeşitli derecelerde yanıklar oluşur (2, 4, 5, 9, 11).

Ülkemizde yılda özofagus yanığının oluşma sıklığı günümüzde bilmemiz olanaksızdır. Leap ve arkadaşlarının 1971'de yaptıkları bir araştırmaya göre U.S.A.'de yılda 5.000 çocuğun özofagus yanığı olduğu yayınlanmıştır. Holdinger'in araştırmasında özofagus yanıklarının 78'i 1-5 yaşlarında ve erkek çocukların kızlara kıyasla oranı 2/1 olarak bildirilmiştir. Gençlerde ise kızlarda erkeklere oranla biraz daha fazla olarak rastlanmaktadır (3, 9). E.O. Çocuk Cerrahisinde Dr. Mutaf, 464 özofagus yanıklı hastada en sık görülme yaşını 2-3 yaş olarak saptamıştır. En küçük yaş 4/365', en büyük yaş ise 11 olarak bildirilmiştir (5).

•E.O.HenLYilk Okulu Çocuk Sag. ve Hast. Hemş. Ogr. Üyesi (Yard.Doç.Dr.)

En çok korrozif bzfajite sebep olan madde Sodyum Hidroksit (NaOH) veya Sud Kostik adı verilen canavar sodasıdır. Daha sonra Tuz Ruhü (Hcl). çamaşır sulan ve deteijanlar gelişir. Bunlardan başka lavabo ve tuvalet açıcılan (KOH), kostik yanıklann oluşmasında rol oynar-lar. Dünya literatüründe üzerinde en son dunılan yakıcı ise alkoli pillerdir (1. 4. 5. 9. 10. 11).

Yeryüzünün değişik bölgelerinde değişik kostik maddeler evlerde bulundurulmaktadır. Akdeniz ve Ege çevresinde bir numaralı yakıcı NaOH dır Temelde zeytinyağından sabun imali için kırsal kesime girmiş olan bu madde daha yaygın olarak bir temizlik aracı (çamaşır beyazlatıcı) şeklinde kullanılmaktadır (5. 11). Bu madde köylerde, gıda maddesi satışı yapan bakkallardan ve aktarlardan sağlanabilir. Kapalı ve özel bir ambalaj içinde değil açık olarak ve kristalize formda satılmaktadır. Satın alan kişi bunu su içinde eriterek aktif hale gelişir ve özel bir ambalaj söz konusu olmadığından su şişeleri, süt ve gazoz şişeleri, plastik bidonlar gibi kaplarda saklar. ölçü aracı olarak ta su bardağım kullanır. Erimiş NaOH su gibi saydam olduğundan, küçük bir çocuk tarafından yanlışlıkla su yerine çok kolay olarak içilebilir. Bazanda sırf meraktan içilmesi ve birkaç damlanın dahi özofagusa değmesi ile uzun sıkıntılı ve pahalı bir hastalığın başlaması için yeterlidir (5. 11).

Delikanhlık çağı çocuklar ve erişkinler ise, bu maddeleri intihar amacı ile içerler (9). Yapılan araştırmalarda, özofagus yaruklarmın % 87'si NaOH ile olmaktadır. Dr. Mutafın yaptığı araştırmada ise NaOH yaruklan, hastaların % 94'ünü kapsamaktadır (5, 11).

Kostik maddelerin yaptığı yanığın derecesi, maddenin cinsine, yoğunluğuna, miktanna ve temas süresine bağlıdır. Ağız. farinks ve ozofagusta çeşitli derecelerde oluşan bu yanıklar yüzeysel ve derin olabilir. Yüzeysel yanıklar eritem, ödem, vezikülleşme veya ülserasyon şeklinde, derin yanıklar ise bütün katları içeren komşu dokulan da nekroze uğratan boyutlarda ve delinme şeklinde patoloji oluşturabilir (2, 4, 9).

Eğer yakıcı madde özofagus yerine çok az miktarda soluk bonısına ve trakeaya kaçmışsa çocuk s oluk alamama nedeniyle kaybedilebilir. Müköz membrandaki ödem bile solunum tıkanması için yeterli olabilir. Böyle durumlarda trakeotomi yapılmaktadır (1, 6. 11).

özofagus yarıklan akut ve kronik dbnemlerle seyreder.

Akut Dönem : 2 Hafta kadar sürer. 1. hafta sonunda nekrotik doku ayrılıp düşerek yerinde ülser meydana çıkar. 2. hafta sonunda granülasyon dokusu bu defektleri doldurur.

Klinik belirtiler; Ağız, boyun, sırt ve göğüste ağrı, kusma, hiper-ventilasyon. ağız içinde ve dudaklarda hiperemi, nekroz, genel durumda bozukluk ve şok görülebilir (1, 4, 9, 10).

Bu dönemin karakteristik semptomları, ağrı disfaji ve regürjitasyonudur. Boğazda yanma ve susuzluk duygusu vardır. Yutma sırasında farenkste spazm ile birlikte yutma güçlüğü önemli bir yalmuna nedenidir. Hasta bazen sıvı bile yutamaz. Ağız fena kokar, ateşi yükselir. Solunum semptomları (öksürük, dispne), kilo kaybı, dehidratasyon gelişir. Bu dönemde ağız ve dudaklarda yanığa ait değişiklikler görülebilir.

Kronik dönem : 3. haftanın başından itibaren başlar, aylarca sürebilir. Darlık yarıktan, aşağı yukarı 6 hafta sonra gelişir. Klinik belirtiler : Akut dönemdeki semptomlar gittikçe hafifler. 2. haftanın sonunda hasta yumuşak gıdalan, hatta bazen her türlü yiyecekleri rahatça yiyecek hale gelir. Daha sonra daralmanın şiddetine bağlı olarak disfaji, yeniden başlar ve gittikçe şiddetlenir. Regürjitasyon, kilo kaybı, dehidratasyon, dermansızlık ve solunum yoluna yiyecek aspirasyonuna bağlı semptom ve belirtiler vardır (2, 4, 7, 8, 9, 11).

Tam :

1. Radyolojik muayene : Darlığın yerini, derecesini ve yaygınlığını tesbite yarar,

2. Özofagoskopi : Akut safhada genel olarak yapılması güç ve kontraindikedir. özofagoskopi lezyonların durumu ve yeri hakkında bilgi verir. Erkenden acil özofagoskopi tanımlamayı tamamlar. özofagoskopi, genel anestezi altında ve becerisi olan endoskopist tarafından yapılmalıdır. Eğer solunum yollarında bir incinme ve solunum güçlüğü varsa özofagoskopi yapılmamalıdır. özofagoskopi 2. haftadan sonra yapılmalıdır (1, 4, 9, 10).

Tedavi :

1. Acil Tedavi : Amaç hastayı yaşatmak ızdırabırı azaltmak ve darlık gelişmesini azaltmaya çalışmaktadır (4).

48 saatten kısa süredeki akut özofagus yanıklarında yeterli anamnez alınarak kostik maddenin cinsi belirlenir.

Çocuğa ağızdan hiç bir şey verilir), yedirilip içirilmez.

I.V. yolla sıvı ve elektrolit dengesi düzenlenir. Uygun kan için kan numunesi alınır.

Hemoglobln, hematokrit ve idrar tahlilleri yapılır.

Ağız çevresindeki yamıclar tedavi edilir. ilk günden itibaren parenteral yüksek dozda antibiyotik verilir. Stenoz (darlık) gelişmesini önlemek için kortikosteroid tedavisine hemen başlanır. Özofagus perforasyonu belirtisi (Abdominal, sırt ve substernal bölgelerde ağn) olan vakalarda steroid kontrendikedir (4, 8, 9).

2. Dilatasyon : Amaç. Stenoz teşekkülünü önlemek ve hastaya, beslenmesine yeterli bir özofagus lümeni sağlamaktır. Bunun için git-tikçe çapı büyüyen çeşitli tipte sondalarla özofagusun dilatasyonuna başvurulur. Dilatasyona hemen veya geç başlanmasını savunanlar ve çeşitli dilatasyon metodları vardır.

Dilatasyonda esas, dilatasyona başladıktan sonra buna yeterli genişlikte bir özofagus lümeni elde olununcaya kadar sabırla devam etmek ve bu amaca ancak çok uzun zamanda erişilebileceğini bilmektir (4).

3. Cerrahi Tedavi : Dilatasyon yapılmayan veya bu metodun başarılı olmadığı vakalarda cerrahi tedaviye başvurulur. Çeşitli ameliyat şekilleri vardır.

özofagus replasmanı : özofagus yerine geçecek başka doku veya organ kullanılmıdır. En başarılı olanı, çocuklarda özofagus yerine kolon nakilleri kullanılarak yapılan ameliyatlardır. Özofagus yerine kullanılabilecekler arasında ilk sırada seçilen organ kolonlar olmaktadır (4, 9).

Beslenme : İlk 48 saatte çocuğa ağızdan hiçbir şey verilmez. Çocuk yutmayı tolere edince mümkün olduğu kadar oral olarak beslenmeye çalışılmalıdır. Darlık olan vakalarda gastrostomi ameliyatı yapılarak, hastaya bütün kalori ve protein bu yolla verilir.

Ancak özofagusun açık kaldığından emin olmak için de ağızdan su alınmasına izin verilir (5, 9).

Komplikasyonlar :

1. özofagusun kostik yanıklannda sık rastlanılan komplikasyon darlıklardır (Striktür)

Gastrostomi yapılan çocuklarda dilatasyon uygulanır. Tekrarlayan özofagus dilatasyonlu çocuklarda psikolojik bozukluklar oluşmaktadır.

2. Özofagus ile trakea arasında fistül oluşması ağır bir komplikasyondur.

3. Özofagus yanıklarında geç dönemde yıllar sonra, özofagusun bozulup, kılmasına bağlı olarak peptik ülserleri gelişebilir. Kötü nedveli darlıklarda nadir olarak uzun yıllar sonra malignan değişme oluşabilir (4, 9).

4. Çocuklarda, yeterli beslenemedikleri için büyüme gerilikleri ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır (9).

Hemşirelik Bakımı :

Bu çocukların birçoğunda erken dönemde en önemli sorun trakeaya kaçmış olan kostik maddelerin tahrişine bağlı olarak soluk alma güçlüğüdür. Bu durumda artmış olan ağız boğaz salgılarına acil olarak aspire etmek gerekir. Preoperatif olarak kolonların radyolojik incelemesi yapılır. çocuğa 48 saat önceden itibaren sıkı diyet ve koruyucu antibiyotikler verilir. Kolon replasmanı yapılan çocuklarda uzun süreli post-operatif bakımda çocukların iyi şekilde beslenebildikleri görülmüştür. Kolon anastozomu yapılmış çocuklara, ayrıca gastrostomide uygulanabilir. Kolo-özofagostomi uygulanmış çocuk, başı yükseltilmiş olarak yatınhr. Post-operatif antibiyotik verilmesine bir hafta daha devam edilir.

Post-operatif günde gastrostomi tübünden beslenmeye başlanır. 10-12. post-operatif günde baryumlu kolonun durumu tekrar tetkik edildikten sonra ağızdan beslenmeye başlanır.

1964'ten beri yapılan kolon replasmanı başarı ile uygulanmış ve mortalite %1 gibi düşük olduğu bildirilmiştir. Ancak kolon replasmanlarında üst anostomozdan tütrük fistülü sıklıkla gelişebilir. Tükrük fistülü çoklukla iyi bir Hemşire BAKIMI ile kendi kendine iyileşebilir. Anostomoz yerinde nadiren darlık gelişebilir. Bazan da nekroz oluşabilir. Fazla gerilme veya diğer sebeplerle venöz dönüş bozulup. üst uçta konjestion ve şişme oluşabilir.

Kolonlarda besinlerin birilcrnesi, kusma ve akciğere aspirasyonla tehlikeli olabilir. Çocuk daha çok ayakta tutulup, baş yüksek olarak yatınlarak, kolunun mideye boşalmasına yardım edilir. Böylece kusma ve akciğerlere aspirasyon önlenabilir.

Çocuklar normal olarak beslenip, gelişmelerini sağlayabilmişlerdir (9, 10, 11).

ÇOCUCLARIN KOSTİK ÖZOFAGUS YANIĞINDAN KORUNMASI

Sosyo-Ekonomik kalkınmaya paralel olarak aile büyüklerin! bilinçlendirerek özofagusta yanık yapan kostik maddelerin çocukların kazaen alıp içmelerinin önlenmesi ile çocuklar yanıklardan korunmalıdırlar.

Konunun esası, pek çok batılı ülkelerde yapıldığı gibi bu maddelerin serbest satışlarının yasaklanmasıdır. Veya satışlar özel etiketli ve ambalajlı şişilerde yapılmalıdır. Eğer bu kostik maddelerin serbest satışı yasaklanabilirse kostik özofagus yarından büyük ölçüde ortadan kalkacaktır. Ayrıca bu kazaların yaygın olduğu bölgelerde öğretmenler, görevli hekim, hemşire ve ebeler eğitim yaparak bunların oluşmasını önleyebilirler.

Yanık özofagus, büyük ölçüde dilatasyonlarla iyileştirilebilir, ancak bu özellikle çocuk ve ailesi için çok uzun ve sıkıntılı bir sürenin geçmesin! gerektirmektedir. özofagus yanıklarının oluşması ve tedavi etmege çalışılmaktansa, yanmaların oluşmasını önlemek en ideal olanıdır (5, 11).

SUM:MARY

Caustic Esophageal Burns in Children

In this article has been written to lye burns of the mounth an esophagus.

KAYNAKLAR

1. Demirağ, B. : Türkiye Kllnikleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Cilt : 1, Ankara, 1984, s : 555.
2. Değerli, ü : Cerrahi Gastroenteroloji, Bayda Basım AŞ. Yayın No : 9, İstanbul, 1984. s : 98-99.
3. Leap, L.L. Et. al : "Hazard to Healthl Liguid Lye". N. Engl. J. Med. 1971, s : 284-.

4. **Menteş, N.K. : Klinik Gastroenteroloji, 4. Baks., E.O. Tıp Fak. Yayını, Cilt : I. 1982. s : 84-88.**
5. **Mutaf. O. "Çocuklarda Kostik Özofagus Yanıkları" Pediatrik Cerrahi Dergisi, 2 : 2, İstanbul, 1988 s : 69-85.**
6. **Marlow, D. : Textbook of Pediatric Nursing, W.B. Saunders Company, Philadelphia London Toronto, Fifth Edi. 1977, s : 555.**
7. **Nelson, W. : Textbook of pediatrics, W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Seventh Edi. 1959, S. 1383.**
8. **Neyzi. O., Uzel, N. : Pediatride Uygulamalar ve Acil Durumlar. I.Ü. Tıp. Fak. İstanbul, 1983, S : 214-215.**
9. **Numanoğlu, I.: Çocuk Cerrahisi, E.Ü.Tıp.Fak. Yayınları. No : 124. İzmir, 1983. S. 938-944.**
10. **Whaley, L.F., Wong, D.L. : Nursing Care of Infants and Children, Third Edi., The C.V. Mosby Company. St. Levis, Washington. D.C. Toronto. 1987. S. 670-672.**
11. **Çocuk Cerrahisi Ders Notları, Tekslri. 1987.**