

Özefagusa Takılan Yiyeceklerin Endoskopik Olarak Çıkarılması

Endoscopic Removal of Retained Foreign Body in Esophagus

Erdoğan Yenidoğan¹, İsmail Okan¹, Hüseyin Ayhan Kayaoğlu¹, Zeki Özsoy¹, Servet Tali¹, Mustafa Şahin¹

¹Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel
Cerrahi Anabilim
Dalı, Tokat

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Zeki

Özsoy

Gaziosmanpaşa

Üniversitesi Tıp

Fakültesi, Genel

Cerrahi Anabilim

Dalı, Tokat

e-mail:

zekiserkanozsoy@hotmail.com

GSM: 0 506 5637037

Tel: 0356 2129500

Dahili: 1085

Özet

Kliniğimize Ocak 2012- Aralık 2013 yılları içerisinde boğazda takılma hissi ile başvuran ve özefagusta yabancı cisim tanısıyla endoskopik olarak tedavi edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Acil üst GİS endoskopi yapılan hastaların birinde özofagusta soğan zarı, dördünde de et parçası, üçünde tavuk kemiği ve diğerinde kılçık görüldü. Gıda artıkları altı hastada snare ile çıkarılırken, üç hastada ise mideye gönderildi. Tüm hastalar bir günlük takip sonrası oral gıda başlanarak komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Bu çalışmada özefagusta yiyecek takılması durumunda üst GİS endoskopi yapılmasının tedavide etkin bir seçenek olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Özefagus, yabancı cisim, endoskopi

Abstract

The records of all patients referred to our clinic for suspected foreign body ingestion and treated endoscopically between January 2012 and December 2013 were evaluated retrospectively. The types of foreign bodies found in these cases included onion skin (1 case), piece of meat (4 cases), chicken bone (3 cases), fish bone (1 case). Food residues removed with snare in six patients, three patients were sent to the stomach. All patients followed a day after starting oral food was discharged without complications. This study demonstrates that dual-channel endoscopic management may be a useful option for removing ingested foreign bodies from the esophagus.

Key words: Esophagus, foreign body, endoscopy

Giriş

Yabancı cisim yutulması veya yiyecek takılması toplumda özellikle çocuklarda ve erişkinlerde sıklıkla gözlenir. Ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Meydana gelebilecek ciddi komplikasyonlar nedeniyle bu yabancı cisimler derhal çıkarılmalıdır (1). Yabancı cisimlerin takılma veya yutulması özellikle diş protezi kullanan yaşlılarda, zeka geriliği olanlarda, mahkumlarda, alkol bağımlılarında, gıdaları hızlıca ve çiğnemedi yutan obez bireylerde daha siktir (2,3). Çocuklar belli bir dönemde buldukları nesnelere ağızlarına götürme eğilimindedirler. Dolayısıyla çocukluk çağında görülme insidansı erişkinlerden daha fazladır (4,5). Çocuklar genellikle oyuncak ve metal türü maddeleri, erişkinler ise et ve kemik gibi yabancı besin maddelerini yutarlar (6). Birçoğu kendiliğinden geçmekle beraber bazen endoskopik olarak çıkarılması gerekmektedir. Burada kliniğimize özefagusa takılan gıdanın çıkarılması için başvuran ve acil üst GİS endoskopisi yapılan hastaları sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimize Ocak 2012- Aralık 2013 yılları içerisinde boğazda takılma hissi ile acil servise başvuran, özefagusta

yabancı cisim tespit edilen ve endoskopik olarak tedavi edilen toplam 9 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, başvuru ve tedavi arasında geçen süre, yapılan tanısal testler, saptanan yabancı cisim ve lokalizasyonu, yapılan tedavi, hastanede kalış süresi ve komplikasyon oranları retrospektif olarak hasta dosyaları ve elektronik kayıtlardan temin edildi. Olguların tümüne iki yönlü boyun ve akciğer grafisi çekildi. yabancı cisim tanısı öntanısı ile endoskopi planlanan tüm hastalar işlem esnasında elektrokardiyografi (EKG), nabız oksimetresi ve kan basıncı takibi ile moniterize edildi. Tüm olgulara 0.05 mg/kg midazolam ile sedasyon uygulandı. Sert ve kemik yapı içeren yabancı cisimler endoskopik forseps yardımıyla çıkarıldı. Özefagogastrik bileşkeye yakın ve yumuşak yabancı cisimler mideye itildi. Tüm olgular işlem sonrası en az 24 saat süreyle klinik ve hemodinamik olarak takip edildi. Penetran yabancı cisim çıkarılan olgulara taburculuk öncesi kontrol gastroskopi yapıldı.

Bulgular

Hastaların 4 tanesi kadın, 5 tanesi erkekti. Yaş ortalaması 44 (36-52) yıl idi. Hastaların servikal ve akciğer grafilerinde patoloji saptanmadı. Beslenme ile acil servise başvuru arasında geçen süre 2-6

saat arasında değişmekteydi. Acil üst GİS endoskopi yapılan hastaların birinde özofagusta soğan zarı, dördünde de et parçası, üçünde tavuk kemiği ve diğerinde kılçık görüldü. Yabancı cisim 7 olguda proksimal özefageal darlıkta bulundu.

Diğer 2 olguda ise orta özefagusta idi. Gıda artıkları altı hastada snare ile çıkarılırken, üç hastada ise mideye gönderildi. Tüm hastalar bir günlük takip sonrası oral gıda başlanarak komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Tablo 1: Yabancı Cisimlerin Tipleri ve Lokalizasyonu

Yabancı cisim	Sayı (n=9)		Lokalizasyon
	n	%	
Soğan zarı	1	11.1	Üst özefagus
Et parçası	4	44.4	Üst özefagus (n=1) Orta özefagus (n=3)
Tavuk kemiği	3	33.3	Üst özefagus
Kılçık	1	11.1	Üst özefagus

Tablo 2: Olgulara yaklaşım ve sonuçları

Yabancı cisim	Yapılan işlem	Hastanede kalış	Komplikasyon
Soğan zarı	Mideye ilerletildi	1 gün	Yok
Et parçası	Mideye ilerletildi	1 gün	Yok
Tavuk kemiği	Snare ile çıkarıldı	1 gün	Yok
Kılçık	Snare ile çıkarıldı	1 gün	yok

Tartışma

Özofageal yabancı cisimlerin erken tanı ve tedavisi, ciddi ve hayatı tehdit edebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Gıdalar üst gastrointestinal yol boyunca en fazla özefagusta darlıklarla karşılaşır. Özofagusun peristaltizmi güçlü olmaması ve mevcut fizyolojik darlıklar nedeniyle gıdaların takılma ve kalma olasılığı artar. Krikofaringeal kas hizası, aortun ve sol ana bronşun özefagusu çaprazladığı bölge ve özefagusun diafragmaı geçtiğı bölge özefagusun en dar kısımlarıdır. Gıdalar en fazla krikofaringeal kas hizasındaki darlığın hemen altında kalır. Bizim olgularımızda da 6 hastada takılma proksimal darlıkta idi.

Yabancı cisimler bölgenin sosyokültürel durumuna, coğrafi özellikleri ile kişilerin beslenme alışkanlıklarına bağlı değişebilir. Çocukluk çağında en sık görülen yabancı cisim metal para iken erişkin yaş grubunda en sık saptanan yabancı cisimler et lokması, tavuk kemiğı, balık kılçığı gibi organik, diş protezleri, piller ve toplu iğne gibi inorganik maddelerdir (7,8). Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık saptanan yabancı cisim çocuklarda madeni paralar iken erişkinlerde et parçası olarak saptanmıştır (9). Uzakdoğuda yapılan bir çalışmada beslenme alışkanlığı ile ilgili olarak ilk

sırada balık kılçıkları, sonra sırasıyla tavuk kemikleri ve kırmızı et kemiklerinin yer aldığı rapor edilmektedir (10,11). Yine uzakdoğuda yapılan bir başka çalışmada balık kılçığı ve tavuk kemiğı en sık rastlanan yabancı cisimler olmuştur (12). Bizim olgularımızın birinde özefagusta soğan zarı, dördünde de et parçası görülmüştür. Ülkemizde özellikle kurban bayramlarında ve toplu yemeklerin yendiğı organizasyonlarda bu tür vakaların sıklığı artmaktadır. Olgularımızın bir tanesinde mevlid yemeğinde bir diğesinde ise düğün yemeğinde boğazına et kaçığı anamnezi alınmıştır.

Özefagus yabancı cisimleri acil servise en sık başvuru nedenlerinden birisidir. Hastalar genellikle boğazda takılma hissi ve ağrı ile başvururlar. Öksürük, bulantı, nefes darlığı, tükürük yutamama gibi şikayetler kliniğe eşlik edebilir. Literatüre bakıldığında ağrının en sık görülen semptomun ağrı olduğı, düzgün ve künt yüzeyle yabancı cisimlerin ise semptom vermeyebileceğı vurgulanmıştır (13).

Özefagus yabancı cisimleri en sık proksimal özefagusta bulunur (14). Dolayısıyla tanıda iki yönlü servikal ve akciğer grafisi ilk adımdır. Sonrasında direk batın grafisi özefagus distalini değerlendirmek için çekilir. Yabancı cisimlerin çoğı radyoopaktır. Balık kılçığı

gibi nonopak olduklarında ise direk grafide görülmeyebilirler. Bu durumda endoskopi hem diagnostik hem de terapotik özelliği ile ön plana çıkar (15). Aspirasyon riski nedeniyle oral kontrast içirilen tetkiklerden kaçınılmalıdır. Radyolojik olarak tanı konulmasına rağmen bazen endoskopide yabancı cisim bulunamayabilir. Bu oran literatürde % 7-62 arasında değişmektedir (16). Bu tür olgularda klinik ve radyolojik takip ile yabancı cisimlerin mideye ilerlediği dikkati çekmiştir.

Biz kliniğimizde direk grafiler sonrasında endoskopi uygulamaktayız. Fleksibl endoskopi yabancı cisimlerin çıkarılmasında % 90'ın üzerinde başarı oranı ile günümüzde standart yaklaşım olarak kullanılmaktadır (17). Yapılan prospektif bir çalışmada endoskopinin üst gastrointestinal sistemdeki yabancı cisimlerin çıkarılması için efektif ve güvenilir bir yaklaşım olduğu görülmüştür (18). Endoskopi sırasında fizyolojik darlıklar dışında özefagus lümenini daraltan malign hastalıklar da tespit edilebilir. Türkyılmaz ve arkadaşları 181 hastadan oluşan çalışmalarında yabancı cisim çıkarılması için endoskopi yapılan 3 hastada özefagus malignitesi tespit etmişlerdir (19). Ancak endoskopi keskin veya geniş yabancı cisimlerin çıkarılmasında yeterince kullanışlı değildir. Bu durumda daha geniş çaplı kanallara

sahip çift kanallı endoskop kullanılabilir. Balon kateter kullanımına olanak sağlamasıyla da özefagus lümenindeki genişlemeye bağlı mukozal hasar ve kanamalara karşı koruyucu olabilir (20,21). Cerrahların zamanla edindiği klinik yaklaşım ve rijit özefagoskop kullanım tecrübesinin artmasına bağlı giderek yükselen oranda başarılı sonuçlar elde edilmiştir (9).

Girişimsel işlemler dışında glukagon (22) ve kalsiyum kanal blokörleri alt özefagus sfinkter basıncını azaltarak takılan cisimlerin mideye atılmasını kolaylaştırır (23). Sindirime uygun yabancı cisimlerin mideye itilmesi de bir diğer tedavi seçeneğidir. Yabancı cisimlerin çıkarılmasında direk cerrahi uygulaması artık yok denecek kadar azdır. Medikal tedavi ve endoskopik işlemlere yanıt alınamayan durumlarda obstrüksiyonu aşmak için cerrahi tedavi tek seçenektir (24). 2005 yılında bir damak protezi için cerrahi kullanılmıştır. Damak protezleri fleksibl endoskoplarla çıkarılmaya uygun yapıda değildir. Wang ve arkadaşları özefagusta yabancı cisim bulunan 19 hastadan 18 tanesini çift kanallı endoskop ile tedavi etmişler, bir hastalarında ise takma diş tespit etmiş ve cerrahi uygulamışlardır (20).

Yabancı cisim bulunduğu bölgede bası, ülserasyon ve inflamasyon yaparak

lokal komplikasyonlara neden olabilir. Bu komplikasyonlar kanama, obstrüksiyon, perforasyon ve hatta ölüme kadar gidebilir (25). İlk 24 saat içindeki başvuru komplikasyon oranını azaltır ve tedavinin daha olumlu sonuçlanmasını sağlar (14). 24 saati geçen başvuru, keskin yabancı cisim varlığı, hastada zeka geriliği olması ve birden fazla yabancı cisim olması komplikasyon oranı artıran faktörlerdir. Lai ve arkadaşları yutma ve başvuru arasında geçen sürenin 48 saatin üzerinde olması, pozitif radyolojik bulgu ve yabancı cismin krikofaringeal bölge veya üst özefageal bölgede olmasını komplikasyon gelişmesine predispozan faktörler olarak tanımlamıştır (26). Hung ve arkadaşları 225 hasta ile özefagus yabancı cisimlerinde komplikasyon gelişmesi için risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında bu risk faktörlerini 24 saati geçen başvuru, pozitif radyolojik bulgu ve hastanın 50 yaşının üzerinde olması olarak sıralamışlardır. Acil servise yabancı cisim takılma şikayeti ile gelen hastada öncelikle iki yönlü boyun ve akciğer grafisi çekilmesini sonra hastanın bir otolaringolojiste konsülte edilmesini; eğer yabancı cisim çıkarılamazsa endoskopinin yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu çalışmada komplikasyon oranını % 9.7 olarak tespit etmişlerdir (27). Endoskopi esnasında komplikasyon oranı literatüre bakıldığında % 1-13 arasında olduğu

görülmektedir (28). Burada endoskopistin deneyimi ön plana çıkmaktadır. Zorlu işlem özefageal perforasyona ve buna bağlı olarak mediastinit, retrofaringeal apse, sepsis, özefagus hava yolu fistülleri, yabancı cismin lümen dışına çıkması, aorto-özefageal fistül gibi çok ciddi komplikasyonlara yol açabilir (29). Keskin veya sivri uçlu yabancı cisimlerin çıkarılması esnasında veya öncesinde perforasyon oluşabilir. Perforasyonların çoğu erişkinlerde kemikli besin maddelerine bağlı görülür (11). Özefagus perforasyonu tedavi edilmezse oldukça mortal seyredir. Standart tedavi yaklaşımı primer onarımdır. Yapılan çalışmalarda konservatif tedaviye üstünlüğü gösterilmiştir. Mümkün olduğunca deneyimli bir cerrah tarafından erken müdahale yapılmalı ve sonrasında hasta yakın takip edilmelidir.

Sonuç

Özefagusta yiyecek takılması üst GİS endoskopisi endikasyonlarından biridir. Perforasyon riski dolayısıyla keskin ve sivri cisimler mideyi geçmeden çıkarılmalıdır. İmpakte özefagus yabancı cisimleri olabildiğince erken dönemde endoskopi ile çıkarılmalıdır. Penetre özefageal yabancı cisimlerde ise tomografide özefagus dışında absenin görülmediği ve penetrasyon süresinin 24 saati geçmediği olgularda üst GİS

endoskopi ilk seçenektir. Erken tedavi edilen olgularda morbidite ve mortalite çok düşüktür.

Kaynaklar

1. Weissberg D, Refaely Y. Foreign bodies in the esophagus. *Ann Thorac Surg.* 2007;84(6):1854-7.
2. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7(3):212-8.
3. Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002;21(4):653-6.
4. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39-51.
5. Little DC, Shah SR, St Peter SD, Calkins CM, Morrow SE, Murphy JP, et al. Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 cases. *J Pediatr Surg.* 2006;41(5):914-8.
6. Ginsberg GG. Management of ingested foreign objects and food bolus impactions. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):33-8.
7. Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M. Esophageal foreign bodies. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1998;13(5):494-8.
8. Soprano JV, Mandl KD. Four strategies for the management of esophageal coins in children. *Pediatrics.* 2000;105(1):5.
9. Celik S, Aydemir B, Tanrıku H, Okay T, Doğusoy I. Esophageal foreign bodies in children and adults: 20 years experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013;19(3):229-34.
10. Zhang S, Cui Y, Gong X, Gu F, Chen M, Zhong B. Endoscopic Management of Foreign Bodies in the Upper Gastrointestinal Tract in South China: A Retrospective Study of 561 Cases. *Dig Dis Sci.* 2010;55(5):1305-12.
11. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg.* 2006;30(3):372-7.
12. Lin HH, Lee SC, Chu HC, Chang WK, Chao YC, Hsieh TY. Emergency endoscopic management of dietary foreign bodies in the esophagus. *Am J Emerg Med.* 2007;25(6):662-5.

13. Ashraf O. Foreign body in the esophagus: a review. *Sao Paulo Med J.* 2006;124(6):346-9.
14. Mosca S, Manes G, Martino R, Amitrano L, Bottino V, Bove A, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients. *Endoscopy.* 2001;33(8):692-6.
15. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Zavos C, Mimidis K, Chatzimavroudis G. Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40(9):784-9.
16. Derowe A, Ophir D. Negative findings of esophagoscopy for suspected foreign bodies. *Am J Otolaryngol.* 1994;15(1):41-5.
17. Herranz-Gonzalez J, Martinez-Vidal J, Garcia-Sarandeses A, Vazquez-Barro C. Esophageal foreign bodies in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991;105(5):649-54.
18. Chaves DM, Ishioka S, Félix VN, Sakai P, Gama-Rodrigues JJ. Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study. *Endoscopy.* 2004;36(10):887-92.
19. Türkyilmaz A, Aydin Y, Yilmaz O, Aslan S, Eroğlu A, Karaoğlanoğlu N. Esophageal foreign bodies: analysis of 188 cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009;15(3):222-7.
20. Wang C, Chen P. Removal of impacted esophageal foreign bodies with a dual-channel endoscope: 19 cases. *Exp Ther Med.* 2013;6(1):233-235.
21. Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tapatiwong H. Esophageal foreign bodies. *J Med Assoc Thai.* 2000;83(12):1514-8.
22. Mehta D, Attia M, Quintana E, Cronan K. Glucagon use for esophageal coin dislodgment in children: a prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2001;8(2):200-3.
23. Al-Haddad M, Ward EM, Scolapio JS, Ferguson DD, Raimondo M. Glucagon for the relief of esophageal food impaction does it really work?. *Dig Dis Sci.* 2006;51(11):1930-3.
24. Ko HH, Enns R. Review of food bolus management. *Can J Gastroenterol.* 2008;22(10):805-8.

25. Higo R, Matsumoto Y, Ichimura K, Kaga K. Foreign bodies in the aerodigestive tract in pediatric patients. *Auris Nasus Larynx*. 2003;30(4):397-401.
26. Lai AT, Chow TL, Lee DT, Kwok SP. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. *Br J Surg*. 2003;90(12):1531-5.
27. Hung CW, Hung SC, Lee CJ, Lee WH, Wu KH. Risk factors for complications after a foreign body is retained in the esophagus. *J Emerg Med*. 2012;43(3):423-7.
28. Loh KS, Tan LK, Smith JD, Yeoh KH, Dong F. Complications of foreign bodies in the esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;123(5):613-6.
29. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Liao Z. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc*. 2006;64(4):485-92.

