

Anemi ve Karın Ağrısı ile Başvuran Bir Trikobezoar Olgusu

Ayşe KUBAT ÜZÜM, İskender DİK, Ersan SANDER, Burhan BEDİR, Güngör ÜZÜM, Fatih ÖNER KAYA

SUMMARY

A Trichobezoar Case Consulted for Abdominal Pain and Anemia

A 21 years old woman consulted to our clinic for abdominal pain and anemia. We found out proximal esophageal web and gastric trichobezoar by upper gastrointestinal barium radiography and endoscopy. It has been removed by surgery. Because of this case we discussed about the bezoars.

Key words: Trichobezoars, endoscopy

Anahtar kelimeler: Trikobezoar, endoskopi

OLGU

21 yaşında bayan hasta, üç aydan beri devam eden ve giderek şiddetlenen karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz polikliniğine başvurdu. Hastada iştahsızlık, bulantı, karında dolgunluk hissi, özellikle yemek yedikten sonra şiddetlenen ve kıvrandırıcı nitelikte olan karın ağrısı mevcuttu. Hasta karın ağrısının oluşacağından korkarak çoğu kez yemek yemediğini veya yedikten sonra parmağını sokarak kustuğunu ifade etti. Özellikle katı gıdaları yutmakta zorlandığını söyleyen hasta son 3 ay içerisinde 10 kg zayıflamış. Bu arada hastanemize başvurmadan önce ülser tedavisi verilmiş.

Tetkik ve tedavi amacıyla yatırdığımız hastanın özgeçmişinde 8 yaşında iken geçirilmiş bir mide ameliyatı öyküsü var. Daha sonra hasta yakınlarından mideden kıl kitlesi çıkarıldığı öğrenildi. Soygeçmişinde; özellik yok. Fizik muayenede; TA 120/70 mmHg, nabız 86/dk, genel durum orta, şuur açık, ödem, ikter, siyanoz yok, zayıf görünümlü, periferik lenfadenopati yok ve sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvarında; Hb 9 g/dl Htc % 27, MCV 78 fl., demir 29 mcg/dl, TDBK 430 mcg/dl, ferritin 5 ng/ml. Diğer biyokimyasal ve hematolojik parametreler normaldi.

Hastaya total parenteral nutrisyon ve antiülser tedavi başlandı. Ancak, hastanın yemeklerden hemen sonra başlayan ve tedaviye hiç yanıt vermeyen özellikle epigastriumda hissedilen kolik tarzında karın ağrısı atakları devam etti. Özofagus-mideduodenum grafisinde; servikal özofagusta krikofaringeal kıvrım ve midede trikobezoar saptandı. Hastaya yapılan üst GİS

endoskopisinde proksimal özofagusta kıvrım ve membranöz darlık saptanması üzerine özofagus balon dilatasyonu uygulandı. Mideye girildiğinde midenin hiperemik, ödemli ve özellikle korpus distali ve antrumda küçük kurvatura üzerinde, ortası ülser polipöz bir lezyon ve trikobezoar saptandı. Endoskopik tanı proksimal özofagusta kıvrım, midede trikobezoar, mide ülseri ve eroziv gastrit olarak rapor edildi. Trikobezoarı endoskopik olarak çıkarma işlemi başarılı olmadığından ülser kenarı ve çevresinden biyopsiler alınarak endoskopiye son verildi. Cerrahi tedavi uygulanmak zorunda kaldı. Cerrahi tedaviden sonra hastaya psikoterapi önerildi. Biyopsinin histopatolojik incelemesinde; lamina propria belirgin ödem, pitlerde belirgin distorsiyon, hafif derecede aktivasyon gösteren kronik gastrit saptandı.

TARTIŞMA

Bezoarlar yabancı maddelerin sürekli birikmesi ile gastrointestinal sistemde oluşurlar. En sık görülenler bitki ve sebze lifleri ile (fitobezoar), hurma ile (disopyrobezoar veya persimmon bezoar), saç ile (trikobezoar) ya da ilaçlarla (farmakobezoar) oluşur⁽¹⁾. Sıklığı tam olarak bilinmemekle beraber, sık görülmezler. Bir çoğu asemptomatiktir. Prevelansı 2 büyük endoskopik seride % 0.4 olarak bildirilmiştir. Antrektomili hastaların % 0-25'inde bezoar saptanabilmektedir. Uzun saçlı kadınlar kadar uzun saçlı erkekler de trikobezoar yönünden aynı risk altındadır^(1,2).

Etiyolojisinde; mideye giren yabancı maddenin yavaş sindirilmesi, mide çıkış yolu obstruksiyonu ya da gastrik motilite bozukluğu suçlanmaktadır. Fitobezoarlar özellikle piloroplasti, antrektomi, parsiyel gastrektomi gibi gastrik müdahalelerden sonra oluşurlar. Diyabetik gastroparezi, mikst bağ doku hastalığı, miyotonik distrofi, hipotiroidi gibi motiliteyi azaltan durumlar da bezoar oluşumu ile birlikte olabilir^(1,2).

Trikobezoarlar büyük miktarlarda, çeşitli uzunluktaki

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği Asist. Dr.*; Klinik Şef Yard. Uz. Dr.**; Gastroenterolog Uz. Dr.***; Klinik Şefi Uz. Dr.****; Uz. Dr.*****; SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği Uz. Dr.*****

kıl liflerinden meydana gelir. Bazen çok büyük hacimlere ulaşabilirler. Yüzeyi kaygan mukoid bir madde ile kaplıdır. Hastanın saç rengi ne olursa olsun trikobezoar koyu yeşil, kahve veya siyah renktedir. Kıl yeme alışkanlığına trikofaji denir. Trikofaji kişilik bozukluğu, psikoz veya düşünce bozukluğunun bir belirtisi olabilir (1,2).

Gastrik bezoarlar genelde asemptomatik seyrederek. Triko bezoarlı hastalar 15-20 yıl hiçbir semptom vermeden yaşayabilir. Semptom gelişimi büyük ölçüde bezoarın boyutu, yeri ve gastrik fizyolojideki bozukluğa bağlıdır. Halsizlik, baş ağrısı, anoreksi, geğirme, erken tokluk hissi, dispepsi, dolgunluk hissi, epigastriumda ağırlık, kilo kaybı gibi semptomları içerir. Bulantı, kusma ve aralıklı epigastrik abdominal ağrı meydana gelir. Bazı olgularda bezoar rezorbe olsa dahi semptomlar kalıcı olmuştur. Bu da, şikayetlerin bezoardan çok gastrik motilite bozukluğuna bağlı olduğunu düşündürür (1-4). Nadiren gastrik bezoarlar zorlu kusma ile normal özofagus regurjite olarak disfaji yaratabilirler. Bazen bezoarlar ince bağırsağa geçerek obstrüksiyona veya perforasyona yol açarlar. Gastrik trikobezoarın piloru geçerek ince bağırsağa ulaşması Rapunzel sendromu olarak bilinir (1,2,5,6). Mide çıkış yolu obstrüksiyonlarında anemi, hematemez, melena komplikasyon olarak gelişebilir. Eğer klinik progressif seyrederse ülserasyon, perforasyon ve peritonit ile sonlanabilir (1,2,7).

Ayırıcı tanıda; gastrit, peptik ulkus, gastrik karsinom, safra yolu hastalıkları veya diğer intraabdominal hastalıklar göz önüne alınmalıdır. Triko bezoarlı hastalarda saç kılları gastrik muhtevada veya dışkıda bulunabilir. Geniş bir bezoar abdominal kitle olarak kendini gösterebilir (8). Düz batın grafilerinde gastrik bezoar ortaya konabilir. Sol üst kadranda bir kitle görünümü olabilir. Benekli görünüm veya hava gölgesi görülebilir. Nadir olarak da düz grafide gastrik amfizem görülebilir. Baryumlu mide grafisinde; midede sferik bir kitlenin etrafında baryum birikintileri görülür. Bu kitle hareketlidir. Baryum sıklıkla bezoara nüfuz eder. Bu da karakteristik benekli görünüme yol açar. Geç alınan görüntülerde kitle değişmez. Baryumlu mide grafisinde % 55-76 olgu saptanmayabilir (1). Endoskopi en duyarlı tanısal testtir. Bezoarı ortaya çıkarmasının yanı sıra mukoza bütünlüğünü, bezoarın kompozisyonunu, bezoara eşlik edebilecek patolojileri belirler. Endoskopik olarak bezoara eşlik eden gastrik ülser veya mide karsinomu saptanabilir.

US ve BT solid, kompleks bezoar kitlelerini gösterebilen noninvaziv tekniklerdir (1).

Bezoarın tedavisinde medikal, mekanik ve cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Gastrik bezoarın medikal tedavisinde enzimatik, proteolitik ve selülotik ajanlar kullanılmaktadır (1). Saç, erik çekirdeği, kağıt, pamuk topları gibi erimeyen bezoarlar mekanik olarak çıkarılmalıdır. Endoskopi, bu objelerin çıkarılmasında kullanılabilir. Daha az yoğun maddeler endoskoptan aspire edilmek üzere yeterince küçük parçalara bölünür ve bu şekilde pilordan da geçirilebilir. ESWL, sert bezoarı parçalara ayırmada faydalı bulunmuştur. Kitlenin sert, kırılğan, hareketli ya da duvara fikse olduğu durumlarda endoskopik tedavi yöntemleri yetersiz kalmaktadır.

Bezoarlar spontan olarak rezorbe olabilirler. Hafif semptomatik ise tedavi en ucuz ve en az invaziv metodla olmalıdır. Fitobezoar için enzimatik tedavi, endoskopik tedaviden daha güvenilirdir. Eğer bezoar devamlılık gösterir ve semptomatik hale gelir ise endoskopik tekniklerden biri uygulanmalıdır. Endoskopi, eritme tedavisine direnen bezoarlarda veya mide çıkış yolu obstrüksiyonuna neden olan bezoarlarda tercih edilir. Cerrahi tedavi; perforasyon, kanama, obstrüksiyon gibi akut komplikasyonlar geliştiğinde ve medikal tedaviye direnen ya da endoskopik olarak çıkarılamayan bezoarlarda gereklidir (1,2,6,10).

KAYNAKLAR

1. Yamada T: Textbook of Gastroenterology Volume 1, 3rd Edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1549-59, 1999
2. Morris PJ, Malt RA: Oxford Textbook of Surgery Vol 1, 1st Ed., Oxford Medical Publication, Oxford, 955-57, 1994.
3. Hulmi T: Aalto Kanamalar. Abdominal pain in a young woman. Duodecim 115(18):2023-2027, 1999
4. Nambiar PK, Midha M, Schmitt JK: Gastrik phytobezoar associated with impaired gastric motility in a patient with spinal injury. Trop Doct 32(2):99-100, 2002.
5. Ameh EA, Nmadu PT: Gastrointestinal obstruction from phytobezoar in childhood; report of two cases. East Afr Med J 78(11):619-20, 2001.
6. Curioso Vilchez WH, Rivera Vega J, Curioso Abriojo WI: Rapunzel syndrome: case report and literature review. Rev Gastroenterol Peru 22(2):168-72, 2002.
7. Alam M, Khan D: An anemic patient who presented with abdominal pain due to trichobezoar. Saudi Med J 23(9):1139-40, 2002.
8. Kleiner O, Finaly R, Cohen Z: Giant gastric trichobezoar presenting as abdominal mass in a child. Acta Paediatr 91(11):1273-4, 2002.
9. Meltzer E, Steinlauf S: Bezoars: from ancient talismans to modern disease. Harefuah. 141(2):142-4, 2002.
10. Baskonus I, Gokalp A, Maralcan G, Sanal I: Giant gastric bezoars. Int J Clin 56(5):399-400, 2002.