

BİRDEN ÇOK ODAKTA EŞ ZAMANLI FİTOBEZOAR, GÖZDEN KAÇABİLEN BİR ANTİTE: OLGU SUNUMU

Oğuzhan DİNÇEL, Erdem KINACI, Seher ŞİRİN, Erhan AYŞAN, Arslan KAYGUSUZ

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

Bezoarlar, yutulmuş yiyecek veya yabancı maddelerin kümülatif olarak gastrointestinal sistemde birikmesidir. Bezoarlar, en sık ince bağırsakta mekanik tıkanmaya neden olarak semptomatik olurlar. Bu durum acil ameliyat endikasyonudur. Bu yazıda artan karın ağrısı, kabızlık, epigastrik ağrı, bulantı, kusma şikayetleri olan ve yedi yıl önce mide ülseri nedeniyle ameliyat olan 53 yaşındaki erkek hasta sunuldu. Ayakta direkt karın grafisinde ileus bulguları da olan hasta acil olarak ameliyata alındı. Biri midede, biri de jejunumda olan iki adet bezoar vardı. Gastrotomi ve jejunotomi ile bezoarlar çıkarıldı. Semptomatik bezoar genellikle tek odaklıdır. İki ayrı odakta görülmesi oldukça enderdir. Her bezoar olgusunda gastrointestinal sistemin diğer bölümlerinin gözden geçirilmesi unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Bezoarlar/komplikasyonlar/radyografi; bağırsak tıkanıklığı/etioloji; mide; ileus.

MULTIFOCAL SIMULTANEOUS PHYTOBEZOAR, AN UNUSUAL ENTITY: CASE REPORT

Bezoars consist of indigested food and foreign materials that accumulate within the gastrointestinal tract. Bezoars frequently cause mechanical obstruction by passing into the small bowel where they are symptomatic. This is an indication of urgent operation. In this article, we presented 53 year old man with upper abdominal pain, constipation, epigastric pain, nausea, vomiting and operated for gastric ulcer seven years ago. Abdominal X-ray studies revealed ileus signs (air-fluid levels) and than we operated him. There were two bezoars; one in stomach and one in jejunum. Bezoars were extracted by gastrotomy and jejunotomy. In clinical aspect, symptomatic bezoars are usually being located in one focus within the gastrointestinal tract. Multifocal presentation is very rare. We shouldn't forget to exploration another parts of gastrointestinal tract for all bezoars subject.

Key Words: Bezoars/complications/radiography; intestinal obstruction/etiology; stomach; ileus.

Bezoarlar, sindirime uğramayan maddelerin koleksiyonu sonucu oluşan gastrointestinal sistemdeki lümen içi kitlelerdir.^[1,2] Bezoarlar dört şekilde oluşur; bitkisel besinlerin fibrinlerinden oluşan bezoarlar (fitobezoar), saç tırnak gibi sindirime uğramayan maddelerin alımı ile oluşan bezoarlar (trikobezoar), konsantre süt ve süt ürünlerinin oluşturduğu bezoarlar (laktobezoar) ve diğerleri.^[3-5] Fitobezoarlar genellikle

meyve ve sebzelerde bulunan ve sindirilemeyen selüloz, tannin, lignin gibi maddelerin birikimi ile oluşur.^[5,6] Bezoar, sıklıkla midede yerleşmekle beraber ince bağırsakta da yerleşir ve burada mekanik bağırsak tıkanıklığına neden olurlar.^[7,8] Bezoarların tanısı direkt grafilerle konulabilir. Baryumlu grafilerde dolmuş defektleri olarak bulgu verebilirler. Ultrasonografide (USG), lümen içine yerleşmiş hiperekoik ge-

Başvuru tarihi: 28.12.2005 **Kabul tarihi:** 15.8.2006

İletişim: Dr. Oğuzhan Dinçel. Bağcılar Cad., Haznedar Mah., No: 38/10, Güngören, İstanbul.

Tel: +90 - 212 - 556 00 50 **e-posta:** droguzhandinzel@yahoo.com

niş bir bant şeklinde görülebilir. Bilgisayarlı tomografinin (BT) diğerlerine göre üstün olduğunu savunan çalışmalar vardır. Endoskopinin tanısal yaklaşım sırasında tedavi edici yönü de mevcuttur. Semptomatik bezoarlarda tedavi cerrahidir.^[9-11] Bezoarların birden çok odakta olması ender rastlanan bir olaydır. Bu yüzden bir odakta bezoar saptanmışsa olması muhtemel diğer odaklar da araştırılmalıdır.^[12]

OLGU SUNUMU

Elli üç yaşındaki erkek hasta, bir haftadır gittikçe artan karın ağrısı, kusma ve gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Anamnezinde yedi yıl önce piloroplasti ve beş yıl önce kolesistektomi geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet ve özellikle epigastriumda distansiyon vardı, akut karın bulguları yoktu. Turgor azalması ve mukoza kuruluğu mevcuttu. Arteriyel basınç: sistolik 120 mmHg, diyastolik 70 mmHg, nabız dakikada 82 idi. Laboratuvar bulguları; lökosit 15000/mm³, hematokrit %45, hemoglobin 14 g/dl, üre 152 mg/dl, sodyum 136 mmol/L, kreatin 1.1 mg/dl, potasyum 3.2 mmol/L idi. Ayakta direkt karın grafisinde fundusta gaz stopajı ve ileus bulguları (hava-sıvı seviyeleri) vardı.

Hasta 48 saat takip edildi. Baryumla yapılan direkt karın grafisinde piloroplasti yapılmış bölgede ve jejunum anslarında kısmi tıkanıklık yapan kitleler gözlemlendi. Bezoar ön tanısıyla ameliyata alınan hastaya önceki ameliyatında Heineke-Mickulicz piloroplasti uygulandığı görüldü. Midede anastomoz hattına yakın bölgede bir tane bezoar palpe edildi daha sonra eksplorasyonun devamında jejunumda da bir adet

bezoar saptandı. Gastrotomi ve jejunotomi uygulanarak fitobezoarlar çıkarıldı (Şekil Ia, b). Hasta ameliyat sonrası 12. gün şifa ile taburcu edildi.

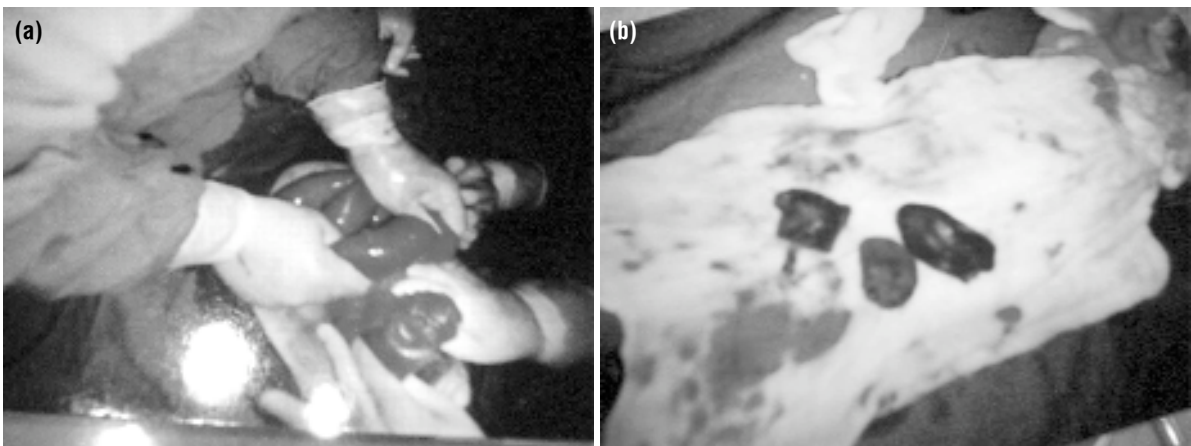
TARTIŞMA

Geçirilmiş mide cerrahisi, dental sorunlar nedeniyle çiğneme yetersizliği, hurma ve ananas gibi fibrinden zengin yiyeceklerin tek seferde yüksek miktarda alınması fitobezoar için; mental gerilik, pika, trikotilomani gibi psikiyatrik patolojiler trikobezoar için risk faktörüdürler.^[1,13-16] Literatürde hurma ve ananasın yüksek miktarda alınması sonrası gelişen fitobezoar olguları vardır.^[5,6]

Bazı çalışmalarda bezoar olgularının %75'inin peptik ülser nedeniyle gastrik cerrahi uygulanmış olgular olduğu gösterilmiştir.^[17-19] Gastrik cerrahi sonrası azalan motilite, pilor fonksiyonunun bozulması ve oluşan hipoasidite bezoar oluşumuna zemin hazırlar.^[7,20,21] Gastrik cerrahi ile bezoar saptanması arasındaki süre dokuz ay ile otuz yıl arasında değişebilir.^[22-25] Nitekim sunduğumuz hastaya yedi yıl önce piloroplasti uygulanmış olması, bu hastada da yukarıda bahsettiğimiz faktörlerin bezoar oluşumuna katkısının sonucu olarak değerlendirilebilir.

Bezoarlar genellikle sinsi seyredir.^[1,2] Tipik belirtileri; epigastrik ağrı, bulantı, kusma, erken doyumluk, kilo kaybı ve hematemezdir.^[1,2,13,14,26] Olgumuzda epigastrik rahatsızlık ve ağrının yanında bulantı, kusma ve gaita çıkaramama vardı.

Triko-bezoarlar, duodenuma, jejunuma ve hatta ileoçekal valvi aşarak kolona kadar uzayarak mekanik bağırsak tıkanıklığına neden olurlar. Bu durum ilk



Şekil I. (a) Ekplorasyonda mide ve jejunumda bezoarın görülmesi. (b) Gastrotomi ve jejunotomi ile çıkartılmış olan bezoarlar.

kez Vaughan ve ark.^[27] tarafından tanımlanmıştır ve buna Rapunzel sendromu denir. Bezoarlar, eş zamanlı olarak nadiren gastrointestinal sistemin farklı bölümlerinde görülebilirler.^[4] Bezoarların majör komplikasyonları; ince bağırsakta mekanik tıkanıklık, mide perforasyonu, mide ülseri ve gastritir.^[22,28-30] Bunlardan en sık ince bağırsakta tıkanıklık görülür.^[7] Fitobezoarların %60 oranında tıkanıklığa neden olduğu bildirilmiştir. Ek olarak tüm ince bağırsak obstrüksiyonlarının %4.5'inde neden bezoarlardır.^[25] İnce bağırsak tıkanıklığı meydana gelen olgularda tanı %50-75 oranında direkt grafilerle konur.^[5,24,31] Genişlemiş bağırsak ansları ve hava sıvı seviyeleri görülebilir.^[2,19] Baryumlu grafilerde intralüminal dolum defektleri bezoarın klasik görüntüsüdür. Bu dolum defektleri genellikle köpüksü bir görüntüye sahiptir ve bu görüntü villöz tümörlerle karışabilir.^[19] Hastamızda direkt grafide lümen içi kitle görüntüsünden şüphelendik ve baryumlu grafilerde mide ve jejunumda yerleşmiş bezoarları, köpüksü görüntüsü olan lümen içi dolum defekti olarak gözlemledik.

Ultrasonografide lümen içine yerleşmiş hiperekoik geniş bir bant şeklinde görülebilir.^[2,9,14] BT'nin bezoar tanısında direkt grafi ve baryumlu grafiye daha üstün olduğunu savunan çalışmalar vardır. Bezoarlar BT'de sınırları keskin, oval, homojen olmayan lümen içi kitle olarak görülürler. Oral kontrast verilerek çekilen BT'de kontrast madde tipik olarak kitle sınırlarında yoğunlaşır. Kontrast madde verilmeyen çekilen BT ile tanı konulabilmesi, BT'nin baryumlu grafiye göre avantajlarından birisidir.^[10] Endoskopi, tanısal yaklaşımda tedavi şansı veren bir yöntemdir.^[2,13] Endoskopik girişimler midede yer alan bezoarların tamamını gösterirken, ince bağırsağa geçmiş olanların ancak %12'sini gösterebilir.^[11,32] Bezoarlarda konvansiyonel tedavi, gastrotomi ve/veya enterotomi ile bezoarın çıkarılmasıdır. Komplike durumlarda rezeksiyon gerekebilir.^[21] Bildirdiğimiz olguda gastrotomi ve enterotomi birlikte uygulandı, rezeksiyon gerekli olmadı.

Sonuç olarak, fitobezoarlar bezoarların en sık formudur ve sıklıkla mekanik bağırsak tıkanıklığı ile kendini gösterir. Tek odakta fitobezoar saptanan tüm olgularda ikinci odak mutlaka araştırılmalıdır. Gözden kaçan olgularda ameliyat sonrası yaşanan ağrı, ileus gibi sorunlar farklı yorumlara neden olarak geç tanı konulmasına bağlı komplikasyonlara neden olabilir.

KAYNAKLAR

1. Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL. The Rapunzel syndrome (trichobezoar) causing atypical intussusception in a child: a case report. *J Pediatr Surg* 1999;34(3):479-80.
2. Babl FE, Hyams JS, Justinich CJ. Index of suspicion. Case 3. Diagnosis: trichobezoar. *Pediatr Rev* 1996;17(3):99, 101.
3. Andrus CH, Ponsky JL. Bezoars: classification, pathophysiology, and treatment. *Am J Gastroenterol* 1988;83(5):476-8.
4. Alsafwah S, Alzein M. Small bowel obstruction due to trichobezoar: role of upper endoscopy in diagnosis. *Gastrointest Endosc* 2000;52(6):784-6.
5. Gurses N, Gurses N, Ozkan K, Ozkan A. Bezoars--analysis of seven cases. *Z Kinderchir* 1987;42(5):291-2.
6. Hayes PG, Rotstein OD. Gastrointestinal phytobezoars: presentation and management. *Can J Surg* 1986;29(6):419-20.
7. Saeed ZA, Rabassa AA, Anand BS. An endoscopic method for removal of duodenal phytobezoars. *Gastrointest Endosc* 1995;41(1):74-6.
8. Kovacs V, Bruncak P, Cseri J, Malatinec J. Simultaneous bezoars in the stomach, ileum and cecum causing acute ileus in a 30-year-old imbecile--case report. [Article in Slovak] *Rozhl Chir* 2002;81(5):248-51. [Abstract]
9. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177(1):65-9.
10. Yildirim T, Yildirim S, Barutcu O, Oguzkurt L, Noyan T. Small bowel obstruction due to phytobezoar: CT diagnosis. *Eur Radiol* 2002;12(11):2659-61.
11. Blam ME, Lichtenstein GR. A new endoscopic technique for the removal of gastric phytobezoars. *Gastrointest Endosc* 2000;52(3):404-8.
12. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177(1):65-9.
13. Azizzadeh A, Moldovan S, Scott BG. Image of the month. Rapunzel syndrome. *Arch Surg* 2002;137(12):1443, 1444.
14. Kolho KL, Lindahl H, Saarinen UM. Cases of the month: three children with abdominal complaints. *Eur J Pediatr* 1997;156(1):75-6.
15. Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, Tanaka H, Seki N, Atomi Y. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar. *J Pediatr Surg* 1998;33(4):663-5.
16. Bouwer C, Stein DJ. Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. *Psychosom Med* 1998;60(5):658-60.
17. Wang PY, Skarsgard ED, Baker RJ. Carpet bezoar obstruction of the small intestine. *J Pediatr Surg* 1996;31(12):1691-3.
18. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, Lujan JA, Torralba JA, Liron R, et al. Gastrointestinal bezoars. *Br J Surg* 1994;81(7):1000-1.
19. Verstandig AG, Klin B, Bloom RA, Hadas I, Libson E. Small bowel phytobezoars: detection with radiography. *Radiology* 1989;172(3):705-7.

20. Quiroga S, Alvarez-Castells A, Sebastia MC, Pallisa E, Barluenga E. Small bowel obstruction secondary to bezoar: CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1997;22(3):315-7.
21. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol* 2005;11(12):1813-7.
22. Krausz MM, Moriel EZ, Ayalon A, Pode D, Durst AL. Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment. *Am J Surg* 1986;152(5):526-30.
23. Gaya J, Barranco L, Llompart A, Reyes J, Obrador A. Persimmon bezoars: a successful combined therapy. *Gastrointest Endosc* 2002;55(4):581-3.
24. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177(1):65-9.
25. Buchholz RR, Haisten AS. Phytobezoars following gastric surgery for duodenal ulcer. *Surg Clin North Am* 1972;52(2):341-52.
26. Barzilai M, Peled N, Soudack M, Siplovich L. Trichobezoars. [Article in Hebrew] *Harefuah*. 1998 Aug;135(3-4):97-101, 167. [Abstract]
27. Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968;63(2):339-43.
28. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, Lujan JA, Torralba JA, Liron R, et al. Gastrointestinal bezoars. *Br J Surg* 1994;81(7):1000-1.
29. Mangold D, Woolam GL, Garcia-Rinaldi R. Intestinal obstruction due to phytobezoars. Observations in two patients with hypothyroidism and previous gastric surgery. *Arch Surg* 1978;113(8):1001-3.
30. Rumley TO, Hocking MP, King CE. Small bowel obstruction secondary to enzymatic digestion of a gastric bezoar. *Gastroenterology* 1983;84(3):627-9.
31. Morris B, Shah ZK, Shah P. An intragastric trichobezoar: computerised tomographic appearance. *J Postgrad Med* 2000;46(2):94-5.
32. Naveau S, Poynard T, Zourabichvili O, Poitrine A, Chaput JC. Gastric phytobezoar destruction by Nd:YAG laser therapy. *Gastrointest Endosc* 1986;32(6):430-1.