

FİTOBEZOAR NEDENİYLE OLUŞAN MEKANİK BAĞIRSAK TIKANIKLIĞI OLGULARI*

Nejdet BİLDİK, Mustafa GÜLMEN, Ayhan ÇEVİK, Hüseyin EKİNCİ, Erdem ÖZTÜRK, Mehmet ALTINTAŞ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

Fitobezoar, gastrointestinal sistemde bulunan gıdaların sertleşmesi ile oluşur. Bunlar ince bağırsak tıkanıklıklarının nispeten nadir nedenlerindedir. Genellikle portakal, Trabzon hurması gibi yumuşak, lifli gıda alınımı anamnezi ile birlikte. Yumuşak ve liflilerin dışındaki gıdalarla fitobezoar gelişmesinde temel neden sıklıkla mide ameliyatlarının yol açtığı gastrik stazdır. Mide fitobezoarlarının seçilecek tedavisi gastrik lavaj, berrak sıvı diyet veya endoskopik parçalama ve çıkarma gibi ameliyatsız yöntemler olmakla birlikte, akut intestinal tıkanmayla kendini gösteren fitobezoarlarda kesinlikle cerrahi tedavi gerekir. Bu yazıda fitobezoarlara sekonder gelişen ince bağırsak tıkanıklıklarında tanı ve tedavi ile ilişkili faktörleri gözden geçirmek amacıyla, fitobezoar nedeniyle oluşan yedi intestinal tıkanıklık olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

Anahtar Sözcükler: Bezoarlar/komplikasyonlar/tanı/etyoloji/cerrahi; intestinal obstrüksiyon/tanı/etyoloji/cerrahi.

MECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION CASES DUE TO PHYTOBEZOAR

Phytobezoar is a gastric concretion composed of vegetable matter found in the alimentary tract. It is relatively uncommon cause of small bowel obstruction and is often associated with a history of recent pulpy foods such as persimmons and oranges. In the development of nonpersimmon phytobezoar the key element is gastric stasis, often induced by gastric surgery. Although the treatment of choice for gastric phytobezoar is nonoperative, based on gastric lavage, clear fluid diet or endoscopic fragmentation and removing, phytobezoars presenting as acute intestinal obstruction require mandatory operative management. To review the diagnostic and therapeutic implications of small bowel obstruction secondary to phytobezoars, we retrospectively evaluated seven patients with intestinal obstruction due to phytobezoar that we operated.

Key Words: Bezoars/complications/diagnosis/etiology/surgery; intestinal obstruction/diagnosis/etiology/surgery.

Bezoar ilk defa hayvanlarda tanımlanan yenilmiş materyallerin sertleşmiş halidir. Bezoarlar; saç, toprak gibi ajanlarla olduğunda trikobezoar, sebze, meyve lifleri gibi ajanlarla olduğunda fitobezoar, her iki tip birlikte olduğunda trikofitobezoar adını alırlar.^[1] Genellikle obstrüktif semptomlara neden olan bezoarlar, seyrek olarak ülserasyon ve kanamalara da yol açar.^[2,3]

Bağırsak lümenin içten veya dıştan kısmı ya da tam olarak engele uğraması ile oluşan mekanik bağırsak tıkanmaları, genel cerrahi kliniklerinin aciline başvuran hastaların %10-20'sini oluşturlar.^[1] Meka-

nik bağırsak tıkanıklarının da %2'sinden daha azının etyolojisinde bezoarlar yer alır.^[4]

Kliniğimizde mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeniyle ameliyat ettiğimiz, etyolojisinde fitobezoar saptanan yedi hasta retrospektif olarak incelendi.

HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 2000 ve Mayıs 2004 tarihleri arasında acil polikliniğimize başvuran yedi hasta (5 erkek [%71], 2 kadın [%29]; ortalama yaş 38.28; dağılım 28-56 yaş) yaş, cinsiyet, şikâyetleri ve geçirdikleri batın ameliyatları yönünden irdelendi.

*Ulusal Cerrahi Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (26-30 Mayıs 2004, Belek, Antalya).

Başvuru tarihi: 11.2.2005 **Kabul tarihi:** 20.1.2006

İletişim: Dr. Nejdet Bildik, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1251 **e-posta:** nejdet.bildik@sbkeah.gov.tr

İlk gelişteki fizik muayene bulguları, hemogram, kan üre, kreatinin, sodyum, potasyum değerleri ve çekilen ayakta direkt batın grafileri incelendi.

Hastalarımıza yapılan ameliyatlar ve ameliyat sonrası komplikasyonlar retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların hepsinde karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri vardı. Anamnez irdelendiğinde zaman zaman olan karın ağrısı ile beraber provokasyon ve kusma hastaların tümünde 1-6 aydır vardı. Kliniğimize başvurdıklarında bildirdikleri karın ağrısı şikâyeti en erken 3 en geç 5 gün önce başlamıştı. Gaz gaita çıkaramama şikayeti tüm hastalarda 24-48 saatte mevcuttu (Tablo I).

Hastaların 5'i daha önce batın ameliyatı geçirmişti. Ameliyatta saptanan dört subtotal gastrektomili hasta, ortalama 10 (8-15) yıl önce mide ülseri nedeniyle ameliyat olduklarını belirtmişlerdir; hastanın birinde kolesistektomi ameliyatı saptanmıştır.

Hastaların ilk geliş fizik muayene bulguları; batın distansiyonu, batında yaygın hassasiyet, defans, rebound, rektal tuşede gaita, artan veya azalan bağırsak sesleri idi.

Hastaların tamamına çekilen ayakta direkt batın grafilerinde hava sıvı seviyeleri vardı (Şekil I).

Hastalar, sıvı replasmanı ile elektrolit imbalansının düzeltilmesi, nazogastrik dekompresyon ile konservatif takip ile en erken 6. saatte en geç 48. saatte ameliyata alındılar. Olguların ameliyat endikasyonları; fizik muayene bulguları, kan lökosit değerleri, direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri ve nazogastrik tüpten fekaloid gelmesiydi. Hastalara genel anestezi altında orta hat insizyonu ile batın ameliyatları yapıldı. Dört hastada peroperatuar mide subtotal rezeksiyonu saptandı. Ameliyatta terminal ileuma 10-30 cm uzaklıkta, bağırsak lümenini tam tıkamış patolojik olarak belirlenen fitobezoarlar saptandı (Şekil II).

Bir hastada fitobezoara eşlik eden jejunumda karsinoid tümör mevcuttu. İki hastada kısmi bağırsak rezeksiyonu, beş hastaya ileotomi+fitobezoar ekstreksiyonu uygulandı. Mortalite olmadı. Komplikasyon olarak bir hastada atelektazi saptandı.

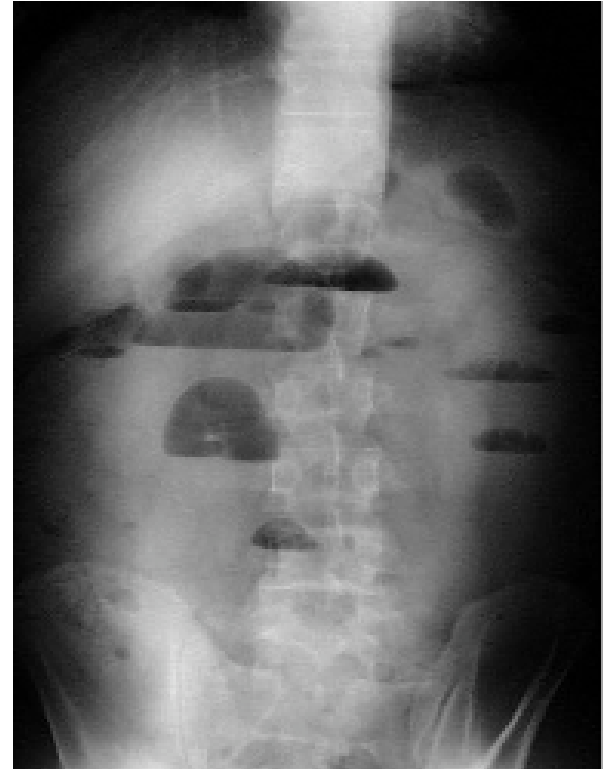
Tablo I. Hastaların fizik muayene bulguları

	(+) Sayı (Yüzde)	(-) Sayı (Yüzde)
Batın distansiyonu	6 (85)	1 (15)
Batında yaygın hassasiyet	5 (71)	2 (29)
Defans	4 (57)	3 (43)
Rebound	1 (15)	6 (85)
Rektal tuşede gaita	-	7 (100)
Bağırsak sesleri	6 artmış (85)	1 azalmış (15)

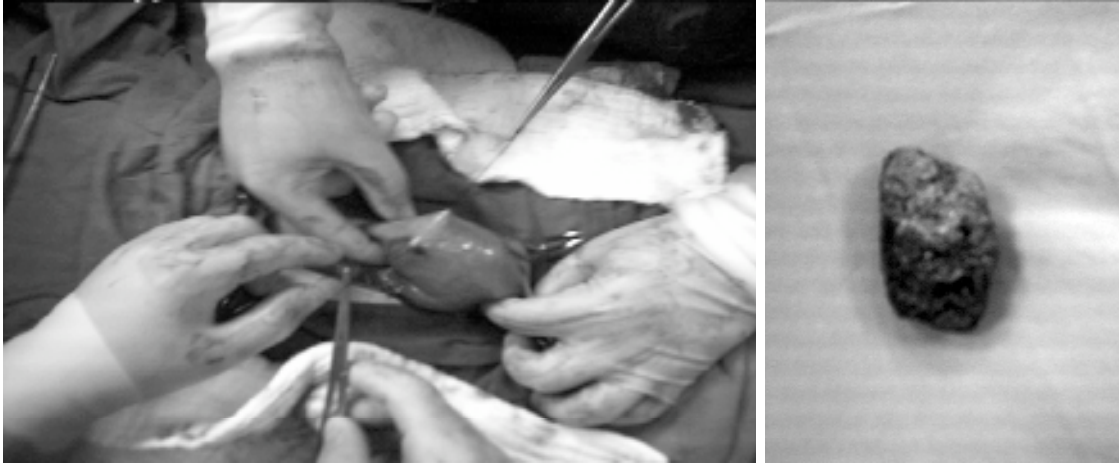
TARTIŞMA

Bezoarlar: saç, toprak gibi ajanlarla olduğunda trikobezoar, sebze, meyve lifleri gibi ajanlarla olduğunda fitobezoar, her iki tip birlikte olduğunda trikofitobezoar adını alırlar.^[1]

Fitobezoarlar alimenter traktta bulunan sebze-meyve gibi materyalin aşırı sertleşmesi ile oluşurlar ve sıklıkla hastanın, yakın zamanda narenciye (portakal, greylift, mandalina), Trabzon hurması (persimon), erik, incir, üzüm, kereviz veya taze fasulye gibi bir gıdayı aşırı miktarda almış olduğu anamnezi



Şekil I. Fitobezoar nedeniyle ameliyat edilen bir hastanın ayakta çekilen direkt batın grafisindeki hava sıvı seviyeleri.



Şekil II. İleum lümenini tam tıkanmış bir olguda ileotomi, fitobezoar çıkarılması uygulandı.

söz konusudur.^[2] Genellikle obstrüktif semptomlara neden olan bezoarlar, seyrek olarak ülserasyon ve kanamalara da yol açar.^[3] Bağırsak lümeninin içten veya dıştan kısmı ya da tam olarak engele uğraması ile oluşan mekanik bağırsak tıkanmaları, genel cerrahi kliniklerinin aciline başvuran hastaların %10-20'sini oluşturur.^[1] Mekanik bağırsak tıkanıklarının da %2'sinden daha azının etyolojisinde bezoarlar yer alır.^[4] Bezoar ve intestinal tıkanıklık formasyonunda bazı faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Olguların %50 kadarında, diş sağlığı bozuk veya uygun olmayan takma dişlere sahip kişilerde, büyük gıda parçaları yeterince çiğnenmeden mideye girmektedir.^[5] Gastrik cerrahi sonrası ve altta yatan bir hastalıkla ilişkili veya idyopatik olabilen gastrik staz, fitobezoar gelişiminde anahtar bir rol oynamaktadır.^[6] Olgularının %67'sinde gecikmiş gastrik boşalma olduğunu bildiren seriler yayınlanmıştır.^[7] Postgastrektomik dönemde gelişen, azalmış asid-pepsin sekresyonu, aşırı mukus sekresyonuna neden olan kronik gastrit ve büyük gıda parçalarının intestinal sisteme geçişine izin veren pilorik fonksiyonun yokluğu gibi faktörler fitobezoar gelişiminde önemli rol oynamaktadır.^[8]

Escamillia ve ark. hastalarının %76.3'ünde, Hayes ve Potstein ise %56'sında gastrik cerrahi anamnezi ve diğer bazı yazarların da belirttiği gibi, cerrahi ile bezoar oluşumu arasında ise ortalama 7.5 yıllık bir interval olduğunu bildirmişlerdir.^[6,9] Gastrik staza neden olan cerrahi dışı durumlar, insüline bağımlı diabetes mellitus ve hipotiroidizm olarak bildirilmiştir.^[10,11] Gastrik sekresyonu ve gastrik boşalmayı azaltan etkileri dikkate alınarak, H2 reseptör bloker-

leri kullanımına bağlı olduğu ileri sürülen olgular da bildirilmiştir.^[12] Adenomalar, leyomiyosarkomlar ve metastatik melanomalar gibi, ince bağırsak lümeninin lobule ve villöz tümörleriyle yapılması gereken durumlarda, ayırıcı tanı güçlük gösterir.^[13] Bizim bir olgumuzda fitobezoarın, ince bağırsak lümenini daraltan primer jejunal karsinoid tümörün proksimalinde olduğu ameliyat sırasında saptandı.

Mide fitobezoarlarında lavaj, berrak sıvı diyet ve etkin endoskopik girişimler genellikle tedavide yeterli iken, akut intestinal tıkanmaya neden olan fitobezoarlarda cerrahi girişim zorunludur.^[9] De Bakey ve Ochsner bu olgularda olabiliyorsa ameliyat öncesinde, değilse ameliyat sırasında eksplorasyonda midede bezoar aranması gerektiğini vurgulamışlardır.^[14] Son zamanlarda, ince bağırsak tıkanmalarında, fitobezoar olasılığında ameliyat öncesi tanıda bilgisayarlı tomografi önerilmektedir.^[15] Başarılı bezoar tedavisinden sonraki aşamada, bezoar nüksünün önlenmesine yönelik olarak alınması gereken önlemler söz konusu olmalıdır. Bezoar oluşumuna yol açabilen gıdalardan kaçınmak, diş sağlığına gerekli önemi vermek ve gıdaların yeterince çiğnenerek yenilmesi gibi önlemlere ek olarak, uzun süreli profilaktik oral enzim (papain, sellülaz, asetilsistein...) tedavisi ve metoklopramide kullanımının, nüks insidansını azalttığı bildirilmiştir.^[16]

Sonuç olarak; mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların etyolojilerinde nadir de rastlansalar, fitobezoarların akılda tutulması ve bu nedenle mide ve ince bağırsak eksplorasyonunun dikkatli bir şekilde yapılması gerektiğine inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Parlak M. İnce barsak hastalıkları. In: Kalaycı G, editor. Genel cerrahi. Cilt 2. İstanbul; Nobel Tıp Kitapevi; 2002. p. 1299-321.
2. Dolan PA, Thompson BW. Management of persimmon bezoars (diospyrobezoars). *South Med J* 1979;72(12):1527-8.
3. Jaffe BM. Postgastrectomy and postvagotomy syndromes. In: Baker R, editor. *Mastery of surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lipincott; 2001. p. 1007-23.
4. Granot E, Fich A, Ayalon A, Manny J, Winograd I, Schwartz J, et al. An epidemic of persimmon bezoars in Israel. *Isr J Med Sci* 1984;20(2):167-9.
5. Buchholz RR, Haisten AS. Phytobezoars following gastric surgery for duodenal ulcer. *Surg Clin North Am* 1972;52(2):341-52.
6. Hayes PG, Rotstein OD. Gastrointestinal phytobezoars: presentation and management. *Can J Surg* 1986;29(6):419-20.
7. Brady PG. Gastric phytobezoars consequent to delayed gastric emptying. *Gastrointest Endosc* 1978;24(4):159-61.
8. Delpre G, Glanz I, Neeman A, Avidor I, Kadish U. New therapeutic approach in postoperative phytobezoars. *J Clin Gastroenterol* 1984;6(3):231-7.
9. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, Lujan-Mompean J, Liron-Ruiz R, Torralba-Martinez JA. Intestinal obstruction and bezoars. *J Am Coll Surg* 1994;179(3):285-8.
10. Goldstein SS, Lewis JH, Rothstein R. Intestinal obstruction due to bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984;79(4):313-8.
11. Medero M, Hoffman D, Lineaweaver W, King C, Rumley TO. Nausea, vomiting, and epigastric pain in an elderly diabetic. *JAMA* 1985;20;254(11):1485-6.
12. Nichols TW Jr. Phytobezoar formation: a new complication of cimetidine therapy. *Ann Intern Med* 1981;95(1):70.
13. Verstandig AG, Klin B, Bloom RA, Hadas I, Libson E. Small bowel phytobezoars: detection with radiography. *Radiology* 1989;172(3):705-7.
14. De Bakey M, Oschner A. Bezoars and concretions: comprehensive review of literature, with analysis of 303 collected cases and presentation of eight additional cases. *Surgery* 1939;5:132-60.
15. 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.
16. Morgallies MN. Foreign bodies and bezoars. In: Morris PJ, Wood WC, editor. *Oxford textbook of surgery*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 1341.