

İnce barsak bezoarının ultrasonografik tanısı

Dr. Bülent YILDIRIM, Dr. Gönül GÜRKAYNAK, Dr. Doğan AKYOL, Dr. Çağlar BAYSAL, Dr. Gülay TEMUÇİN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

ÖZET

Çeşitli tip mide ameliyatı geçiren hastalar, normal popülasyona göre daha sık mide bezoarı gelişme eğilimine sahiptir. Bezoar geliştikten sonra birçok ciddi komplikasyon oluşabilir. Bunlardan biri de bezoarın yerinden kopması ile oluşan ileustur. Öncelikle ultrasonografik tetkik istenen bir hastada belirlenen intestinal bezoar vakası sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: **Bezoar, ultrasonografi**

BEZOAR midede tam sindirilemeyen meyve-sebze lifleri (fitobezoar) ve saç tellerinin (trikobezoar) birikmesi ile oluşur. Nadir olarak gıda bolusu, yabancı cisimler, mide kandidiyazisi bezoara neden olabilir(1). Trikobezoar daha çok ruhsal hastalığı bulunan genç kadınlarda saç yeme alışkanlığına bağlı gelişirken, fitobezoar büyük oranda peptik ülser nedeni ile yapılan mide ameliyatının geç komplikasyonu olarak ortaya çıkar (2). Birçok bezoar semptom vermediğinden gerçek insidansı tam bilinmemektedir. Geniş endoskopik serilerde ortalama %0.4 civarında bildirilmektedir(3,4). Kliniğimizde ise iki yıl içinde yapılan 15000 üst endoskopik incelemede toplam 7 vaka görülmüştür (5).

OLGU SUNUMU

Acil servise karın ağrısı nedeni ile müracaat eden 54 yaşındaki bayan hasta, bulantı ve kusma şikayetlerinin de başlaması üzerine cerrahi servisine yatırıldı. Subileus ön tanısı ile izlenen hasta yaklaşık 12 yıl önce, penetre duodenal ülser nedeni ile Billroth II+ Bilateral trunkal vagotomi ameliyatı geçirmişti.

Hastanın ayakta çekilen direkt batın grafisinde ileus lehine belirgin bulgular yoktu. Tanı için kliniğimizden ultrasonografik tetkik istendi. Yapılan incelemede, ileum anslarına uyan bölgede hafif genişlemiş ince barsak lümeninde uzun, hiperekojen kitle görüldü. Kitlenin ayrıca yoğun sonik gölgesi bulunuyordu (Resim 1 ve 2). Hastanın karın ağrısı ve kusması giderek arttı ve ertesi gün çekilen direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu (Resim 3).

Ameliyatta ileoçekal valvin yaklaşık 50 cm. proksimalinde ileum anslarının dilate olduğu görüldü. Palpasyonlu lümeninde kitle belirlendi. Kitle el ile parçalanmaya çalışıldı ve çekuma doğru ilerletildi. Enterotomi yapmaya gerek kalmadan ameliyata son verildi.

SUMMARY: Ultrasonographic diagnosis of intestinal bezoar

Patients who have had a various types of gastric surgery are susceptible than the normal population to the development of a gastric bezoars. Once formed phytobezoars may be accompanied by many serious complications. Intestinal obstruction is caused by the migration of the bezoar: We present a case of intestinal phytobezoar initially referred for sonographic evaluation.

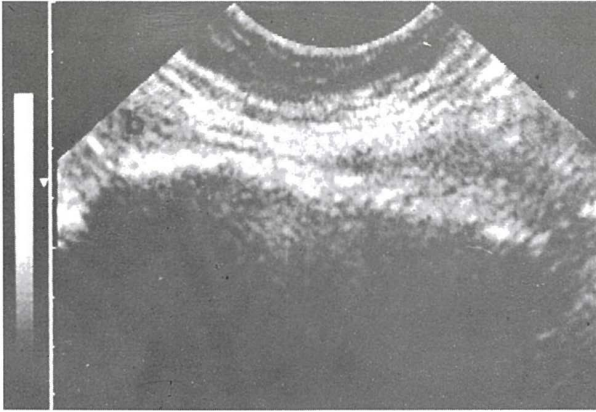
Key words: **Bezoar, ultrasonography**

TARTIŞMA

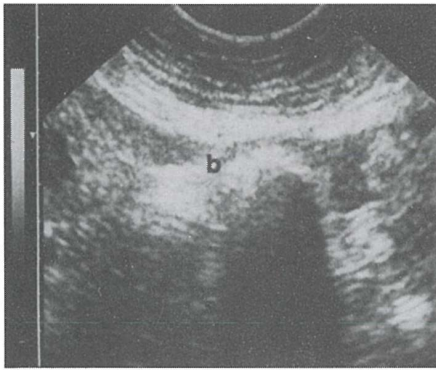
Erişkinlerde görülen bezoar genellikle fitobezoardır ve bu hastaların geçmişinde büyük oranda geçirilmiş mide ameliyatı mevcuttur. Ameliyat sonrası bozulan mide fizyolojisine bağlı gelişen sindirim yetersizliği nedeni ile, meyve ve sebze lifleri midede birikmektedir (6). Bu tür ameliyatlar sonrası bezoar görülme insidansı %10-20 arasında bildirilmiştir (7,8).

Vagotomi, piloroplasti, antrektomi ve parsiyel gastrektomi gibi girişimleri içeren mide ameliyatları sonrası bezoar oluşumu için ortam doğmaktadır (2). Mide ameliyatı geçiren hastalarda asid ve pepsin sekresyonu azalmaktadır. Midenin propülzif aktivitesi de özelliğini kaybetmekte ve motilite bozulduğu gelişmektedir. Stomanın daralması, kalan midenin ufak olması, yetersiz çiğneme, turuncgiller gibi riskli gıdaların fazla alınması, mucus salgısının artması sindirimi engelleyen diğer kimyasal ve mekanik faktörlerdir (2,9). Bezoar gelişen hastalarda en sık görülen semptom epigastrik ağrıdır. Ayrıca bulantı, kusma, kilo kaybı, dispepsi, erken doyma diğer bulgulardır. Semptomlar bezoarın yerleşimi, çapı ve mide fizyolojisinin bozulma düzeyi ile yakından ilişkilidir (1,2,10).

Bezoar tanısında direkt batın grafisi, baryumlu mide-duodenum grafisi ve endoskopik tetkikler kullanılır. Bunlar içerisinde gerek tanıda gerekse tedavide kullanılan fiberoptik endoskopi diğerlerine göre oldukça üstündür (2). Son yıllarda ultrasonografi (US) ile midedeki bezorların tanısı daha sık konmaktadır. Bizim vakamızda olduğu gibi bezoara bağlı gelişen ince barsak tıkanıklığının US ile tanısı ise oldukça nadir konmaktadır. Mide bezoarının US incelemesinde oldukça hiperekojen kompleks bir kitle görülür. Yoğun sonik gölge veren veren kitlenin içinde mobil ekojenik unsurlar da olabilir (11,12). İnce barsak lümenindeki bezoar da aynı özellikleri taşır. Barsak lümeni geniş ve sekresyonlu olabilir. Lümeninde uzun, hiperekojen



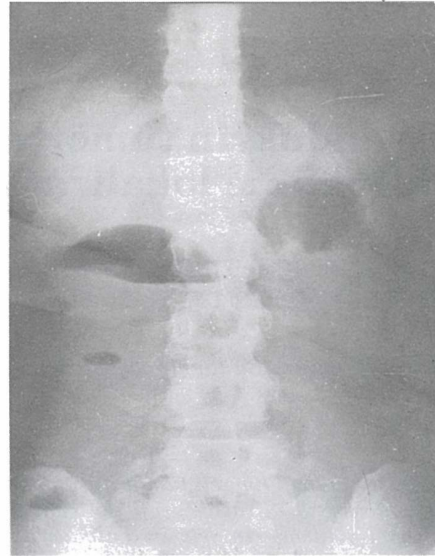
Resim 1. İnce barsaktaki bezoarın ultrasonografide longitudinal görünümü.



Resim 2. İnce barsaktaki bezoarın ultrasonografide transvers görünümü.

kitlenin yoğun sonik gölgesi dikkat çekicidir.

Tedavisinde çeşitli enzimatik ve prokinetik ilaçlar kullanılır. Son yıllarda endoskopik olarak snare, başket ve forsepsle parçalanması ve çıkarılması ön plana çıkmıştır. Eğer bu yöntemlerle mideden uzaklaştırılması mümkün değilse ve kitle çok büyükse cerrahi tedavi gündeme gelir (13). Bezoara bağlı gelişen başlıca komplikasyonlar gastrik ülser ve ülserasyonlar, kanama, perforasyon ve ileustur (14). Midede oluşan bezoar du-



Resim 3. Hastanın çekilen direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri.

odenuma doğru uzayarak veya yerinden koparak ileusa neden olur. Daha sık görülen, bezoarın tamamen yerinden ayrılarak ileus yapmasıdır. Bezoara bağlı ileus yaklaşık %11 oranında görülmektedir (1,15). İleus en sık ileoçekal valvden 50-75 cm. proksimalde gelişir. Bu bölge ileumun en dar segmentidir. İleus oluşumunda en önemli faktör, bu dar bölgeden ziyade pilor fonksiyonunun bozulmasıdır. Acil cerrahi müdahale gereken ileus tablosunda her zaman enterotomi gerekme-yebilir. Bezoar elle parçalanabilir veya çekuma doğru itilerek pasaj açılır (14, 16).

Mide operasyonu geçiren kişilerde, 5-10 yıl sonra fitobezoar gelişme riski artmaktadır. Bu tür hastaların spesifik olmayan şikayetlerinde, subileus ve ileus tablolarında bezoar akla gelmelidir. Gastrik bezoar tanısında US bulguları pratikliği, doktoru ve hastayı doğru yönlendirme açısından faydalı olmaktadır. Nadir olarak ta bezoarın ince barsak yerleşimi US ile görüntülenebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. DeBakey M, Ochsner A. Bezoars and concretions. Surgery 1938, 4:934.
2. Dietrich NA, Gau FC. Postgastrectomy phytobezoars-endoscopic diagnosis and treatment. Arch Surg 1985, 120:432.
3. Kadian RS, Rose JF, Mann NS. Gastric bezoars. spontaneous resolution. Am J Gastroenterol 1978, 70: 179.
4. Ahn YH, Maturu P, Steinhebe FU, Goldman JM. Association of diabetes mellitus with gastric bezoar formation. Arch Intern Med 1987, 147: 527.
5. Dolar ME, Caner ME, Ateş KB, Boyacıoğlu S, Şahin B. Gastrointestinal Endoscopy 1993; 39: 4-604.
6. Hayes PG, Rotstein OD. Gastrointestinal phytobezoars: presentation and management. Can J Surg 1986; 29: 419.
7. Blackstone MO. Endoscopic interpretation. New York: Raven press, 186, 1986.
8. Harey M, Goldstein M, Leroy E. Gastric bezoars: a frequent complication in the postoperatif ulcer patient. Diag Radiol 1973; 107-341.
9. Budd DC, McCreary ML. Gastric phytobezoar: still another postgastrectomy syndrome. Am Surg 1978; 44: 104.
10. Siffert G. Foreign bodies in the stomach. In: Henry L. Bockus, Gastroenterogy. ed 3. Phyladelphia, WB Saunders 1974, 1:1065.
11. Bidula MM, Rifkin M, McCoy RI. Ultrasonography of gastric bezoar. J Clin Ultrasound 1986, 14: 49.
12. Ratcliffe JF. The ultrasonographic appearance of a trichobezoar. Br J Radiol 1982; 55:166.
13. Zarling EJ, Moeller DD. Bezoar therapy: complications using Adolph's tenderizer and alternatives from literaturu review. Arch Intern Med 1981, 141: 1669.
14. Deal DR, Vitale P, Raffin SB. Dissolution of a postgastrectomy bezoar by cellulase. Gastroenterology 1973, 64: 467.
15. Saeed ZA, Ramirez FC, Hepps KS et al. A method for the endoscopic retrieval of trichobezoars. Gastrointestinal Endoscopy 1993, 5: 698.
16. Norberg PB. Intestinal obstruction due to food. Surg Gynecol Obstetrics 1961, Aug: 151.