

Fitobezoara bağlı gelişen intestinal obstrüksiyon: bilgisayarlı tomografi bulguları ile değerlendirme

Meral Şen (*), Aydın İnan (*), Cenap Dener (*), Selda Tez (**)

Özet

Fitobezolar, sindirilmemiş meyve ve sebze artıklarının sindirim sistemi içinde oluşturduğu kitlelerdir. Sıklıkla daha önce mide cerrahisi geçirmiş kişilerde görülür. En sık komplikasyonu, intestinal obstrüksiyondur. Fitobezoara bağlı gelişen intestinal obstrüksiyonların tanısında, bilgisayarlı tomografi ile değerlendirme oldukça yararlı bilgiler verir. Bu olgu sunumunda 17 yıl önce obstrükte peptik ülser nedeni ile bilateral trunkal vagotomi ve gastroenterostomi operasyonu geçirmiş 45 yaşındaki bayan hastada, fitobezoara bağlı gelişen barsak obstrüksiyonu klinik ve bilgisayarlı tomografi bulguları ile birlikte sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Barsak obstrüksiyonu, bilgisayarlı tomografi, fitobezoar

Summary

Intestinal obstruction due to phytobezoar: evaluation with computed tomography

Phytobezoars are masses composed of fruit or vegetable matter undigested in the gastrointestinal tract. They are usually seen in patients who have undergone previous gastric surgery. Its most common complication is intestinal obstruction. Computed tomography imaging is

useful in diagnosing of phytobezoar associated with small bowel obstruction. In this case report bowel obstruction due to phytobezoar in a 45-year-old female patient who had bilateral truncal vagotomy and gastroenterostomy operation due to obstructing peptic ulcer 17 years ago is presented with its clinical and computed tomography findings findings.

Key words: Intestinal obstruction, computerized tomography, phytobezoar

Giriş

Fitobezolarlar, sindirime uğramayan bitkisel besin liflerinin taşlaşması olarak tanımlanabilir. Genellikle peptik ülser nedeni ile gastrik cerrahi geçirmiş kişilerde midenin peristaltik ve işlevsel bozukluklarına sekonder görülmektedir (1). Tüm intestinal obstrüksiyonların %0.4-4'ünün gastrointestinal bezoarlara bağlı olduğu bildirilmektedir (2).

Olgu Sunumu

Kırkbeş yaşındaki bayan hasta, yaklaşık 3 gündür devam eden kramp şeklinde karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkaramama yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 17 yıl önce peptik ülserle bağlı pilor obstrüksiyonu nedeni ile bilateral trunkal vagotomi+gastroenterostomi ameliyatı geçirmiş olduğu öğrenildi. Fizik muayenede vital bulguları stabil olarak belirlendi (Tansiyon arteriyel: 130/80 mmHg, nabız: 88/dk, ateş: 36.8 °C). Karın muayenesinde, tüm kadranslarda hafif derecede

hassasiyet ve distansiyon olduğu ve barsak seslerinin artmış olduğu tespit edildi. Laboratuvar testlerinde lökosit sayısının 11.000/mm³ olduğu ve diğer biyokimyasal değerlerin normal sınırlarda bulunduğu belirlendi. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsaklara ait hava sıvı seviyeleri görüldü. Karın ultrasonografisinde (USG) içleri sıvı dolu, dilate barsak ansları dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta mekanik barsak obstrüksiyonu ön tanısı ile genel cerrahi servisine yatırıldı. Oral gıda alımı kesildi, nazogastrik sonda takıldı, intravenöz sıvı replasmanına başlandı. Obstrüksiyonun sebebini araştırmaya yönelik çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) kesitlerinde; ince barsaklarda ileal seviyeye kadar dilatasyon ve hava sıvı seviyeleri saptanırken, terminal ileum düzeyinde, içinde hava kabarcıkları olan, düzgün konturlu intralüminal kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). Kitlenin fitobezoar olduğu düşünüldü. Yaklaşık 24 saat konservatif olarak izlenen hastanın bulgularında değişiklik olmaması üzerine operasyon kararı alındı. Laparotomide distal ileum içinde tespit edilen, 3x3 cm boyutlarında hareketli fitobezoar parçalanarak ve ezilerek çekuma sağılmaya çalışıldı. Ancak, aşırı sertleşmiş olması nedeni ile bu işlem yapılamadı. Barsak üzerinde longitudinal enterotomi yapılarak taşlaşmış fitobezoar çıkartıldı. Hasta postoperatif 5. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

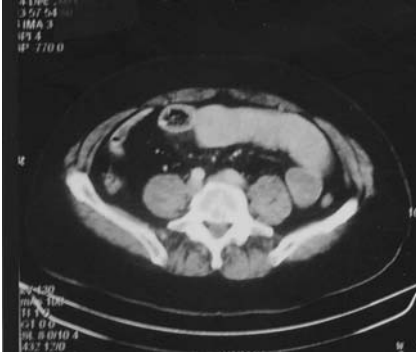
**Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Ayrı basım isteği: Dr. Meral Şen, 1. cadde 5. sokak. 33/3, Bahçelievler-06500, Ankara

E-mail: drmersen@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 15.08.2005

Kabul tarihi: 07.11.2005



Şekil 1. 45 yaşındaki kadın olguda ince barsakta fitobezoar. Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde dilate ince barsak segmentleri ve ileal seviyede içerisinde hava gölgeleri içeren fitobezoara ait, oval, iyi sınırlı, intraluminal kitle lezyonu izleniyor

Tartışma

Bezoarlar genellikle içeriklerine göre isimlendirilir ve en sık görülenleri meyve sebze artıklarının oluşturduğu fitobezoarlardır (3). Fitobezoarların yanı sıra triko-bezoarlar, laktobezoarlar, ilaç bezoarları ve çeşitli yiyeceklerin (sarımsak, fındık, kestane gibi) çiğnenmemesi sonucu görülen yemek bezoarları da tanımlanmıştır (3). Gastrointestinal bezoar saptanan hastaların büyük bir çoğunluğunda çeşitli nedenler ile mide boşalma problemi vardır. En sık olarak, geçirilmiş gastroduodenal cerrahi öyküsü, nadiren de diyabet gibi metabolik hastalıklar saptanır (4). Çiğneme fonksiyonunun yetersiz olması, dişlerle ilgili problemler ve kitle oluşturan meyvelerin (portakal, ayva, hurma, incir, muz gibi) aşırı tüketilmesi bezoar gelişimini kolaylaştırmaktadır (1,3). Bizim olgumuzda da 17 yıl önce obstrükte peptik ülser nedeni ile geçirilmiş bilateral trunkal vagotomi+gastroenterostomi öyküsü vardı.

Bezoarlar, tipik olarak mekanik intestinal obstrüksiyona yol açar. Hastada ani başlayan kramp tarzında karın ağrıları, şişkinlik, bulantı, kusma ve gaz gaita çıkaramama gibi bulgular oluşur. Çoğu hastada geçirilmiş karın ameliyatı öyküsü olduğundan, yanıtıcı olarak yapışıklıklara bağlı obstrüksiyon geliştiği düşünülebilir (5). Gastrik bezoarlarda peptik ülser aktivasyonunu taklit eden epigastrik ağrılar ya da bezoarın mukozayı erode etmesi sonucu üst gastrointestinal sistem kanaması ve perforasyon görülebilir (1).

Tanıma radyolojik yöntemler oldukça

faydalı olur. Düz radyografilerde mekanik intestinal obstrüksiyona bağlı olarak havasız seviyeleri görülür. Nadiren bezoarın minik gaz gölgeleri içeren solid bir kitle gölgesi oluşturduğu görülebilir. Abdominal USG'de ise hiperekoik yay şeklinde görüntü veren ve şiddetli posteriyor akustik gölgesi olan intraluminal kitle lezyonu belirlenebilir. Ripolles ve ark.nın toplam 33 bezoarın radyolojik verilerini inceledikleri 17 olguluk gastrointestinal bezoar serilerinde; 3 olguda (1 gastrik, 2 jejunal) düz grafide tipik görünüm saptanırken, 15 olguda bulunan toplam 19 bezoar, ultrasonografik olarak görüntülenmiştir (5). Bu seride düz radyografi ile bezoar saptama oranı %18 (3/17) olarak bildirilirken, USG ile bu oran %88'e (15/17) çıkmıştır. USG, dilate ansların varlığı nedeni ile multipl bezoarların saptanmasında yetersiz kalabilmektedir. Bizim hastamızda da USG ile sadece dilate barsak ansları saptanmış ve bezoar görüntülenememiştir.

BT, gastrointestinal bezoarların tanısında oldukça önemlidir. Ripolles ve ark.nın serisinde tomografi ile bezoarın saptanma oranı %97 olarak bildirilmektedir (5). Fitobezoarlar tomografide tipik olarak iyi sınırlı, oval, içinde yer yer küçük hava kabarcıkları olan benekli kitle olarak gözükür. Kitlenin proksimalindeki ince barsak ansları obstrüksiyon nedeni ile dilate, distali ise normal ya da daralmış olarak görülür (5-8). BT'de feçes benzeri materyaller bezoarlar ile karıştırılabilir. Ancak bu yapılar "ince barsak feçes belirtisi" olarak tanımlanan özellikleri ile bezoarlardan ayırt edilebilir. Bezoarlar ovoid ve enkapsüle görünüm verirken, feçes daha çok tübüler ya da konik yapıdadır ve bezoarlara göre daha uzun bir barsak segmentini kaplar. Bezoarlarda dilate segment ile kollabe segment arasında belirgin bir geçiş bölgesi görülürken, bu yapılarda distalde de genişlemiş barsak segmentlerine rastlanır (6,8). Bizim olgumuzun tomografik bulgularının literatür ile uyumlu olduğu görüldü ve fitobezoar; intestinal bezoarların en sık yerleşim yeri olan ileumun son 20-25 cm.lik bölümünde tipik olarak görüntüledi (Şekil 1). BT ile multipl intestinal bezoar ve eşlik eden gastrik bezoarlar da görüntülenebilir (5). Fitobezoarların tanısında

manyetik rezonans görüntüleme yöntemi de (MRG) kullanılabilir (9). MRG'de T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde fitobezoarlar, zayıf sinyal yoğunluğu veren, yer yer birleşmiş benekli görüntülü ovoid kitle imajı oluşturur (9). Olgumuzda BT ile kesin tanı konulması nedeniyle bu yöntem kullanılmadı.

Fitobezoara bağlı gelişen mekanik intestinal obstrüksiyonun tedavisi cerrahidir. İntralüminal kitlenin bezoar olduğu saptandıktan sonra, kitle ezilerek ya da parçalanarak çekuma sağılmalı ve pasaj açılmalıdır. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi taşlaşmış bezoarlarda bu yöntem başarılı olamazsa, enterotomi yapılarak bezoar çıkarılmalıdır (1-3,6,8). Tüm barsaklar ve mide, multipl bezoar olasılığı nedeni ile kontrol edilmelidir. Fitobezoarların tedavisinde endoskopik ve laparoskopik yöntemler de başarı ile uygulanmaktadır (10-12). Chae ve ark. terminal ileumdaki fitobezoarı kolonoskopik olarak çıkartmışlardır (10). Ganpathi ve ark. da mekanik intestinal obstrüksiyon tanısı ile yatırdıkları hastada diagnostik laparoskopik yaparak terminal ileumda fitobezoar saptamışlar ve mini laparotomi ile enterotomi yaparak bezoarı çıkartmışlardır (11). İntestinal bezoarların laparoskopik olarak enterotomi yapılmaksızın ezilerek ve parçalanarak çekuma sağılması da, tedavi alternatiflerinden birisi olarak bildirilmiştir (12).

Bezoarlar mekanik barsak tıkanıklığının nadir sebepleri arasındadır. Özellikle, daha önce gastroduodenal cerrahi geçirmiş hastalarda akla getirilmelidir. Bu hastalara çiğneme fonksiyonunu geliştirici egzersizler, bitkisel liflerden fakir diyet verilmeli ve yemeklerle birlikte bol sıvı almaları önerilmelidir. BT bulguları bezoarların tanısında önemli rol oynamaktadır. Tedavide açık cerrahi halen yaygın olarak kullanılmakla birlikte, non-operatif endoskopik yöntemler ve laparoskopik girişimler de başarı ile uygulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Robles R, Parilla P, Escamilla C, et al. Gastrointestinal bezoars. Br J Surg 1994; 82: 1000-1001.
2. Escamilla C, Robles-Campos R, Parilla-Paricio P, Lujan-Mompean J, Liron-Ruiz R, Torraalba-Martinez JA. Intestinal obstruction and bezoars. J Am Coll Surg 1994;

- 179: 285-288.
3. Goldstein SS, Lewis JH, Rothstein R. Intestinal obstruction due to bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 313-318.
 4. Brady PG, Richardson R. Gastric bezoar formation secondary to gastroparesis diabeticorum. *Arch Intern Med* 1977; 137: 1729.
 5. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gill P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR* 2001; 177: 65-69.
 6. Zissin R, Osadchy A, Gutman V, Rathaus V, Shapiro-Feinberg M, Gayer G. CT findings in patients with small bowel obstruction due to phytobezoar. *Emerg Radiol* 2004; 10: 197-200.
 7. Yıldırım T, Yıldırım S, Barutçu O, Oğuzkurt L, Noyan T. Small bowel obstruction due to phytobezoar: CT diagnosis. *Eur Radiol* 2002; 12: 2659-2661.
 8. Kim JH, Ha HK, Shon MJ, et al. CT findings of phytobezoar associated with small bowel obstruction. *Eur Radiol* 2003; 13: 299-304.
 9. Lee JM, Jung SE, Lee KY. Small-bowel obstruction caused by phytobezoar: MR imaging findings. *AJR* 2002; 179: 538-539.
 10. Chae HS, Kim SS, Han SW, et al. Endoscopic removal of a phytobezoar obstructing the distal small bowel. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 264-266.
 11. Ganpathi IS, Cheah WK. Laparoscopic-assisted management of small bowel obstruction due to phytobezoar. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15: 30-32.
 12. Yol S, Bostancı B, Akoğlu M. Laparoscopic treatment of small bowel phytobezoar obstruction. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2003; 13: 325-326.