

Yutulmuş dikiş iğnesinin duodenumu penetrasyonu sonrası transvers mezokolona migrasyonu

Hamis Mehmet ŞENER, Adem KARATAŞ, Barbaros Şahin KARAGÜN, Yavuz MERCİMEK, Adıgüzel GÖRMÜŞ

SUMMARY

Penetration of the duodenum by an ingested needle with migration to transverse mesocolon

Foreign body ingestion is a common problem frequently encountered in both children and adults, but perforation of gut by sharp metallic objects is rare and rarer still is their migration. This case is about a penetration of the duodenum by an ingested needle with migration to transvers colon mezoderm.

A 21 years old man was referred to us with a four day history of ingestion a sewing needle accidentally. An abdominal roentgenogram showed the needle on the upper abdominal area. We hospitalized the patient and decided to follow him conservatively with abdominal roentgenogram because he had no symptom of perforation. He had complaint of abdominal pain after eating meal, an abdominal plain roentgenogram showed a needle in the upper abdominal area. On general physical examination he had no clinical findings except tenderness at palpation on the upper abdominal area. After following five day we decided to explore the patient because the needle has not moved at the roentgenogram. At the abdominal exploration there was no sign of peritonitis and perforation. We found the needle in the transvers colon mezoderm and extirpate the needle uneventfully. We thought that the needle migrated by penetrating the third part of the duodenum. The patient was extarnated the postoperative fifth day without any complication.

Management of ingested foreign bodies differs according their localizations, shapes and structures. About % 80 of ingested foreign bodies have uncomplicated spontaneous passage but a rate % 1 of sharp foreign bodies penetrates the bowel. Metallic foreign bodies can be visualized on plain X-rays. Ultrasonography can be helpful. Endoscopy should be used for diagnosis and also for removing the foreign bodies which lodges in the cricopharyngeal sphincter or esophagus in 24 hours.

If there is no perforation or obstruction the patients can be followed conservatively but the followed patient which had ingested a sharp foreign body should be explored if the foreign body did not pass through the gastrointestinal tractus with an enough waiting time or if it does not move at roentgenograms.

Key words: Foreign body, penetration of the duodenum

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim, duodenum penetrasyonu

Yabancı cisimlerin yutulması daha çok çocukluk döneminde görülmesine rağmen erişkinlerde kaza sonucu ve intihar girişimi sonucu görülebilir. Yutulmuş yabancı cisimlerin çoğunu madeni para, çivi, iğne, diş, balık kılçığı oluşturur. Yutulmuş yabancı cisimlerin büyük bir kısmı genellikle sorunsuz atılır. Fakat, yutulmuş cismin büyüklüğü, delici ve kesici olup olmaması ortaya çıkacak olan komplikasyonları belirleyen temel etkidir. Literatür incelendiğinde komplikasyonlara yol açmış yabancı cisimlerin daha çok ileoçekal valv proksimalinde yerleştiği görülmüştür. Bizim olgumuz kaza sonucu yutulmuş bir dikiş iğnesinin duodenum üçüncü kıtasını penetre ederek transvers mezokolona migrasyonu ile ilgilidir.

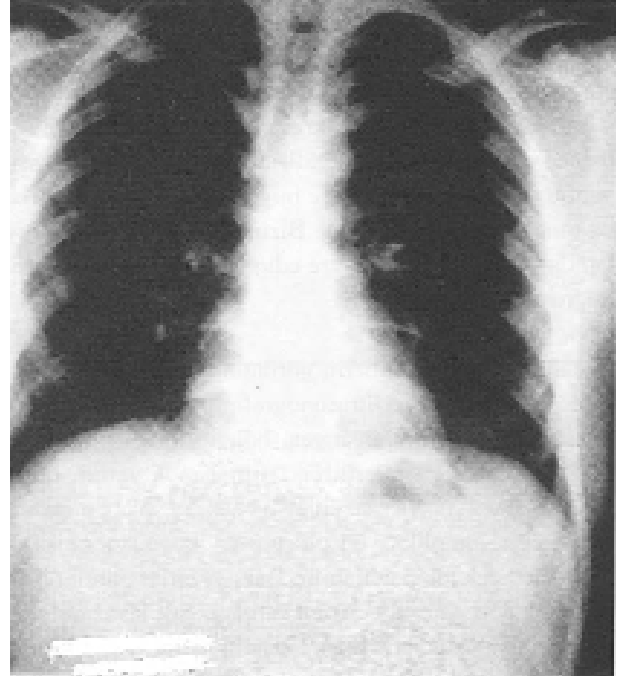
OLGU SUNUMU

21 yaşında bir erkek hasta kaza sonucu 4 günlük bir dikiş iğnesi yutma ve daha çok yemeklerden sonra ortaya çıkan karın ağrısı öyküsü ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateş 36.5 derece, tansiyon arterial 130/80 mmHg, nabız 70/dk olarak ölçülmüş olup, palpasyonda epigastrik bölgede hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Batında distansiyon izlenmedi, bağırsak sesleri dinlemekle normoaktif olarak duyuldu, batında peritonit ve perforasyonu düşündürecek herhangi bir fizik muayene bulgusu izlenmedi. Düz batın grafisinde (Şekil 1) ince bağırsaklar düzeyinde iğnenin radyoopasitesi izlendi, akciğer grafisinde (Şekil 2) perforasyonu düşündürecek diyafragma altı serbest hava izlenmedi. Batın US'de batın içi serbest sıvı izlenmedi. Tam kan sayımında beyaz küre sayısı 8600, nötrofil % 60 olarak ölçüldü.

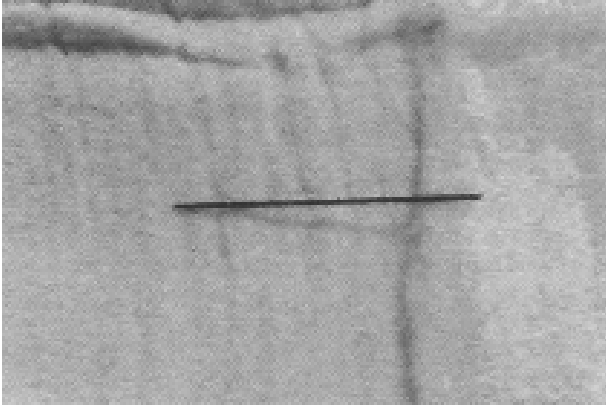
Hastanın yatışı yapılarak pürel diyet başlandı. Günlük düz karın grafisi ve fizik muayene ile hastanın takibi yapıldı. Yatışının beşinci gününde hastanın şikayetlerinde bir ilerleme olmamasına rağmen, düz karın grafisinde iğnenin yerinde değişikliklik olmaması üzerine batın eksplorasyonu kararı alındı. Antibiyotik profilaksisi yapılarak göbek üstü orta hat insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda batın temiz olarak izlendi, tüm ince bağırsaklar ve kolon tarandığında iğne palpe edilemedi. İğnenin transvers mezokolon köküne tamamen penetre olduğu palpasyonla anlaşıldı. İğnenin bulunduğu mezokolon dokusu üzerinden yaklaşık yarım santimetrelik bir insizyon yapılarak



Şekil 1. Düz batın grafisinde ince barsaklar düzeyinde iğnenin radyoopasitesi izlenmektedir.



Şekil 2. Akciğer grafisinde perforasyonu düşündürecek diyafram altı serbest hava izlenmemektedir.



Şekil 3. Ekstirpe edilen midedeki asit salgısı nedeniyle paslanmış iğne görülmektedir.

iğne sorunsuz olarak çıkarıldı (Şekil 3). İğnenin deldiğini düşündüğümüz duodenum 3. kıtasında herhangi bir çıkış deliği izine rastlanmadı. İğne çapının küçük olması nedeniyle açılan deliğin kendiliğinden kapanarak perforasyona neden olmadığı, aynı zamanda transvers mezokolon köküne penetrasyonun duodenum 3. kıtadan retroperitoneal yoldan veya serbest ön yüzünden gerçekleşmiş olabileceği düşünüldü. Batında başka patoloji saptanmaması üzerine batın kapatıldı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz geçti ve postoperatif 5. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Gastrointestinal traktukta çeşitli patolojilere neden ol-

muş birçok yabancı cisim görülmüştür. En sık görülenler daha çok madeni para olmak üzere çivi, iğne, diş protezleri ve balık kılçıklarıdır. Yutulan yabancı cisimlerin çoğu (% 80) bir hafta içinde sorunsuz olarak intestinal pasajdan atılır (1-3). İğne, balık kılçığı gibi sivri uçlu yabancı cisimlerin barsağı penetre etme oranı literatürlerde % 1 olarak bildirilmiştir (4,5). Üst GİS'te en çok takılma yeri özofagus ve pilordur. Midedeki yabancı cisimler genellikle semptom oluşturmazlar (6). Piloru geçen yabancı cisimler genellikle kalın bağırsaklara rahatlıkla geçerler ve rektumdan atılırlar (7). İleoçekal valvin 60 cm proksimalinde pasaj daraldığı için yabancı cisimler buraya takılabilir. İleoçekal valv yabancı cisimlerin takılabileceği başka bir bölgedir. Nadir olarak yabancı cisimler apendiks lümenine takılabilirler ve apendisite neden olabilirler. Santamarina ve ark. apendiks lümeninden kolonoskopi ile bir çiviyi başarılı bir şekilde çıkarmışlardır (7).

Yabancı cisimler genellikle komplikasyon oluşturmazlar. Obstrüksiyon ve perforasyon yabancı cisimlerle ilgili en sık rastlanan komplikasyonlardır. Yabancı cisimlerin bağırsağı en çok perforasyon ettikleri yerler ileoçekal bölge ve rektosigmoid bileşkedir. Yabancı cisimler yaygın ya da lokalize infeksiyonlara yol açabilirler. Balık kılçığı yutulması sonucu retrofaringeal abseler bildiril-

miştir, Chintamani ve ark. iğne yutulması sonrası iğnenin karaciğere göç etmesi sonucu oluşmuş bir karaciğer absesi olgusu bildirmişlerdir (8). Toyonaga ve ark. duodenumu penetre edip pankreasa migre olmuş bir dikiş iğnesi yutulması olgusu bildirmişlerdir (9). Saç tokası yutmuş bir çocukta akciğere migrasyon Stricker ve ark. tarafından bildirilmiştir (10). Bizim olgumuzda ise yutulan iğne duodenumu penetre edip transvers mezokolona migre olmuştur.

Metalik yabancı cisimlerin görüntülenmesi skopi sayesinde daha kolaydır. Ultrasonografinin de yardımı olabilir. Endoskopi krikofareangeal bölge ve özofagusta takılmış yabancı cisimlerin çıkartılmasında yararlı olur, bu bölgedeki yabancı cisimler 24 saat geçmeden çıkartılmalıdır. Komplikasyon oluşturmamış yabancı cisimler gözlenerek takip edilebilir. Bazı yazarlar pürel diyet önermektedir, yabancı cismin sarılarak sorunsuz atılması hedeflenmektedir. Yabancı cismin delici veya tıkaçıcı özellikte olmasının yanında yabancı cismin lokalizasyonu komplikasyon gelişmesini etkileyen faktörlerdir. Barsak irrigasyonu ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilmiştir (11). Yabancı cisimler tarafından oluşan perforasyon, nekroz, abse durumlarında laparotomi gereklidir.

Yutulan iğne, balık kılıcı gibi delici yabancı cisimler sessiz ve komplikasyonsuz olarak seyredebilirler. Gastrointestinal lümen içinde oldukları tahmin ediliyorsa ve kliniklerinde herhangi bir perforasyon ve abse bulgusu yoksa konservatif olarak izlenebilirler. Radyolojik ola-

rak görüntülenebilen yabancı cisimler grafilerle takip edilebilir. Yabancı cisim eğer yeterli takip süresi sonrası intestinal pasajdan atılmıyorsa ve radyolojik olarak cismin hareket etmediği tespit edilirse, olası bir perforasyon ve ileride oluşabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla operasyon veya diğer konservatif yollarla yabancı cismin ektirasyonu önerilir.

KAYNAKLAR

1. Able RM, Fischer JE, Hendren WH: Penetration of the alimentary tract by a foreign body with migration to the liver. Arch Surg 102:227-28, 1971.
2. Crankson SJ: Hepatic foreign body in a child. Pediatr Surg Int 12:426-427, 1997.
3. Maleki M, Evans WE: Foreign body perforation of the intestinal tract. Report of 12 cases and review of literature. Arch Surg 102:227-228, 1970.
4. Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis MN, et al: Fatalliver abscess caused by a fish bone. Lancet 359:977, 2002.
5. Kumar S, Gupta NM: Foreign bodies migrating from gut to liver. Indian J Gastroenterol 19:42, 2000.
6. Nijhawan S, Shimpi L, Mathur A, Rai RR, et al: Management of ingested foreign bodies in upper gastrointestinal tract: report on 170 patients. Indian J Gastroenterol 22:46-8, 2003.
7. Santamarina R, Yeso VO, Fanelli RD: Colonoscopic retrieval of an appendiceal foreign body: prophylaxis for appendicitis. Surg Endosc 17:351, 2003.
8. Chintamani, Vinay Singhal, Parminder Lubhana, et al: Liver abscess secondary to abroken needle migration. BMS-C Surg 3:8, 2003.
9. Shivakumar AM, Naik Ashok S, Prashanth KB, et al: Foreign bodies in upper digestive tract. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery IJOHNS 58:1, 2006.
10. Tricker TS, Kellenberger CJ, Neuhas TJ, et al. Ingested pins causing perforation. Arch Dis Child 84:165-166, 2001 (February).
11. McNutt TK, Chambers-Emerson J, Dethlefsen M, Shah R: Bite the bullet: lead poisoning after ingestion of 206 lead bullets. Vet Hum Toxicol 43:288-9, 2001.