

MİDE ŞEKLİNİ ALAN VE DUODENUMA UZANAN BİR TRİKOBEZOAR OLGUSU

Ergin OLCAY *, Turgay ERGİNEL *, Müjdat ÖZBEK *, Kerem ERKSOY *, Hakan Ahmet ACAR *

Bezoar, insan midesinde biriken çeşitli maddelerden ibaret büyük kitlelere denir. Bildirilen vakaların %50'sinden fazlasını trikobezoarlar oluşturmaktadır. Bu yazımızda, mide ve duodenumun birinci kısmını tam olarak dolduran ve mide lumeni şeklini alan, kısmi gastrik obstrüksiyon ve multipl atipik ülserlere neden olan bir trikobezoar olgumuzu ender görülmesi nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde tartıştık.

A CASE OF TRICHOBEZOAR EXTENDING TO DUODENUM

Bezoar is a mass which is composed of several different substances, collected in the stomach. More than 50% of the cases are trichobezoar. Regarding the relevant literature in this paper we discussed a rare trichobezoar case, which has filled the stomach and the first part of duodenum completely and caused partial gastric obstruction and multiple atypical ulcus.

Bezoar, insan midesinde biriken çeşitli maddelerden ibaret büyük kitlelere denir. Bildirilen olguların %50'sinden fazlasını trikobezoarlar oluşturmaktadır (2, 8). Bu yazımızda, mide ve duodenumun birinci kısmını tam olarak dolduran ve mide lumeni şeklini alan, kısmi gastrik obstrüksiyon ve multipl atipik ülserlere neden olan bir trikobezoar olgumuzu ender görülmesi nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde tartıştık.

OLGU

Onaltı yaşında kadın hasta. 01.11.1992 tarihinde karın ağrısı, bulantı, kusma, karında sertlik ve beslenememe şikayetleri ile polikliniğimize başvurmuş, aynı gün 1.Genel Cerrahi Servisine tanı ve tedavi amacıyla yatırılmış. Hasta, altı yıldır karın ağrısı, midesinde dolgunluk hissi, ağızda pis koku ve geçirme, çabuk doyma, iştahsızlık, bulantı, kusma ve kilo alamama şikayetleri ile değişik zamanlarda hekimlere başvurmuş. Yapılan muayenelerinde şikayetlerini açıklayacak bir patoloji saptanmamış ve peptik ulkus, gaz giderici, analbolizan ve vitamin gibi ilaçlar önerilmişse de bunlardan yarar görmemiş. Son bir yılda ise tranquilizanlar ve antidepressanlar önerilmiş. En son altı gün önce karın ağrısı başlamış, devamlı ve giderek artmış, bulantı-kusma başlaması ve genel durumunun bozulması üzerine polikliniğimize başvurmuş. Fizik muayenesinde genel durum orta, şuur açık, koopere, oryante, kaşektik, dil kuru ve paslı; ağız pis kokulu, kan basıncı 90/50mm Hg, nabız 100/dk. ritmik, ateş: 37.4 °C olarak saptandı. Karın solunuma iştirakli, barsak sesleri normoaktif, palpasyonla epigastriumda üst hududu kisifoid altına doğru giden, alt hududu kolay palpe edilen 10-12cm çapında kenarları düzenli ve mobil sert kitle palpe edildi. Kitlenin üzeri palpasyonla hassas olup batında rebound ve defans saptanmadı. Her iki akciğer solunumuna eşit katılıyordu. Solunum sesleri eşit, sinüsler açık, karaciğer, dalak non-palpabl, Traube açık idi. Kalp sesleri doğal bulundu. Rektal tuşe muayenesinde, rektum boş

bulundu. Akciğer ve direkt batın grafisi normal sınırlarda. Açlık kan şekeri: 93mg/dl., Kan üresi: 36mg/dl, Lökosit: 9200/mm³, Eritrosit: 3.860.000/mm³, Hemogloblin: 11,4 gr/dl, Hematokrit: %32; idrar tahlili normal, EKG normal bulundu. Aile anamnezinde özellik yoktu, ilaç alışkanlığı anemnezi vermedi. Saç uzunluğu omuzlarını geçmekte ve saç uçlarını ağzına götürme alışkanlığı mevcut, fakat saçlarını yutmadığını söylemekte idi.

Sıvı replasmanına başlandıktan sonra batında palpe edilen sert kitleyi açıklayabilmek için batın ultrasonografisi yapıldı. Ultrasonografide pankreas loju altında geniş hipoekojen düzensiz yankı elde edildi. Diğer batın organlarında patoloji saptanmadı. Bu ultrasonografik bulgu ışığında radyopak mide-duodenum grafisi çekilmesine karar verildi. Çekilen grafide, mide fundusundan antrumuna kadar uzanan düzensiz dolun defektleri tespit edildi. Mide hipotonik ve hipokinetik gözlemlendi. Küçük kurvaturada insisura angularise uyan bölgede hudutları düzgün kontur gösteren dolun fazlalığı görüldü. Radyoloji servisi tarafından "bezoar, küçük kurvaturada benign karakterde ulkus nişi" rapor edildi (Şekil 1). Mide duodenum grafisindeki görüntünün tipik olması nedeniyle olguya kısmi gastrik tıkanmaya ve mide ülserine neden olmuş bezoar tanısı kondu. Hastaya gastroskopik tetkik planlandı, fakat hastanın kabul etmemesi üzerine yapılamadı.

Hastaya nazogastrik sonda takıldı. Baryum atıkları ve 200cc mide içeriği aspire edildi. İdrar sondası kondu. CVP kateter takıldı ve 3000 kalori/gün TPN planlandı. Nazogastrik sondadan mide lavajı denendi, fakat aspire edilen sıvıda anlamlı materyal tespit edilmedi. Genel durumu düzeltilen hasta, yatışının üçüncü gününde elektif laparotomiye alındı.

GAA median insizyonla batına girildi. Yapılan eksplorasyonda mide lümeninin tamamının yabancı cisimle dolu olduğu görüldü. İçerik kemik kıvamında ve duodenumun birinci kısmına doğru uzanmakta idi. Nazogastrik sonda mide mukozası ile kitle arasındaki planda palpe edildi. Gastrotomiye karar verildi. Mide korpus ön yüze 4 cm uzunluğunda transvers kesi yapıldı.

* Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Genel Cerrahi Servisi



Şekil 1. Olgunun mide-duodenum grafisinden iki görüntü

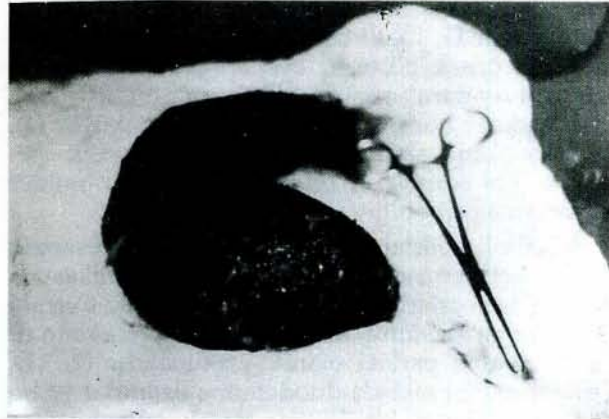
Kitleye ulaşıldı. Kitlenin trikobezoar olduğu görüldü. Gastrotomi genişletilerek kitle parçalanmadan duodenumdaki parçasıyla birlikte total olarak çıkarıldı (Şekil 2). Mide, korpus ve antrumunda ön ve arka yüzde 4 adet 1.5-2.5cm çaplarında, 1 cm derinliğinde üzeri nekrotik ve hafif kanamalı ülserler görüldü. Subtotal mide rezeksiyonuna karar verildi. Rezeksiyondan sonra Bilroth II rekonstrüksiyon uygulandı. Gastrointestinal lümenin tamamı gözden geçirilerek satelit bezoar arandı, saptanmaması üzerine operasyona son verildi.

Patoloji laboratuvarına gönderilen trikobezoar kitlesinin 410 gr. ağırlığında, 25 cm uzunluğunda ve 8.5 cm çapında, kemik sertliğinde olduğu bildirildi. Mide piyesinin patolojik incelemesinde (2979/92) antrum ve korpusun çıkarılan bölümünde benign karakterde multipl kronik ülserler ve hiperplastik polipoz gelişmeler bildirildi.

Postoperatif takibi normal şartlarda geçen hasta 9. günde şifa ile taburcu edildi. Hastaya saçlarını kısa kestirmesi ve saç uçlarını, tırnaklarını ağzına götürmemesi ve bir psikiyatriste başvurması önerildi. Olgu altı ay sonra kontrole çağrıldı. Çekilen kontrol mide duodenum grafisinde ve gastroskopik tetkiklerinde yeni bir bezoar ya da ülser bulgusuna rastlanmadı.

TARTIŞMA

Bezoarlar çok sık görülmezler. Bildirilen olguların yarısından çoğunu trikobezoarlar oluşturmaktadır. Fitobezoarlar (%40) ikinci sıklıktadır (2, 8). Trikobezoarlar, değişik miktar ve uzunlukta saçları ve birbirine dolaşmış materyalleri içerir. Tam



Şekil 2. Trikobezoarın mideden çıkarıldıktan sonraki görünüşü

anlamıyla oluştuklarında midenin, bazen duodenumun şeklini alırlar. Trikobezoarlar en sık olarak genç kadınlarda görülür (2, 3, 8). DeBakey ve Oshner'in serisinde hastaların %80'ininden çoğu 30 yaşın altında ve serinin %90'ını kadınlar oluşturmaktadır (3). Falk'ın bildirdiği sekiz komplikasyon yapmış trikobezoar olgusunun hepsi 17 yaşın altında olup, en küçüğü iki yaşındadır (5). Trikobezoarlı hastaların yalnızca %9 kadarında belirgin bir psişik bozukluk ya da akli dengesizlik saptandığı için bu olayın tırnak yeme, ayak ısırma gibi bir kişilik uygunsuzluğu olduğu kabul edilmektedir. Hastaların çoğu saçlarını yediklerini kabul etmezler (2, 4, 8). Antrum rezeksiyonu ya da vagotomi işlemi mide motolitesinde ve digestif kapasitesinde bir azalmaya neden olduğundan

özellikle Bilroth I. ameliyatından sonra gastrik bezoarlar sık görülmektedir (1, 2, 7, 11).

Bezoarlar klinik bulgular bezoarın tipine, niteliğine, mide irritasyonunun derecesine, ülser ya da obstrüksiyon gibi komplikasyonun olup olmamasına göre değişmektedir. Triko bezoarların karakteristik semptomları olarak ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, dispepsi, halsizlik, kilo kaybı, epigastriumda ağırlık hissi, ağızda pis koku sayılabilir. Fizik muayenede en önemli bulgu genellikle epigastriumda bulunan sınırları belirgin, hareketli, sert ve kolayca hipokondriumlara doğru kayabilen bir kitle varlığıdır. Bu özellikler hastaların yarısından çoğunda vardır (1, 2, 6, 9).

En yararlı tanı araçları röntgen ve endoskopidir. Büyük bezoarlarda radyolojik tanı kolayca konur. Ultrasonografik görünüm konusunda çeşitli tanımlamalar yapılmıştır (2). Bezoarlar obstrüksiyon, ülserleşme, kanama, perforasyon ve peritonite yol açabilir. Duodenumu dolduran ve obstrüktif iktere neden olan olgular bildirilmiştir (10). En sık görülen komplikasyon obstrüksiyon olup, trikobezoarlarda %10, fitobezoarlarda %25 kadardır. Triko bezoarda obstrüksiyon büyük kitlenin kopmadan uzayarak ve kayarak duodenum ve jejunumu longitudinal olarak uzun bir ans şeklinde tıkamasıyla oluşabilir. Bu duruma "Rapunzel sendromu" denmektedir (4, 6). Fitobezoarlarda obstrüksiyon daha çok ana kitleden kopan parçaların distal ileumu tıkaması şeklindedir. Triko bezoarlarda ikinci sıklıkta ülserasyon komplikasyonu gelişir (1, 2). Birçok yazar bunu basıya bağlı ülserlere örnek gösterir. Bezoarların antrum mukozasını uyararak gastrin salgılanmasını artırarak ülserleşmeye neden olduğu da söylenmektedir (1). Ülserler kanayabilir, perforasyon gelişerek peritonite yol açabilir ve ölümlerin çoğu peritonitler sonucunda gelişebilir.

Küçük bezoarlarda tıbbi tedavi ve gastroskopik müdahale denenebilir. Büyük ve komplikasyon yapmış bezoarlarda ise tedavi cerrahidir. Cerrahi tedavide gastrotomi, mide ön yüze ve midenin uzun eksenine paralel olarak yapılmalıdır (2, 11). Triko bezoarlar sıklıkla duodenuma uzanırlar ve bu nedenle kitlenin bir bütün olarak çıkarılmasına özen gösterilmelidir. Manuplasyon sırasında kopan parçalar daha sonra obstrüksiyona neden olabilirler, bu nedenle ameliyat sırasında bütün GİS lümeni gözden geçirilmelidir (1, 2, 8). Basit ülserlerin eşlik ettiği olgularda bezoarların çıkarılması ülserin iyileşmesi için yeterli olacaktır. Ülser için

başka bir işlem yapılması gerekmez gastrotomi primer olarak kapatılır. kanama, perforasyon, penetrasyon ya da stenoz gibi ülserin yaptığı bir komplikasyon varsa buna uygun tedavi edici cerrahi işlemler uygulanmalıdır (1, 2, 8, 11).

Sonuçta; bezoarların tanısı, özellikle bu durumun var olabileceğini düşünmekle başlar. Trikofaji hikayesi olan genç bir kadında ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi şikayetler varsa, fizik muayenede büyük, sert ve hareketli epigastrik kitle ele geliyorsa trikobezoar akla gelmelidir.

Bizim olgumuzda oluşan ülserlerin multipl olması ve kanama eğiliminde olması nedeniyle subtotal mide rezeksiyonu uygulamak zorunda kaldık. Vakanın postoperatif altı ay sonraki radyolojik ve endoskopik kontrolünde patolojik bulgu saptanmadı.

Yaptıklarımızın tartışılabilmesi ve konunun tekrar hatırlanması açısından olgumuzu yayınlamayı uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Burmin O. Midedeki yabancı cisimler. Sindirim Sistemi Cerrahisi. 7. Basım, Ankara. Cilt 1, 1987, 120-2.
2. DeBakey ME, Jr. Jordan GL. Foreign bodies of oesophagus-gastric and duodenum. Maingot's Abdominal Operation. 8th edition. Vol II. Appleton Centruy Crofts, 1985: 549-61,
3. DeBakey ME. Oshner A. Bezoars and conceptions. A comprehensive review of literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. Surgery. 4:934, 1938.
4. Deslypere JP, et al. An unusual case of tricobezoar. The Rapunzel syndrome. Am J Gastroenterol. 77:467, 1982.
5. Falk VS. Tricobezoar. Wis Med J. 78:31, 1979.
6. Groft DB. Foreign bodies and bezoars pediatric surgery. Ed. Kenneth J Welch, 4th Edition Year Book Medical Publishers Inc. Vol 2; 1986, 907-11.
7. Hardy JP. Complications of gastric surgery. Complications in surgery and their management: Philadelphia, JB Saunders Company, 1981.
8. Menteş NK. Bezoar'lar. Klinik gastroenteroloji. 4. Baskı, Sanem Matbaacılık. İzmir, Cilt 1. 1992; 257-9.
9. Numanoğlu I. Bezoarlar. Çocuk cerrahisi. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, Cilt 2; 1981, 1368-9.
10. Schreiber M. Obstructive jaundice due to gastric tricobezoar. J Pediatr Surg. 11:103-4, 1976.
11. Way LW. Gastric and duodenum. Current surgical diagnosis and treatment. Los Altos, California, Lange publications. 1983.