

Mekanik İntestinal Obstrüksiyona Sebep Olan İnce Barsakta Fitobezoar

36

Mehmet BAYRAK¹

GİRİŞ

İnce bağırsak obstrüksiyonları, Genel Cerrahi Kliniklerinde sık rastlanılan bir durumdur. Birçok sebebi olmasından dolayı preoperatif olarak teşhis ve tedavisinde zorluklarla karşılaşılabilir. İnce bağırsak obstrüksiyonlarının %60-80'ninde sebep postoperatif adezyonlar olmakla birlikte bezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu tüm dünyada %0.4 ila %4 arasında bildirilmiştir(1). Bezoarların 4 tipi mevcuttur; fitobezoar, trikobezoar, farmakobezoar, laktobezoar. Bezoarların oluşmasında çeşitli predispozan faktörler bulunmaktadır. Çok nadir görülmesine rağmen daha önce mide ameliyatı geçirmiş hastalarda geç bir komplikasyon olarak bezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu bildirilmiştir(2). Diğer predispozan faktörler arasında; yüksek fiberli diyet, çiğneme bozukluğu, gastrik sekresyonun ve motilitesinin azalması, diyabetik hastalarda nöropati, hipotiroidizm ve myotonik distrofi yer almaktadır. Semp-

tomların spesifik olmamasından dolayı sıklıkla preoperatif teşhisi doğru bir şekilde koymak her zaman mümkün olmamaktadır(3). Bezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu ile birlikte akut karın bulgusu nadir olarak görülmektedir (vakaların %1.1'inde gözlenir)(4).

Olgu sunumuzda, fitobezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu ile başvuran vakamızın teşhis ve tedavisini sunmayı amaçladık.

VAKA

64 yaşında erkek hasta acil servisimize karın ağrısı, hafif bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın geçirilmiş operasyon öyküsü ve diyabet dışında sistemik hastalığı bulunmamaktaydı. Batın muayenesinde hafif bir hassasiyeti mevcut olup bağırsak sesleri normal idi. Arteriyel tansiyon 140/85 mmHg, nabız 106 atım/ dk, solunum sayısı 16/dk, vücut sıcaklığı derecesi 36,8 C° idi.

Laboratuar tetkiklerinde; beyaz küre 11.100 uL (normal aralık 1,5-10), %80 nötrofil, hematokrit % 51,2(normal aralık %35-54), hemoglobin 17,0 g/dl (normal aralık 11-15), trombosit 289.000 uL(normal aralık 150-500.000), laktik asit seviyesi 1,6 idi. Kan üre azotu 36 mg/dL, kreatinin 1,8 mg/

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Özel Adana Ortadoğu Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, drmehmetbayrak@hotmail.com

bağlı ince bağırsak obstrüksiyonlarının tedavisinde küçük serilerde de olsa laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Daha kısa operasyon süresi ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi konvansiyonal yöntemle üstünlüğü saptanmıştır. Fakat ince bağırsak hem dilate hemde anslar frajil olması nedeniyle laparoskopik olarak cerrahimüdahale tecrübe gerektirmektedir (1,4,14).

Eğer altta yatan sebep düzeltilmezse nüks sıklıkla gözlenebilir. Bezoarı tedavi etmemin en iyi yollarından biri yeme alışkanlığının düzeltilmesi, yüksek fiber diyetle beslenmeden kaçınılması ki özellikle bu daha önce mide operasyonu geçiren hastalarda önemlidir ve profilaktik olarak gastrik motiliteyi arttırıcı ilaçlarının başlanması ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da psikiyatrik takip en iyi yoldur (1,15).

Bezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu oldukça nadir görülen bir durum olup preoperatif olarak teşhisi de oldukça zordur. Gastrik motiliteyi etkileyen ilaç kullanan veya daha önce mide ameliyatı öyküsü olan hastalarda ince bağırsak obstrüksiyonunda bezoar akla gelmelidir. Bilgisayarlı tomografide obstrüksiyon olan yerde benekli gaz paterni ve iyi sınırlı, intralüminal kitle bezoarı akla getirmelidir. Cerrahi tedavi, bezoara bağlı ince bağırsak obstrüksiyonunda en iyi tedavi metodudur. Diyet modifikasyonları ve takibi, altta yatan hastalığın takibi en iyi önleme yöntemleri arasındadır.

KAYNAKLAR

1. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol*. 2005;11:1813-1817.
2. Acar T, Tuncal S, Aydın R. An unusual cause of gastrointestinal obstruction: bezoar. *N Z Med J*. 2003;116-1173.
3. Teng H, Nawawi O, Ng K, et al. Phytobezoar: an unusual cause of intestinal obstruction. *Biomed Imaging Interv J*. 2005;1:1-4.
4. Bedioui H, Daghfous A, Ayadi M, et al. A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008;32:596-600.
5. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, et al. Intestinal obstruction and bezoars. *Journal of the American College of Surgeons*. 1994;179:285-288.
6. Andrus CH, Ponsky JL. Bezoars: classification, pathophysiology, and treatment. *Am J Gastroenterol*. 1988;83:476-478.
7. Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, et al. A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2010;16:459-463.

8. Mayo-Smith WW, Wittenberg J, Bennett GL, et al. The CT small bowel faeces sign: description and clinical significance. *Clin Radiol*. 1995;50:765-767.
9. Zissin R, Osadchy A, Gutman V, et al. CT findings in patients with small bowel obstruction due to phytobezoar. *Emerg Radiol*. 2004;10:197-200.
10. Delabrousse E, Lubrano J, Saille N, et al. Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;191:1465-1468.
11. Soon YQA, Low HM, Huey CWT, Wansaicheong GK. Clinics in diagnostic imaging (198). Small bowel obstruction secondary to a bezoar. *Singapore Med J*. 2019;60(8):397-402.
12. Lo CY, Lau PW. Small bowel phytobezoars: an uncommon cause of small bowel obstruction. *Aust N Z J Surg*. 1994;64:187-189.
13. Salemis NS, Panagiotopoulos N, Sdoukos N, et al. Acute surgical abdomen due to phytobezoar-induced ileal obstruction. *J Emerg Med*. 2013;44:21-23.
14. Harikrishnan S, Perumal S, Sachanandani K, et al. A Modified Laparoscopic Technique for the Removal of Nonfragmentable Giant Gastric Trichobezoar. *Niger J Surg*. 2020;26(1):84-87.
15. Gökbulut V, Kaplan M, Kaçar S, Akdoğan Kayhan M, Coşkun O, Kayaçetin E. Bezoar in upper gastrointestinal endoscopy: A single center experience. *Turk J Gastroenterol*. 2020;31(2):85-90.