Ulus Cerrahi Derg 2015; 31: 107-9
DOI: 10.5152/UCD.2013.30

Sıradışı yabancı cisim ile ileum perforasyonu

Ileal perforation by an odd foreign object

Ruslan Abdullayev[1], Mahmut Aslan[2]

ÖZET

Gastrointestinal sistemin yabancı cisim ile perforasyonu klinik pratikte nadir karşılaşılan bir durum olmasına rağmen, önlenebilir ve çoğunlukla kolay tedavi edilebilir olmasından dolayı büyük önem taşımaktadır. Biz olgu sunumumuzda yanlışlıkla yabancı bir cisim yutup bir gün sonra akut karın tablosu ile acil servise gelen genç bir erkek hastayı sunduk. 23 yaşında olan hastaya akut apandisit tanısı konularak acil laparotomi yapıldı. Ameliyat sırasında ileumun terminal kısmında barsak lümenini delip dışarı uzanan plastik bir yabancı cisim saptandı. Appendektomi ile beraber yabancı cisim çıkarılıp ileuma onarım yapıldı. Hastanın geriye dönük yeniden alınan anamnezinde karın ağrısının başlamasından bir gün önce yanlışlıkla bir şeyler yuttuğu öğrenildi. Postoperatif yedi günlük sorunsuz takip sonrası hasta taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: İleum perforasyonu, yabancı cisimler, apandisit

ABSTRACT

Perforation of the gastrointestinal tract is seldom observed in clinical practice, but is quite important because it is preventable and can usually be easily treated. We present here a case report of a young man who had unintentionally swallowed a foreign body and applied to an emergency unit with an acute abdomen. The patient, who was 23 years old, had undergone laparotomy with the primary diagnosis of acute appendicitis. During the operation a plastic foreign body was observed in the terminal part of the ileum protruding through its lumen. Appendectomy was performed with the removal of the foreign body and repair of the ileum. In the anamnesis taken retrospectively from the patient it was learned that the patient had swallowed something a day before the abdominal pain. The patient was discharged after the 7th day with a smooth follow-up.

Key Words: Ileal perforation, foreign bodies, appendicitis

[1]Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

[2]Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Ruslan Abdullayev

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye
Tel.: +90 506 301 08 33
e-posta: ruslan_jnr@hotmail.com

Geliş Tarihi / *Received*: 31.07.2012
Kabul Tarihi / *Accepted*: 04.12.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi / *Online Available Date*: 09.07.2013

©Telif Hakkı 2015
Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine www.ulusalcerrahidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015 by Turkish Surgical Association

Available online at www.ulusalcerrahidergisi.org

GİRİŞ

Kasıtsız olarak yabancı cisim yutulması klinik pratikte sık karşılaşılan bir durum olmasına rağmen buna bağlı olarak barsak perforasyonu gelişmesi çok nadirdir, çünkü olguların çoğunda yutulan yabancı cisim sorunsuz bir şekilde gastrointestinal kanal boyunca ilerleyerek fekal yolla atılmaktadır. Yutulan yabancı cisimlerin sadece %1'i gastrointestinal sistemde (GİS) perforasyona yol açmaktadır (1). Bu maddeler genellikle uzun ve keskin uçlu olma özelliği taşımaktadırlar. Perforasyon en sık GİS'in açılanma özelliği gösteren terminal ileum ve rektosigmoid bölgelerinde meydana gelmektedir (1, 2). Goh ve ark. (2) intraabdominal perforasyonların %38,6 oranında en sık olarak terminal ileumu etkilediğini belirtmiştir (2). Özellikle terminal ileum perforasyonları klinik olarak akut apandisit veya divertikülit tablolarına benzediği için ayırıcı tanıda ilk olarak akla gelmemektedir (3). Biz, akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan ve sıradışı yabancı bir cisim ile terminal ileum perforasyonu saptanan genç bir erkek hastayı sunduk.

OLGU SUNUMU

Daha önce bilinen herhangi bir hastalık ve kronik ilaç kullanım öyküsü olmayan genç erkek hasta (yaş: 24, boy: 176 cm, vücut ağırlığı: 75 kg) yaygın karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde karında sağ alt kadrana lokalize ağrı ve hassasiyet mevcut olup, rebound pozitifti. Bakılan rutin kan tetkiklerinde lökosit: 19,9 k/uL (normal değer: 4,6-10,2), %84,4'ü nötrofil; dışında patolojik bir değer yoktu. Akut apandisit ön tanısı ile hasta genel cerrahi servisine yatırıldı. Abdominal ultrasonografi orta hatta yoğun gaz artefaktı, sağ alt kadranda intestinal anslar arasında minimal serbest sıvı şeklinde bildirilerek, apandisit lehine bulgu olmayıp abdominal BT ile değerlendirilmesi önerildi. Abdominal BT, ileoçekal bölgede yağ dansitesi normal olup apandisit olarak düşünülmedi şeklinde raporlandı. Radyolojik olarak akut apandisit düşünülmemesine rağmen, klinik tablonun devam etmesi ve lökositozun olması nedeniyle hastaya akut apandisit ön tanısı ile acil laparotomi kararı alındı. Sorunsuz genel anestezi indüksiyonu sonrası Mc Burney insizyonu ile hastanın karınına girildi. İleoçekal bölgenin eksplorasyonu sırasında ileoçekal valvden 12 cm proksimalde ileum lümeninin içinden dışarı doğru çıkmış olan sıradışı bir yabancı cisim fark edildi (Şekil 1). Sivri uçlu plastik yapıda olan yabancı cisim barsak lümeninden çıkarılarak ileuma primer onarım yapıldı. Apendiksi hiperemik olan hastaya appendektomi yapılarak mater-



Şekil 1. Peroperatif ileoçekal bölgenin eksplorasyonu sırasında terminal ileumda saptanan barsak lümeninden dışarı doğru çıkmış olan yabancı cisim



Şekil 2. Yabancı cismin çıkarıldıktan sonraki görüntüsü

yal patolojik analiz için laboratuvara gönderildi. Dren konuldu, karın kapatılarak ameliyata son verildi.

Postoperatif servisteki takibi sırasında hastadan geriye dönük olarak yeniden anamnez alındığında, karın ağrısının başlamasından 24 saat önce plastik bardaktan meyve suyu içerken boğazında bir takılma hissi olduğu ve birkaç bardak su içtikten sonra bu hissin geçtiği öğrenildi. Yedi günlük sorunsuz takip sonrası hasta taburcu edildi.

Yabancı cisim *in vitro* gözlendiğinde yaklaşık olarak 40x3x2 mm boyutlarında, ilk bakışta balık kılçığına benzeyen ucu sivri yarı-saydam plastik bir objeydi (Şekil 2). Hastanın abdominal BT sonucu yeniden radyolog tarafından değerlendirildi, fakat yabancı cisim tekrar görülemedi.

TARTIŞMA

Acil servise sık başvuru sebeplerinden biri yabancı madde yutulmasıdır. Çocuk, yaşlı, takma dişi olan, mental durumları iyi olmayan ve hapishanede yaşayan hasta grubu yabancı madde yutulması açısından en riskli grubu teşkil etmektedir (4). Çoğu yabancı madde gastroözofageal bileşkeyi geçtikten sonra fekal yolla atılabilmektedir (5). Fakat yutulan maddelerin, özellikle uzun ve sivri uçlu olanları, %1'i GİS'de perforasyona yol açmaktadır (1). En sık GİS perforasyonuna yol açan maddeler balık kılçıkları, tavuk kemikleri ve kürdanlar gibi sivri maddelerdir (6). Fakat nadir de olsa kalem, çivi, tırnak makası, pil, çamaşır mandalı GİS perforasyonuna yol açabilir (7). Literatürde biliyer stent migrasyonuna bağlı olarak gelişen GİS perforasyonu vakaları vardır (8).

Bizim hastamız genç erkek olup, yukarıda belirtilen herhangi bir risk grubuna dahil değildi. Anamnezinde de yabancı madde yutulmasından bahsetmediği için ayırıcı tanısında buna bağlı olmuş olabilecek GİS perforasyonu düşünülmedi. Çekilen postero-anterior akciğer filminde sağ diyafragma altı serbest hava yoktu. Fakat GİS perforasyonlarında diyafragma altı serbest hava sık rastlanan bir durum değildir (1). Goh ve ark. (2) GİS perforasyonlarında diyafragma altı serbest havanın olguların yalnızca %15,9'unda mevcut olduğunu belirtmiştir. Bunun sebebi yabancı maddenin barsak duvarını delerek dışarı çıkması ve burada oluşan inflamatuvar kitlenin granülasyon dokusu, barsak duvarı, omentum ve fibrinle kaplanması olarak açıklanabilir (7).

Yabancı madde alımına bağlı barsak perforasyonu klinik olarak akut apandisit veya divertikülite çok benzemektedir. Özellikle terminal ileum tutulduğu zaman, ki bu da perforasyonların en sık olduğu yerdir, birçok vaka akut apandisit düşünülerek ameliyata alınmaktadır (9, 10). Bizim olgumuzdaki hasta yabancı cisim yutulması açısından risk grubu içinde değildi ve anamnezinde de yabancı cisim yutması tarif etmemişti. Ameliyat sonrası yabancı cisim hastaya gösterildiğinde karın ağrısı başlamadan bir gün önce meyve suyu içerken boğazında bir takılma hissi olduğu ve birkaç bardak su içtikten sonra bu hissin geçtiğini söyledi.

Yabancı cisim yutulması sonrası gelişen karın ağrısının tanısında abdominal grafi, BT, multidedektör BT (MDCT), US kullanılabilir. Drakonaki ve ark. (11) US'nin yüksek fleksibilite, tekrarlanabilirlik, düşük fiyat, radyasyon olmaması gibi avantajlarından bahsederek MDCT ile görüntülenemeyen bazı radyoopak olmayan maddeleri gösterebileceğini belirtmiştir. Laparoskopi de GİS'in yabancı cisim perforasyonlarında çok önemli bir tanı, aynı zamanda da tedavi yöntemidir (12, 13). Kesin tanı konamayan vakalarda laparoskopik yaklaşım düşünülerek gereksiz laparotomilerden kaçınılabilir. Goh ve ark. (14) abdominal BT'nin intraabdominal balık kılçığını saptama duyarlılığının %71,4 olduğunu göstermişlerdir; fakat bu değer retrospektif değerlendirmede %100'e çıkmaktadır. Buradan da, özellikle riskli hasta grubunda ve riskli anatomik bölgelerde, yabancı cisim yutulmasından şüphe edilmesinin ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır. Fakat bizim olgumuzda BT'nin retrospektif değerlendirilmesinde yabancı cisim yine görülememiştir. Bu da objenin radyoopak olmamasından kaynaklanmaktadır.

Aren ve ark. (15) erkek olmak, 15-30 yaş grubu içinde olmak ve lökosit değerinin 15,000/mm^3'in üzerinde olmasını akut apandisit açısından risk faktörleri olarak saptamışlardır. Bizim olgumuz da bu risk faktörlerinin hepsini taşıyordu. Buna karşın, yabancı cisim yutulması açısından hiçbir risk faktörü yoktu.

SONUÇ

Acil servise karın ağrısı ile başvuran hastalarda görünen hiçbir risk faktörü olmasa bile ayırıcı tanıda GİS'in yabancı cisim perforasyonu düşünülmelidir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışmanın duşunulmesi ve planlanması - R.A.; Verilerin elde edilmesi - M.A.; Verilerin analizi ve yorumlanması - M.A.; Yazının kaleme alınması - R.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Study concept and design - R.A.; Acquisition of data - M.A.; Analysis and interpretation of data - M.A.; Preparation of the manuscript - R.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Pinero MA, Fernández HJA, Carrasco PM, Riquelme J, Parrila PP. Intestinal perforation by foreign bodies. Eur J Surg 2000; 166: 307-309. [CrossRef]
2. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World J Surg 2006; 30: 372-377. [CrossRef]
3. Mutlu A, Uysal E, Ulusoy L, Duran C, Selamoğlu D. A fish bone causing ileal perforation in the terminal ileum. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2012; 18: 89-91. [CrossRef]
4. Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and buton batteries: an analysis of 2382 cases. Pediatrics 1992; 89: 747-757.
5. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, Kjorsev KT. Ingestedforeign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. World J Surg 1996; 20: 1001-1005. [CrossRef]
6. Rodríguez-Hermosa JI, Canete N, Artigau E, Girones J, Planellas P, Codina-Cazador A. Small bowel perforation by an unusual foreign body. Rev Esp Enferm Dig 2009; 101: 639-641. [CrossRef]
7. Yagmur Y, Ozturk H, Ozturk H. Distal ileal perforation secondary to ingested foreign bodies. J Coll Physicians Surg Pak 2009; 19: 452-453.
8. Akbulut S, Cakabay B, Ozmen CA, Sezgin A, Sevinc MM. An unusual cause of ileal perforation: Report of a case and literature review. World J Gastroenterol 2009; 15: 2672-2674. [CrossRef]
9. Hsu SD, Chan DC, Liu YC. Small-bowel perforation caused by fish bone. World J Gastroenterol 2005; 11: 1884-1885.
10. Perko Z, Bilan K, Pogorelic Z, Druzijanic N, Srsen D, Kraljevic D, et al. Acute Appendicitis and Ileal Perforation with a Toothpick Treated by Laparoscopy. Coll Antropol 2008; 32: 307-309.
11. Drakonaki E, Chatzioannou M, Spiridakis K, Panagiotakis G. Acute abdomen caused by a small bowel perforation due to a clinically unsuspected fish bone. Diagn Interv Radiol 2011; 17: 160-162.
12. Law WL, Lo CY. Fishbone perforation of the small bowel: laparoscopic diagnosis and laparoscopically assisted management. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2003; 13: 392-393. [CrossRef]
13. Saad SKA, Ismail TM, Khuder HA. Small Bowel Perforation Secondary to Fish Bone Ingestion. Bahrain Medical Bulletin, Vol. 32, No. 4, December 2010.
14. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL, et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. AJR Am J Roentgenol 2006; 187: 710-714. [CrossRef]
15. Aren A, Gökçe AH, Gökçe FS, Özakay K, Aksoy Ş, Karagöz B, et al. [Correlation of Acute Appendicitis with Age, Sex, Leukocyte Counts]. İstanbul Tıp Dergisi 2009; 3: 126-129.