

Gastrik Bezoarların Tedavisinde Endoskopik Yaklaşım

Dr. M. Emin CANER, Dr. K. Bahri ATEŞ, Dr. M. Enver DOLAR,
Dr. Orhan ELBİR, Dr. A. Remzi DALAY

Özet: Kliniğimizde son bir yıl içerisinde yapılan 7300 rutin üst gastro-intestinal sistem endoskopisinde 5 gastrik bezoar olgusu saptandı. Üç fitobezoar olgusu endoskopik parçalama yöntemi ile tedavi edildi. Bir trikobezoar olgusuna cerrahi tedavi uygulandı. Endoskopik girişimde bulunduğumuz olgularda ortalama olarak 7 seansta bezoarlar yok edildi ve komplikasyon görülmedi.

Summary: Five gastric bezoar cases were encountered among 7300 esophago-gastroduodenoscopic examinations performed in the last year. Three phytobezoar cases were treated with endoscopic fragmentation method. One trichobezoar case was referred to surgery. In the endoscopically treated group, the mean number of sessions for bezoar disappearance was 7. No complications occurred during therapy.

Anahtar Kelimeler: Bezoar, Endoskopik tedavi

Key words: Bezoar, Endoscopic treatment

Muhtemelen farsça kökenli bir kelime olan "Bezoar, Pad Zahr-Anti Zehir" anlamına gelmektedir. Eski çağlarda antilop ve keçilerin midesinden çıkarılan bu oluşumların ilaç ve antidot olarak kullanıldığı bilinmektedir(1-3).

İnsanda ilk bezoar 1779 yılında Baudumant tarafından rapor edilmiştir. 1936 yılında Morsch ve Walter'in ilk kez gastroskopi ile bezoar vizualize ettikleri ve 1963 yılında Benedict tarafından gastrik kitleden alınan biopsi ile histopatolojik tanı konulduğu literatürde yer almaktadır (4,5).

Gastroskopi önceleri sadece tanı amacı ile kullanılırken 1970 sonrası özellikle Japonya'da tedavi amacıyla da kullanılmaya başlanmıştır. İlk kez Chiba ve Ishikawa snare ile gastrik bezoar mideden çıkardıklarını, Kogan ise gastrolitotripsi uyguladığını rapor etmişlerdir (4).

Kliniğimizde son bir yılda karşılaştığımız endoskopik tedavi uyguladığımız gastrik bezoar olgularında elde ettiğimiz sonuçları takdim ediyoruz.

HASTALAR ve METOD

Haziran 1990 tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde gastrik bezoar tanısı olan 5 olguya endoskopik tedavi yöntemi uygulandı. Olgularımızın 4'ünde fitobezoar, birinde trikobezoar vardı. Olgularımızın yaşları 12-46 arasında idi. Fitobezoarlı 4 olgumuz erkek olup üçünde Billroth-2 tipi gastroenterotomi vardı. Trikobezoarlı hastamız Tillomanisi olan bir bayandı.

Endoskopik girişimlerde, tedavi amaçlı geniş kanallı Olympus GIF 1 T 10 model endoskop, Olympus SD-9L snare, Olympus FG-3K grasping forceps, Olympus FS-3L endoskopik sütür makası ve Olympus Heat Probe ünitesinin jet akımlı su fişkırtan yıkama kateteri

kullanıldı.

Gastrik bezoar tanısı konulup endoskopik tedaviye karar verilen hastalara sıvı diet yanısıra, günde 500-600 cc proteolitik enzim (Bromelain) içeren ananas suyu içmeleri ve günde 3000 IU proteaz içeren multienzim preparatı almaları önerildi.

Operasyona verilen trikobezoar olgusu dışında endoskopik işlemler ayaktan ve haftada 2 seans olarak yapıldı.

Hastalara 12 saatlik açlık sonrası, %2 Lidokain solüsyonu ile topikal farenks anezteziyi takiben endoskopik girişim uygulandı. Bunun dışında herhangi bir permedikasyon uygulanmadı.

Sıvı diet ve proteolitik enzimler ile yumuşatılan bezoar kitlesi önce jet akımlı su ve snare ile parçalandı. Özefagustan pasaj güçlüğü yaratmadan çıkarılabilecek büyüklükteki parçalar grasping fopceps ile dışarı alındı. Endoskop yeniden yutturularak işleme devam edildi. İntestinal pasaj güçlüğü yaratmayacağına inandığımız, küçük parçaların barsaklara geçmesine izin verildi.

SONUÇLAR

Fitobezoarlı 3 olguda ortalama 7 seans (5-10 seans) sonunda bezoarlar yok edildi. Bir fitobezoar olgumuz ise ilk seans sonrasında tedaviye gelmediğinden izlenemedi. Trikobezoarlı olan hastamıza endoskopik sütür makası ile parçalama girişiminde bulunuldu. Ancak kitlenin tüm mideyi dolduracak kadar büyük olması (Şekil 1) ve parçalama işleminin etkin olmaması nedeni ile ilk seans sonunda endoskopik tedaviden vazgeçilerek hasta cerrahiye verildi.

TARTIŞMA

Intragastrik kitlelerin ve intestinal obs-



Şekil 1: Cerrahi olarak çıkarılan trikobezoar

trüksiyonların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bezoarlar oldukça nadir görülürler (4,6). Genellikle gastrik cerrahinin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkarlar(6,7). Bir çalışmada bezoar olgularının %87.9'unun gastrik cerrahi geçirdiği saptanmıştır(8). Bizimde 3 olgumuza (%60) daha önce gastrik cerrahi uygulanmıştır. Bezoarların en çok vagotomi + antrektomi, daha az olarak da vagotomi+pilorooplastiyi takiben geliştiği bildirilmektedir(9). Gastrik cerrahiyi takiben bezoar oluşumuna kadar geçen ortalama süre 2-4 yıldır (10,11).

Gastrik cerrahi girişim sonrası bezoar oluşumunda; gastrik asit ve pepsin sekresyonunun azalması, gastrik motilitenin ve fragmentasyon kapasitesinin azalması, azalmış ancak kıvamı artmış müsinin bitki lifleri arasında yapıştırıcı rol oynaması, bu olgularda asit azlığına veya yokluğuna rağmen verilen alimünyum hidroksitli antiasitlerin alimünyum klorüre çevrilememesi sonucu yapıştırıcı rol oynaması sorumlu tutulmaktadır(1,2,6,7).

Gastrik bezoarlı olgularda en sık görülen semptom epigastrik dolgunluk ve ağrıdır. Kusma ve şiddetli abdominal ağrı gastrik çıkış obstrüksiyonu düşündürür (1,2,7,12).

Obstrüksiyon çoğunlukla intermittandır. Bu bezoarın gastrik çıkışta oluşturduğu ball-valv (subap) etkisine bağlıdır(13). Obstrüksiyon, anoreksi ve erken doymaya bağlı olarak kilo kaybı görülür.

Gastrik bezoarların oluşturduğu başlıca komplikasyonlar; obstrüksiyon, perforasyon, ülserasyon ve ülserlere bağlı kanamalardır (7,14,15). Tüm bezoar olgularında ülserasyon görülme sıklığı %25 iken, fitobezoarlarda bu oran %75'dir(4).

Olgularımızın tümünde gastrik bezoarların klasik semptomları mevcuttu. Triko bezoarlı olgumuzda intermittan obstrüksiyon olup, endoskopik olarak mukozada yaygın ülserasyonlar vardı. Fitobezoarlı olgularımızdan birinde yüzeysel gastrit, birinde ülserasyonlar görüldü.

Komplikasyonlara bağlı morbitide ve mortalite yüksekliği nedeni ile gastrik bezoarlar tanı konduktan sonra kısa süre içinde tedavi edilmelidirler. DeBakey ve Ochsner bezoar olgularında non-operatif mortalitesi %73, operatif mortaliteyi ise %5 olarak bildirmişlerdir(4).

Cerrahi tedavi uzunca bir süre bezoar olgularında tek tedavi seçeneği olarak kalmıştır. İlk kez 1959 yılında Dan ve arkadaşları bir persimon bezoarlı hastayı papain+sodyum bikarbonat solusyonu kullanarak tedavi ettiklerini ve papainin persimon bezoar yapısındaki yapıştırıcı maddeyi (Phlobatanin) parçalayarak etkilediğini bildirmişlerdir(2,4,7). Bunun üzerine bezoarları enzimatik yöntemlerle parçalama-

ya dayalı çalışmalar yoğunlaşmıştır. Acetylcysteine, cellulase, gastroenterase, papain Adolf's Tenderizer gibi preparatların kullanıldığını ve bazı olgularda başarılı sonuçlar alındığı rapor edilmiştir(3,6,7,10,11,16,17,18).

Nazogastrik sonda aracılığı ile salin veya çeşme suyu kullanılarak yapılan gastrik lavajlarla yok edilen bezoarlar da bildirilmiştir (7,19). Elde edilen bu sonuçlardan sonra cerrahi bir girişimden önce medikal yöntemlerle tedavinin uygun olacağı savunulmuştur. Salin lavaj ve enzimatik preparatlarla tedavinin uzun zaman alması, başarı oranının düşük olması ve enzimatik preparatlar ile tedavide gastrik ülser, gastrik hemoraji, hipernatremi ve buna bağlı konfüzyon gibi yan etkilerin ortaya çıkması, bu yöntemle karşı duyulan ilgiyi azaltmıştır(13).

1970'li yılların başında fitobezoarlar enzim preparatı kullanmaksızın gastroskopik olarak başarı ile tedavi edilmiştir. Bundan sonra özellikle Japonya'dan bezoarların endoskopik yöntemle tedavisi konusunda birçok yayın yapılmıştır(4,12,20). Endoskopik yöntemle herhangi bir komplikasyon rapor edilmemiştir.

Kliniğimizde son bir yıl içinde karşılaştığımız bezoar olgularımıza endoskopik yolla tedavi girişiminde bulunduk. Üç fitobezoarlı olgumuzda enzimatik ve endoskopik yöntemlerle başarılı sonuçlar aldık. Literatürdeki sonuçlara paralel olarak, biz de endoskopinin bezoarların tanısında ve özellikle fitobezoarların tedavisinde önemli bir yere sahip olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Kadian RS, Rose JF, Monn NS. Gastric bezoars-spontaneous resolution. Am J Gastroenterol 1978;70:79-82.
2. Segal AW, Bank S, Marks IN, Rubinstein Z. Bezoars occurring in the gastric remnant after gastrectomy. S Afr Med J 1970;44:1176-80.
3. Rider JA. Gastric bezoars: treatment and prevention. Am J Surg 1984;72(5): 357-60.
4. McKechnie JC. Gastroscopic removal of a phytobezoar. Gastroenterology 1972; 62:1047-51.
5. Benedict EB. Diagnosis of phytobezoar by gastroscopic biopsy. JAMA 1963; 185:48-9.
6. Moriel EZ, Ayalon A, Eid A. An unusually high incidence of gastrointestinal obstruction by Persimmon bezoars in Israeli patients after ulcer surgery. Gastroenterology 1983; 83: 752-55.

7. Amjad H, Kumar GK, McCaughey R. Postgastrectomy bezoars. *Am J Gastroenterol.* 1975; 64:327-31.
8. Diettrich KA, Gau FC. Postgastrectomy phytobezoars endoscopic diagnosis and treatment. *Arch Surg.* 1985; 120:432.
9. Rigler RG, Griningor DR. Phytobezoars following partial gastrectomy, *Surg Clin N Am* 1970; 50: 381-86.
10. Deal DR, Vitalo P, Raffin SB. Dissolution of a post-gastrectomy bezoar by cellulase. *Gastroenterology* 1973; 64:467-70.
11. Pollard HB, Block GE. Rapid dissolution of phytobezoar by cellulase enzyme. *Am J Surg.* 1968; 116: 933-36.
12. Goldstein HM, Cohen LE, Hagen RO, et al. Gastric bezoar a frequent complication in the postoperative ulcer patient. *Radiology* 1973;107:341-44.
13. Allred-Crouch AL, Young EA. Bezoars when the "knot in the stomach" is real. *Postgrad. Med.* 1989; 78:261.
14. Lipin RJ, Hara M, Rock L. Bezoars. *Am J Surg.* 1962;103:494-97.
15. Malt RA. Obstructing phytobezoar of an intrahepatic bile duct. *Arch Surg.* 1979;114:86-7
16. Schlang HA. Acetylcysteine in removal of bezoar. *JAMA* 1970;214:1329.
17. Feller JL, Norton RA. Dissolution of phytobezoar using pineapple juice. *JAMA* 1976; 236:1578.
18. Dugan FA, Lilly JO, McCaffery TD. Dissolution of a phytobezoar with short-term medical management. *South Med J.* 1972;65:313-16.
19. Krausz MM, Moriel EZ, Ayalon A et al. Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoars treatment. *Am J Surg.* 1986;152:526-30.
20. Rozen P, Gilat T. Enzymatic softening and endoscopic destruction of a phytobezoar in an unoperated stomach. *Am J Gastroenterol.* 1975;64:397-99.