

İLGİNÇ BİR YABANCI CİSİM ASPIRASYON OLGUSU*

Yrd. Doç. Dr. Kunter BALKANLI(**) • Yrd. Doç. Dr. Ergun UÇMAKLI(***)
Dr. Zafer KARTALOĞLU(****) • Doç. Dr. İbrahim ÖZTEK(***)
Doç. Dr. Recep AYDİLEK(****)

ÖZET: Yabancı cisim aspirasyonu çocuklarda önemli bir ölüm nedenidir. Yetişkinlerde en sık görülen tablo ise büyük bir lokmanın aspirasyonundan sonra ortaya çıkan asfiksidir. Ayrıca aspire edilen unutulmuş yabancı cisimler kronik bir öksürük, bronşektazi ve tekrarlayan pnömonilere neden olabilir. Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 21 yaşındaki olgumuzda; akciğer grafisinde yuvarlak opasite tesbit edilmiş, yapılan tetkik ve tedavilerden sonuç alınamayınca opere edilmiştir. Operasyon ile yabancı cisim aspirasyonuna karşı oluşan granümatöz doku alt lob ile birlikte çıkarılmıştır.

SUMMARY: An interesting case of aspiration of foreign body; The aspiration of foreign body is an important cause of mortality in children. The peacture which is frequently seen in adult is the asphyxy which appears after the aspiration the big peace of bread. Also, the foreign bodies which were aspirated and forgotten could cause a chronic couphing, bronchiectasis and recurrent pneumonia. In a 21 year-old case that refers secondary to the chest pain. The round opacity was found in roetgenography of lung as the medical therapy and investigation has failed the case was operated. The granulomatos tissue which occurs to the aspiration fo the foreign body has been removed with the inferior part of the lung.

GİRİŞ

Yabancı cisim aspirasyonu tüm yaş gruplarında görülmekle beraber özellikle bebekler ve çocuklarda daha sıktır (1, 2, 6, 9, 10, 11). Yetişkinlerde ise; proksimal hava yollarında obstrüksiyon ve asfiksi şeklinde ya da distal hava yollarına kadar inen yabancı cisimlerin haftalar veya yıllar sonra semptomlarının ortaya çıkmasıyla görülmektedir (3, 10, 11). aspire edilen yabancı cisimler sıklıkla organik kaynaklı olmakla beraber çok değişik madelerde aspire edilmektedir (3, 6, 10). Erken tanı, olanakların çok gelişmiş olmasına rağmen yine de güçlük arz etmektedir. Aspire edilne yabancı cisimin mümkün olan en kısa sürede çıkarılması hastayı kronik hastalıklardan, asfiksi hatta ölümden bile kurtarabilir.

OLGUNUN TAKDİMİ

İ. A. 21 yaşında çiftçilikle uğraşan bir er, Kl. Prot. No: 205. 20.10.1988 tarihinde hastanemize göğüs ağrısı ile başvurmuştur. Çekilen akciğer grafisinde sağ alt lopta yuvarlak opasite görülmesi nedeni ile yatırılmıştır. Hastanın tek yakınması, bilhassa derin nefes alırken göğüs ön kısmında artan ağrıdır. Bu ağrı bir aydır mevcuttur.

Hastamız, bu güne kadar önemli bir hastalık geçirmemiş, fizik muayenede farinks hiperemisi ve hafif tonsiller hipertrofi dışında bir bulguya rastlanmamıştır.

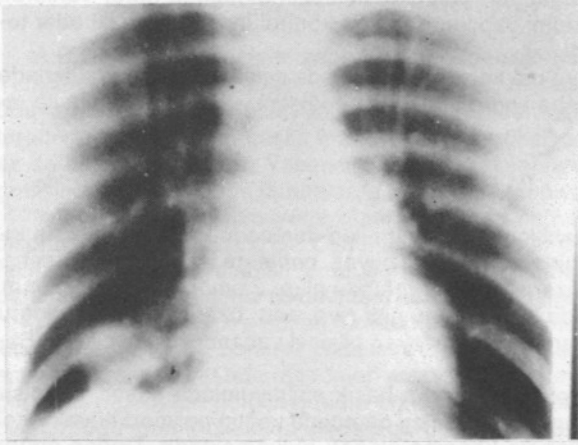
Tüm laboratuvar bulguları normaldir. Formülde eozinofil sayısı % 6 bulunmuş, kist hidatik aglutinasyon testi negatif çıkmıştır.

(*) I. Akciğer Hastalıkları Kongresinde tebliğ edilmiştir. 22-23 Mayıs 1989, İstanbul.

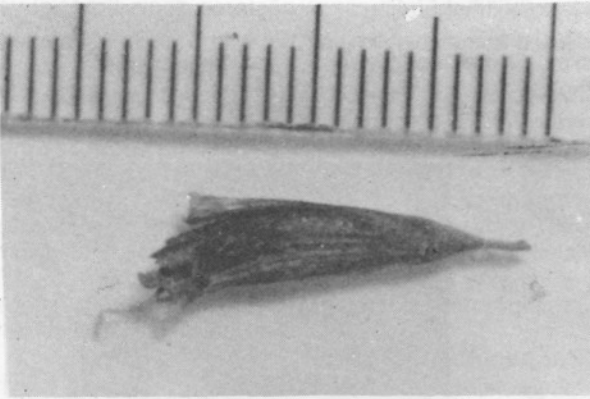
(**) GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Göğüs Cerr. Kl.-İstanbul

(***) GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Patoloji Serv. Kl.-İstanbul

(****) GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Göğüs Hastalıkları Kl.-İstanbul



Resim 1: Sağ alt loptaki opasite



Resim 2: Pisi pisi otunun makroskopik görünümü.

Direk akciğer grafisi ve tomografide, sağ alt lob bazalda 5 cm. çapta yuvarlak bir opasite ve infiltratif görünüm dikkati çekmiştir (Şekil-1).

TEDAVİ VE SEYİR

Sağ akciğerde infiltrasyon, üst solunum yolu enfeksiyonu ve kist hidatik ön tanılar ile ikili antibiotik tedavisine alınan hastanın yakınmasında gerileme olmasına karşın radyolojik düzelme gözlenmedi. Kontrol grafilerinde yuvarlak opasitenin sebat etmesi, hastanın yaşının genç olması üzerine kist hidatik tanısı kuvvêt kazandı. Göğüs cerrahisi ile yapılan konsültasyon sonuunda operasyona karar verildi.

22.11.1988'de operasyona alındı. Genel anestezi altında sağ posterolateral torakotomi ile toraksa girildi. Etrafa yapışık olan akciğer kolayca ayrılmasına karşın sağ alt lob lateral segment ileri derecede yapışık bulundu. Bronşlar bu yapışıklığı kalın bir kordon gibi devam ettiriyordu. 8. kot iç tarafında 3 x 4 x 2 cm. sert kitle yapışıklık ile beraber açıldığında içinde kirli beyaz iltihabi akıntı ve yabancı cisim tesbit edildi. Akciğer dokusu içinde

nodüller ve fibrotik yapılar bulunduğundan dolayı atalektazik olduğuna karar verilerek usulüne uygun bir şekilde alt lobektomi yapıldı. Kanama kontrolünden sonra iki adet toraks tüpü konularak toraks kapatıldı.

Ameliyat sonrası gerekli tedavi ve bakımı yapılan hastada çekilen akciğer grafilerinde opasitenin kaybolduğu gözlemlendi. Daha sonra 3 ay hava değişimi verilen hasta şifa ile taburcu edildi.

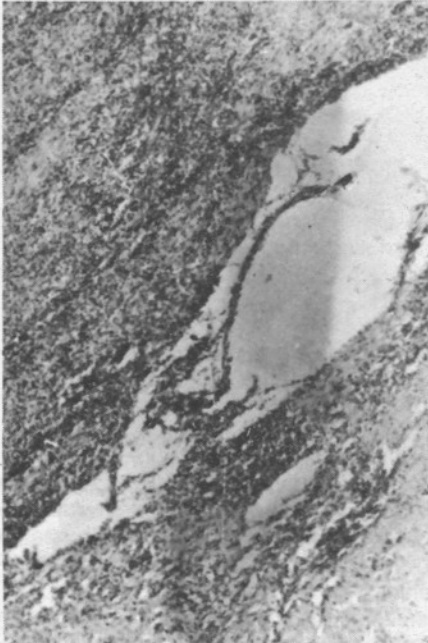
PATOLOJİ

Makroskopi: 12 cm. büyük çaptaki lobun bronşları ileri derecede kalınlaşmış, orta kısımdan laterale doğru 5 cm. kadar bir alan sert, kirli beyaz, periferde ise pui ile dolu sahalara göstermektedir. Burada doku düzensiz bir görünümde olup, 2 cm. uzunlukta 6-7 mm. kalınlıkta içinde, yine aynı boyutlarda bir ucu iğne gibi sivri, sert, üzerinde arkaya doğru ince uzantıların bulunduğu başak parçasına benzeyen bitkisel yabancı cismin çıktığı (Şekil 2) bir boşluk bulunmaktadır.

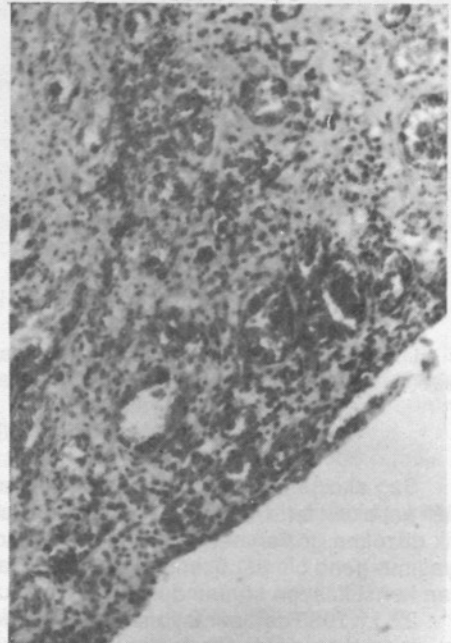
Mikroskopi: Yabancı cismi çevreleyen, kısmen basık epitelyumlarla döşeli, epitelsiz veya parçalanmış akciğer dokusununduarında ileri derecede yoğun polimorf nüveli lökositler, histiositler, bol kapiller kesitleri ve kanama alanları bulunmaktadır. Derine doğru lenfosit, plazmosit ve eozinofil polimorfların arttığı, alveoler yapının yerini geniş fibroz bağ dokusunun aldığı, kalın hyalinize duvarlı damarlar ile geniş lenfatiklerin bulunduğu duvarları düz kas hiperplazisi ve kronik iltihabi infiltrasyon gösteren geniş bronşiol ve bronşların varlığı dikkati çekmektedir (Şekil 3, 4).

TANI: 1- Yabancı cisim (Pisi pisi otu) (Hordeum Murinum)

TANI: 2- Buna bağlı abse ve fibrozis



Resim 3: Akciğerde yabancı cismin yerleştiği boşluk ve iltihap elemanlarından zengin fibroze duvar (H.E x 40).



Resim 4: Kapillerlerin ve kronik iltihap elemanlarının zengin olduğu duvar kısımları (H.E x 100).

TARTIŞMA

A.B.D.'de yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle her yıl 2000 ile 3000 kişi ölmektedir. Yetişkinlerde en sık görülen tablo büyük bir lokmanın aspirasyonundan sonra asfiksini ortaya çıkması şeklindedir. Çoğunlukla asfiksiden ölüm bir kaç dakikada olur. Heimlich tarafından tanımlanan çeşitli manevralar obstrüksiyonu açmaya yöneliktir. Buna karşın az da olsa semptomsuz yabancı cisim aspirasyonları artmakta ve muayene ile akciğer grafisinin normal olduğu durumlarda cismin yutulduğu kabul edilmektedir (11).

Yabancı cisim aspirasyonu olan hastalarda en sık semptomlar, öksürük, hemoptizi, dispne, stridor, wheezing'dir. Oskültasyon ile hasta bölgede solunum seslerinde azalma, raller, ronküsler duyulabilir. Unutulan yabancı cisimler günler hatta yıllar süren uzun bir period içerisinde minimal solunumsal belirtilere yol açabilirler (2, 3, 11).

Yetişkinlerde, aspire edilen cisimler organik kaynaklı olmakla beraber özellikle çocuklarda madeni para, boncuk, plastik ve metal parçalar, vida ve benzer değişik objeler de aspire edilmektedir. Gıda maddeleri arasında kuru yemişler, kemik parçaları, şeker ve diğer gıda maddeleri görülmektedir. Özellikle şeker eriyerek hiperosmolar visküz bir sıvı oluşturduğundan mukozada şiddetli bir ödem meydana getirmektedir (2, 6). Bunların dışında diş protezi aspire edenler de vardır (9).

Olgumuzda, Anadolu'da pisi pisi otu adı verilen Hordeum Murinum'un aspirasyonu ve bunun oluşturduğu abse ve hasar oldukça ilginçtir. Operasyon esnasında gözleyebildiğimiz kadarıyla, yabancı cisimin plevraya kadar ulaşması ve hatta kota yapışması, interkostal aralığa ulaşmış olsa idi; "kas, cilt altı ve cildi geçerek dışarıya çıkabilirmiydi?" sorusunu akla getirmektedir.

Gizli yabancı cisim tanısını koymak çoğu kez zordur. Aşırı alkol ve sedatif kullanımı, senilite ve diş hijyeni bozuk olanlar aspirasyon yönünden risk grubundadırlar. Bu kimse-lerde ve kronik solunumsal yakınmaları olanlarda yabancı cisim her zaman düşünülmelidir.

Yabancı cisim aspirasyonunun en sık komplikasyonları, pnömoni, atalektazi, bronşektazi, abse, pnömotoraks, obstrüktif amfizemdir (3, 11). Hayvanlarda yapılan bir çalışmada, bronşlara steril olarak yabancı cisim yerleştirildikten 14 ile 58 gün sonra bronşektazi olduğu gözlenmiştir (11). Denny ve arkadaşları yabancı cisim aspirasyonundan sonra bronşektazi oluşan 3 olguda, bronşektazi gelişim sürelerini; 13 ay, 24 ve 25 yıl olarak tesbit etmişlerdir (5).

Şüphesiz yabancı cisim aspirasyonu tanısında akciğer grafisi ve tomografisi ilk basamaktır. Özellikle hava hapsinin olduğu olgularda mediasten ve kalbin şiftini görmek için expirasyon grafisinde yararlı olur. Ayrıca trakeanın yüksek kilovoltajda ön ve yan grafilerinde buraya lokalize yabancı cisimlerin tanısında yararlıdır. Bu grafiler normal ise skopi tavsiye edilmektedir. Akciğer sintigrafisi ve bilgisayarlı tomografi gibi ileri tetkikler diğer yaklaşımlardır. Bu yöntemlerle de tanıya ulaşılmaz ve hastada anlamlı bir anamnez, kronik öksürük, wheezing varsa en uygun tanı ve tedavi işlemi olarak bronkoskopi yapılmalıdır. Rijit ve fleksibl bronkoskopi konusu tartışmalı olmakla beraber, önerilen rijit bronkoskopi- dir. Fakat fleksibl bronkoskopun da kullanılabileceği konusunda görüşler vardır (1, 2, 3, 4, 8, 10, 11).

Olgumuzda, klinik ve radyolojik özellikleri nedeniyle ayırıcı tanıda yabancı cisim aspirasyonu üzerinde durulmamış ve bronkoskopi yapılmamıştır. Kist hidatik aglütinasyon testi % 20 oranında, bazı hastalarda menfi gelebilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi ön tanı kist hidatik olarak konmuştur. Ayrıca hastamız yabancı cisim öyküsü bildirmediği gibi, operasyondan sonra da bununla ilgili bir olay anımsamamıştır.

Yabancı cisim aspirasyonlarında bronkoskopik olarak çıkarılamayan yabancı cisimler erken torakotomi ve transplevral bronkotomi ile çıkarılmalıdır. Akciğer parankiminde destrüktif değişiklikler oluşmuşsa mutlaka rezeksion gerekmektedir. Operasyona karar verirken göz önüne alınması gereken bir takım noktalar vardır. Bunlar;

- 1- Yabancı cisimin boyutları ve özellikleri
- 2- Hilusdaki büyük damar ve bronşlara komşuluğu

3- Komplikasyonların olması

4- Tecrübeli bir operasyon ekibinin bulunmasıdır (7)

Sonuç olarak, yabancı cisim aspirasyonunun tanısında bir takım zorluklar olmasına karşın, şüphe edildiği zaman bronkoskopik yoldan çıkarılmaya çalışılmalı, başarılı olunmaz ise bir takım komplikasyonlar gelişmeden erken torakotomiye gidilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Aytac A., İkizler C., Olga R., Sayleim A.: Inhalation of Foreign Bodies In Children-Report of 500 cases. J Thorac Cardiovasc Surg., 74: 145-151 (1977).
- 2- Campell D. N., Cotton E. K., Lilly J. R.: Adual Approach to Tracheobronchial Foreign Bodies in Children. Surgery., 91: 178-182 (1982).
- 3- Cherniac R. M.: Current Therapy of Respiratory Disease. BC Decker, pp: 129 (1986).
- 4- Cunanan O. S.: The Flexible Fiberoptic Bronchoscope in Foreign Body Removal-Experience in 300 Cases. Chest., 73: 725-726 (1978).
- 5- deny M. K., Berkas E. M., Snider T. H., et al. Foreign Body Bronchiectasis. Dis Chest, 53: 613-616 (1968).
- 6- Fraser R. G., Pare J. A. P.: Diagnosis of Diseases of The Chest. Second Edition Vol: III, WB Saunders Company. pp: 1303 (1979).
- 7- Gleen W. W. L.: Thoracic and Cardiovascular Surgery. Fourth Edition, Appleton-Century-Crofts., pp: 119-120 (1983).
- 8- Holinger P. H., Holinger L. D.: Use of Open Tube Bronchoscope in the Extraction of Foreign Bodies. Chest. 73: 721-724 (Suppl) (1978).
- 9- Özdemir N., Ardic S., Kural T., Ekici M., Çerezci V., Metintaş M.: İlginç Bir Yabancı Cisim Aspirasyonu. TUSAD XVI. Ulusal Kongresi (Serbest Bildiri) (1988).
- 10- Weissberg D., Schwatz I.: Foreign Bodies in Tracheobronchial Tree. Chest. 91: 730-733 (1987).
- 11- Wolkove N., Kreisman H., Cohen C., Frank H.: Occult Foreign Body aspiration in Adults. JAMA., 248: 1350-1352 (1982).