

Yabancı Cisimler

Prof. Dr. Mehmet Ali Şehitoğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı

Özet

Çocukluk çağında sık rastlanan yabancı cisimlere kaza ve travma sonrası erişkinlerde de rastlanabilmektedir. Özellikle nörolojik sorunları olan yaşlılarda, mental retardasyonu olanlarda, alkol ve sedatize edici ilaç alanlarda yabancı cisimlere daha sık rastlanmaktadır. Çoğu zaman acil girişim gerektiren ve yaşamı tehdit edebilen bir sorundur. Ülkemizde dokümantasyonun yeterli olmaması sonucunda istatistiksel sayı verilmemektedir. ABD'de her yıl 1500 çocuğun özefageal, yaklaşık 3000 çocuğun da larengotrakeobronşiyal yabancı cisimlerden öldüğü bildirilmektedir. Özellikle 5-6 yaşına kadar çocuklar emeklerken ya da yerde oynarken ellerine geçirdikleri cisimleri ağızlarına, burunlarına sokabilirler. Aileler bu konuda uyarılmalıdırlar. Ortaya çıkan semptomlar yabancı cisimlerin boyutuna, yerleşim yerine, içeriğine ve vücutta kalış sürelerine göre değişebilir. Bu nedenle çocuk ve aile ile iyi bir iletişim kurulmalı, yabancı cisim olasılığı iyice sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim, aerodijestif yol

Abstract

Aspirated and ingested foreign bodies continue to present challenges to physicians. Foreign body aspiration and ingestion account for substantial morbidity and mortality. The major issues involve the accurate diagnosis and speedy, safe retrieval of the foreign body. The accurate diagnosis may allude even the sophisticated physician because often initial choking incidents are not witnessed and delayed residual symptoms may mimic other common conditions, such as asthma, recurrent pneumonia or upper respiratory infections. In this article foreign bodies of aerodigestive tract are reviewed.

Keywords: Foreign body, aerodigestive tract

Burun ve paranasal sinüs yabancı cisimleri

Burunda yabancı cisimlere sıklıkla çocukluk çağında ve mental retarde erişkinlerde rastlanır. Çocuklar bazen burunlarına bir şey soktuklarını anne ve babalarına söylerler, bazen de bunu gizlerler. Tek taraflı kötü kokulu pürülan burun akıntısı ile karşımıza çıkarlar. Burunlarına fıstık, nohut, bezelye gibi besin maddeleri, boncuk, plastik oyuncak parçaları, pamuk, kâğıt, silgi, pastel boya parçası, pil gibi çok farklı cisimleri sokabilirler. Bu yabancı maddeler sıklıkla nazal kavitenin önünde veya 1/3 orta bölümünde bu-

lunur. Posteriora, nazofarenkse kaçabilir. Literatürde, yarık dudak ameliyatı sonrası konulan Kirschner telinin yıllar içinde yer değiştirerek sfenoid sinüse gittiği de bildirilmiştir.²

Tipik olarak bu çocuklarda ünilateral burun akıntısı ve burun tıkanıklığı görülür. Eğer aile fark etmezse uzun süre burunda yabancı cisim kalabilir. Uzun süre burunda kalan yabancı cisimlerin üzerine kalsiyum ve magnezyum partikülleri birikerek rinolit (burun taşı) oluşumuna neden olabilir. Yabancı cisim sebebiyle burunda ağrı olmaz ancak yabancı cismin pil olması durumunda içindeki cıva açığa çıkıp kimyasal yanıklara neden

olabilir. Hiç fark edilmeyip yıllar sonra burundan gelen kötü kokuyla kendini belli edebilir.

Burnun anterior rinoskopik muayenesiyle yabancı cisimlerin çoğu görülebilir. Yabancı cisimlerin geriye kaçması durumunda nasal endoskopi ile muayene gerekebilir. Bu esnada yabancı cisim görülürse aspiratör yardımıyla alligatör forseps, küret veya açılı huk kullanılarak dışarıya çıkarılır. Burada temel ilke yabancı cismin arkasına geçerek yabancı cisimi öne, burnun dışına doğru itmektir.

Paranasal sinüslerde yabancı cisim nadirdir. Daha çok travmayla giren cisimler; cam, ahşap parçaları bildirilmiştir. Dental girişimlerde, özellikle implant uygulamaları sırasına maksiller sinüslere bu implantların kaçıışı olabilmektedir.

Hastaya ve aileye yapılacak girişimin biraz rahatsızlık verici olduğu; yabancı cismin trakeaya kaçma olasılığının düşük de olsa var olduğu söylenmelidir. Spekulum ile muayene yapıp, akıntılar aspire edilmelidir. Müdahalede bulunulmadan önce hasta koopere değilse sedasyon yapılmalıdır. Alligatör forseps, bayonet forseps, Kelly klemp, buşon küretleri kullanılabilir. Kanama olursa adrenal-pantokain emdirilmiş pamuk tamponlar kullanılır. Yabancı cisim çıkarıldıktan sonra nazal kavite tekrar gözden geçirilmelidir.

Farenks yabancı cisimleri

Farenksteki yabancı cisimlerde karşımıza çıkan semptom ve bulgular cismin bulunduğu lokalizasyona göre değişir. Orofarenks ve hipofarenksteki yabancı cisimler yutma güçlüğüne ve solunum yollarında semptomlara neden olur. Yemeyi reddeden ve ağız içi sekresyonlarını yutamayan bir çocukta yabancı cisim akla gelmelidir. Küçük çocuklarda larengoskopi gerekebilir. Parmakla palpasyon cisimi daha aşağılara itilebileceğinden kontrendikedir. Kılçık yutma olgularında kılçık çoğunlukla yumuşak damağa veya tonsiller bölgeye saplanır. Kılçık anestezi gerekmeden bayonet gibi tutucu bir alet ile çıkarılabilir.

Larengotrakeobronşiyal yabancı cisimler

Aspire edilen katı veya yarı katı cisim larenkste veya trakeada sıkışabilir. Asfiksiye ve ölüme yol açabilir. Yerine göre kronik semptomlar ve tekrarlayan enfeksiyonlara yol açabilir. Sıklıkla besin maddelerinin aspirasyonu görülür. Nadiren kabuklu yemişler, kemik parçaları, tırnak, diş protezi parçacıkları görülebilir. Coğrafi ve sosyokültürel farklılıklara göre aspire edilen maddeler değişebilir. Örneğin ülkemizde baş örtüsü iğnesi aspirasyonları sık görülmektedir.

Yabancı cismin lokalizasyonu trakeobronşiyal hava yolunun anatomik yapısına ve hastanın aspirasyon sırasındaki postürüne bağlı olarak değişmekle birlikte en sık sağ ana ve distal bronş yerleşimlidir. Sağ tarafın daha sık olmasının sebebi sağ ana bronşun sola göre daha vertikal pozisyonda ve daha kısa oluşuyla açıklanmaktadır. Fakat 15 yaşına kadar her iki taraftaki bronşların aynı olması sebebiyle yabancı cisim her iki ana bronşta aynı oranda bulunabilir.

Aspire edilen yabancı cisim, larenksin lümenini kapatabilir, hatta tıkayabilir. Larenksten daha distale indiğinde semptomlar gerileyebilir, bu durumda tanıda hatalar yapılabilir. Bronşiyal yabancı cisimlerde en sık rastlanan semptom üçlüsü; öksürük, hırıltılı solunum ve etkilenen tarafta solunum seslerinin azalmasıdır. Siyanoz, öksürük, hırıltılı solunum, geçmeyen pnömoni veya lokalize bronşiyektazi özellikle risk taşıyan kişilerde yabancı cisim aspirasyonu düşünülmelidir.

Yabancı cisim aspirasyonu açısından riskli kişiler kimlerdir?

- Yutma bozukluğu olanlar
- Travmatik bilinç kaybı olanlar
- İntoksikasyon geçirenler
- Çocuklar (özellikle 1-3 yaş arası)
- Kronik hastalık sebebiyle hastanede yatan hastalar

Erişkinlerde, büyük miktarda besinin, özellikle etin hipofarenks ya da larenksin üst kısmına ani olarak aspire edilmesi 'cafe coronary sendrom' olarak tanımlanır ve insidansı 100 000'de 0.66'dır. Gerçek koroner hastalarından farklı olarak hasta yemek esnasında nefes almaz ve konuşamaz hale gelir³.

Yabancı cisme karşı gelişen enfeksiyon nedeniyle klinik tablo akut epiglotit, trakeobronşit, pnömoni veya astımı taklit edebilir. Yabancı cisim aspire eden çocukların %20'si, yabancı cisim çıkarılıncaya kadar, 1 aydan daha uzun süre başka tanılarla ve çoğunlukla enfeksiyon nedeniyle tedavi görmektedir. Başvuru semptomları sesli solunum, öksürük, ateş, hemoptizi, dispne, göğüs ağrısı olabilir. Fizik muayenede supraklaviküler ve interkostal çekilmeler yabancı cisim larenkste ise belirgin olarak gözlemlenebilir. Solunum sıkıntısının derecesini belirleyebilmek için arter kan gazı bakılabilir.

Standart PA akciğer grafisi ilk istenecek tetkik olmalıdır. Aspire edilen cisimleri bu grafide izlemekten çok yaptıkları havalanma değişiklikleri tespit edilir. Örneğin; tek taraflı havalanma artışı, ateletazi, mediastinal yer değiştirme izlenebilir. İlk 24 saatte ateletazi ve konsolidasyonun görülmediği pek çok vaka vardır. Aspirasyon şüphesi olması durumunda normal akciğer grafisi yabancı cisim aspirasyonunu ekarte ettirmez. Ekspiryumda çekilen film lokalize havalanma artışını göstermede daha duyarlıdır. Yumuşak doku dozunda çekilen boyun yan grafileri özellikle larengeal yabancı cisim tespitinde faydalıdır. Hasta koopere değilse lateral dekübitus filmi lokal havalanma artışını gösterebilir. Koopere olamayan hastalarda ve tanıda şüphe varsa toraks floroskopisi yapılabilir. Altın standart tanı yöntemi olan bronkoskopinin tedaviyi sağlama gibi olanağı da bulunur.

Aspirasyonun akut evresinde sırta vurma, karına bastırma veya Heimlich manevrası uygulanabilir. Heimlich manevrası büyük çocuklar için önerilmektedir. Bu manevrada hastanın arkasına geçen kurtarıcı, ellerini hastanın sternumunun

ksifoid bölgesinin altına, orta hatta yerleştirilerek karın bölgesine güçlü basınç uygulanır. Bu manevra esnasında kosta kırıkları, kusma, yeniden aspirasyon, pnömomediastinum, iç organ rüptürleri gelişebilir.⁵

Günümüzde tartışmasız en iyi tedavi yöntemi endoskopi yaparak yabancı cismin çıkarılmasıdır. Lokal veya genel anestezi gerektirir. Bronkoskopi yapılırken temel sorun, hava pasajında rijid bir bronkoskop varken ve yabancı cisim larengotrakeobronşiyal hava pasajından çıkarmak için birtakım manipülasyonlar yapılırken, çoğunlukla küçük çocuk olan hastaların güvenli bir biçimde oksijenizasyonun ve anestezisinin sürmesini sağlamaktır. Trakeobronşiyal yabancı cisimlerin çıkarılmasında genel anestezi kullanılırken üst hava yollarında obstrüksiyon kuşkusu varsa genel anestezi, hava yolunun tamamen tıkanması riskini artıracağından uygulanmaz.

Rijid bronkoskop ile yabancı cisim çıkarılmasının başarı oranı %98'dir. Rijid bronkoskopun fleksible bronkoskopa göre önemli avantajları vardır. Rijid bronkoskopun geniş çapı, içinden fleksibl bronkoskop dahil birçok tutucu aletin girmesini ve pıhtılaşmış kan ve kalın sekresyonların daha kolay aspire edilmesini sağlar. Rijid bronkoskop fleksible bronkoskoptan farklı olarak hastanın ventile edilmesine olanak sağlar. Fiberoptik bronkoskopi, distal yerleşimli yabancı cisimlerde, mekanik ventilasyondaki hastalarda, maksillofasial travmalılarda ve küçük yabancı cisimlerin çıkarılmasında uygulanabilir. Forsepsle yabancı cismin tutulması sırasında yabancı cismin parçalanmaması için son derece dikkatli davranılmalıdır. Yabancı cisim bulunup çıkarıldıktan sonra, birden fazla yabancı cisim olabileceği düşünülerek tüm hava yolları tekrar gözden geçirilmelidir.

Özellikle larengeal yabancı cisimlerin çıkarılmasından önce ve endoskopi sonrası intravenöz steroid uygulaması, ödemin önlenmesi açısından yararlı olabilir. Aspirasyona bağlı enfeksiyon geliştiği düşünülürse antibiyotik başlanabilir.

Özofagus yabancı cisimleri

Gastrointestinal sistemin en dar yeri apendiks dışında özofagustur. Bu sebeple yabancı cisimler sıklıkla özofagusta görülür. Farenks ve mide arasında uzanır, yaklaşık 25 cm uzunluğunda ve tüp şeklindedir. Dört yerde darlık gösterir. Birinci darlık krikoid kıkırdak hizasında inferior konstrüktör kasın krikofarengeal kısmı tarafından oluşturulur. İkinci darlık, aortik arkın özofagusu yaptığı basıyla oluşur. Üçüncü darlık, sol ana bronşun yaptığı darlıktır. Son darlık, alt özofageal sfinkter olarak adlandırılır.⁴

Yabancı cisimler özofagusun dar bölgelerinde, en sık da üst özofageal darlıkta takılma eğilimindedir. Özofagus yabancı cisimleri özellikle 6 aylık-6 yaş arası çocuklarda görülür. Dişlerin net gelişmemiş olması önemli etkindir. Takma dişlerin kullanıldığı ileri yaşlarda da özofagus yabancı cisimleri görülmesi diğer yaş gruplarına göre daha sıktır. En sık madeni paralardır ve ikinci sırada da yiyecekler aspire edilir. Piller içerdikleri sodyum ve potasyum hidroksit nedeniyle kimyasal yanıklara, dolayısıyla perforasyona yol açtığından çok tehlikelidir. Çocuklarda özofagus duvarının daha ince olması sebebiyle perforasyon riski daha fazladır. Perforasyonun semptom ve bulguları yüksek ateş, taşikardi, nefes kesilmesi, göğüs ağrısı, karın ağrısı ve boğazda krepitasyondur.

Hastaların başvuru semptomları boğazda batma hissi, disfaji, odinofaji, farenkste iritasyon ve globus hissi, mide bulantısı, göğüs ağrısı, kanlı tükürük, ağızdan aşırı salya gelmesi, boğulma hissi olarak sayılabilir. Beş yaş üzerindeki çocuklarda boğazda batma, disfaji, globus hissi mevcut iken beş yaşın altında yemek yemeyi reddetme, kusma, kanlı tükürük gibi semptomlar ağırlıklıdır.

Tanıda ayrıntılı bir öykü ve iyi bir fizik muayene yanında radyolojik tetkikler de gerekmektedir. Kontrast maddeyle özofagografiler çekilebilir. Tedavide invazif olmayan çeşitli

yöntemler kullanılabilir. Erişkinlerde düzgün yüzeyle özofagus cisimlerinde floroskopi altında gaz oluşturuca içecekler verilerek tıkanma giderilmeye çalışılabilir. Ayrıca glukagon verilip özofagus sfinkter basıncı azaltılmaya çalışılarak yabancı cisim çıkarılmaya çalışılır. Feokromasitoma ya da insülinomada glukagon kullanımı kontrendikedir. İnvazif yöntemler olarak çeşitli bujiler ve dilatatörler yardımıyla besin tıkaçı mideye itilebilir.

En çok kabul gören en sık kullanılan yöntem özofagoskopi altında forseps yardımı ile yabancı cisim çıkarılmasıdır. Rijit ve fleksibl özofagoskoplar kullanılarak yapılabilir. Fleksibl özofagoskopların avantajı, üzerinde santimetre çizgilerinin bulunması ve hava verme olanağının olmasıdır. Dezavantajı ise keskin cisimleri içine alacak boyutta tüpü bulunmadığından, bunlar çıkarılırken özofagusta perforasyon ve laserasyonlar oluşturabilmeleridir. Ayrıca piriform sinüs ve postkrikoid bölge iyi görülemez. Rijid özofagoskopide görüntü daha iyidir. Keskin yabancı cisimleri içine alabildiğinden daha rahat çıkarılmalarını sağlar. Ancak sert olduğundan zorlanırsa perforasyon yapabilir. Endoskopinin başarısız olduğu durumlarda ve sivri, keskin cisimlerde servikal özofagotomi gerekebilir.

Kaynaklar

1. Thompson JN, Browne JD. Caustic ingestion and foreign bodies in the aerodigestive tract. In Bailey BJ ed Head and Neck Surgery –Otolaryngology, Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993:731-3.
2. Kayıkçioğlu A, Karamürsel S, Mavili E ve ark. Intrasphenoidal migration of a premaxillary Kirschner wire. Cleft Palate Craniofac J 2000;37:209-11.
3. Ada M, Güvenç G. Yabancı cisimler. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi, Ankara: Güneş Kitabevi, 2004;1355-63.
4. Erpek G, Yorgancıoğlu A, Çelik P. Yabancı cisimler. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi, İstanbul:Turgut Yayıncılık, 2002;985-995.
5. Ellen M, Friedman MD. Tracheobronchial Foreign Bodies. Otolaryngologic Clinics of North America, 2000; 33:179-185.