

Bölüm 38

NADİR BİR PEG KOMPLİKASYONU; BURİED BUMPER (GÖMÜLÜ TAMPON) SENDROMU TANI VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Kadir GİŞİ⁴⁸

GİRİŞ

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile beslenme dört haftadan uzun süre beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalar için tercih edilmesi gereken bir beslenme şeklidir. İlk defa 1980 yılında Gauderer ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olan, çeşitli nedenlerle oral alımı bozuk ve gastrointestinal sistemi sağlam olan hastalarda kullanılan bir beslenme yöntemidir (1). En sık yutma güçlüğü ve nörolojik hastalıklarda ihtiyaç duyulan PEG, onkolojide ise üst solunum ve sindirim yolu kanserli hastalarda kemoradyoterapi veya uzamış postoperatif disfajide tercih edilmektedir. Ayrıca ilerlemiş abdominal maligniteye bağlı kronik alt gastrointestinal tıkanıklıklarda PEG ile dekompresyon sağlanmaktadır. Karın ön duvarında girişimi engelleyecek lezyonu olan, koagülopatisi olan ileri derecede asiti olan, morbid obez hastalarda ve peritonitte ise PEG takılması kontrendikedir. PEG takıldıktan 6-12 saat sonra kullanılabilir. Erken kullanım, komplikasyon riskini artırabilir. PEG tüpü normal şartlarda 6 ay kalır. Ancak 1-1.5 yıl kalan vakalar mevcuttur. Hastanın PEG tüpü ile beslenmesine gerek kalmadığında endoskopi yardımıyla, borusundan kesilerek içeride kalan parça yabancı cisim çıkarır gibi çekilerek çıkarılır. Hastalar tarafından iyi tolere edilmesi, uygulama kolaylığı ve ameliyat hane dışında lokal anestezi eşliğinde yapılabilmesi nedeniyle son yıllarda kullanımı gittikçe artmaktadır. Buna paralel işlem sırasında veya işlem sonrasında komplikasyonlar gelişebilmektedir (2). Bu nedenle PEG uygulamasında diğer tüm tıbbi girişimler gibi yasal sorumlulukları olan bir işlemdir. Bu açıdan hasta, hasta ailesi ve yakınları yeterli düzeyde bilgilendirilmeli, imzalı onayları alınmalıdır. Literatürde PEG ile ilişkili mortalite %1-3 arasında bildirilmiştir. Her yıl Amerika

⁴⁸ Dr. Öğretim Üyesi, KSÜ Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği, Kahramanmaraş, kadirgisi@gmail.com

Asıl olan PEG takılırken alınacak koruyucu önlemlerdir. Önleyici tedbirler, cilt seviyesi ile dış tampon arasında 3-5 mm boş alan bırakılmasını içerir (9). Biz de hastamızda yeni taktığımız PEG in tekrardan BBS neden olmasın diye eksternal fiksatorü ile cilt arasında 5 mm lik boşluk bıraktık. Ayrıca hastayı 2 hafta sonra PEG burgu işaretini yapmak için kontrole çağırdık. Bu mesafe bazı çalışmalarda ise 10 mm olarak belirtilmiştir, ancak bu mesafenin yerleştirme sırasında güvenli olup olmadığı konusunda bir fikir birliği yoktur. Çünkü bırakılan mesafe eğer fazla olursa PEG kanalı tam oluşana kadar hastada enfeksiyon ve peritonit riski artacaktır. Önlemede önemli olan şeylerden biride hasta yakınlarını özellikle PEG bakımı yaparken kateteri çekmemeleri gerektiği konusunda bilgilendirmek ve eğer hastanın elleri hareketli ise elleriyle temasını engellemektir. Gazlı bez pedleri, dıştaki fiksatorün üzerine yerleştirilmeli ve bu da gastrotomi tüpü yarası üzerinde baskı yaratacaktır. Stoma ile cilt arasındaki mesafenin ölçülüp kayıt edilmeside ilerde olacak problemlerde bize yol gösterecektir. Ayrıca PEG burgu işareti önemli bir önleyici önlemdir. Stoma kanalı olgunlaştıktan sonra (genellikle 2 hafta sonra), dış destek haftada bir kez açılmalıdır (bazı yazarlar günlük açılmasını tavsiye eder) ve PEG tüpü içine birkaç santimetre itilmeli ve uzun ekseni etrafında 360 ° döndürülmeli. Sonrasında dış fiksator uygun (gevşek) konumda geri takılmalıdır (3).

Sonuç olarak PEG özellikle beslenmeye güçlüğü çeken hastalara beslenme desteği yapmak amaçlı takılan bir invaziv girişimsel yoldur. Girişimsel işlem olması nedeniyle çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır. Bunların çoğu basit komplikasyonlar iken BBS PEG in geç ve tehlikeli bir komplikasyonudur. Tüm bu komplikasyonları özellikle BBS'nu önlemek için hasta ile ilgilenen herkese iyi bir eğitim verilmesi ve işlemi yapan klinisyenin de hastayı yakın takip etmesi ve gerektiğinde erken tesbit için en ufak şüphede endoskopi yapması gerektiği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Gauderer WL, Ponsky JL, İzant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J pediatry Surg* 1980; 15:872-875
2. Nadir I, Türkay C. Uzun Süreli Enteral Beslenme Etkili ve Güvenilir Yaklaşım: Perkütan Endoskopik Gastrostomi . güncel gastroenteroloji 2011; 15/2:95-97
3. Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, et al. Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World J Gastroenterol* 2016 January 14; 22(2): 618-627
4. Uptodate(2019). Gastrostomy tubes: Complications and their management (26.07.2019 tarihinde https://www.uptodate.com/contents/gastrostomy-tubes-complications-and-their-management?search=buried%20bumper%20syndrome§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H230616934&source=machineLearning&selectedTitle=1~3&display_rank=1#H230616934 adresinden ulaşılmıştır)

5. Akarsu M, Uğur Kantar F. Acute Buried Bumper Syndrome with Gastric Perforation and Peritonitis: A Rare Complication of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Case Report. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(6)
6. Afifia I, Zaroura A, Al-Hassania A, et al. The Challenging Buried bumper Syndrome after Percutaneous endoscopic Gastrostomy, *Case Rep Gastroenterol* 2016;10:224–232
7. Kurek K, Baniukiewicz A, Świdnicka-Siergiejko A. Buried bumper syndrome: a rare complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Videosurgery Miniinv* 2015; 10 (3): 504–507
8. Mueller-Gerbes D, Hartmann B, Lima J.P. Comparison of removal techniques in the management of buried bumper syndrome: a retrospective cohort study of 82 patients. *Endoscopy International Open* 2017; 05: E603–E607
9. Satiya J, Marcus A (March 27, 2019) The Buried Bumper Syndrome: A Catastrophic Complication of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. *Cureus* 11(3): e4330
10. Tuncer K, Kılınçsoy N, Lebe E, ve ark. Perkütan endoskopik gastrostomi sonuçlarımız: 49 olgunun irdelenmesi. *Akademik gastroenteroloji dergisi*, 2003; 2 (2): 64-68.
11. M. A. Benatta. The Buried Bumper Syndrome: External Bumper Extraction after Radial Mini Incisions and Replacement through an Adjacent Tract. *Case Reports in Medicine* Volume 2016
12. Libânio D, Pimentel-Nunes P. Early Buried Bumper Syndrome – To Leave or Not to Leave. *Port J Gastroenterol* 2018;25:115–116
13. Geer W, Jeanmonod R: Early presentation of buried bumper syndrome. *West J Emerg Med.* 2013, 14:421-3.
14. Azevedo R, Caldeira A, Banhudo A. Early Buried Bumper Syndrome. *Port J Gastroenterol* 2018;25:154–156
15. El Hajj Ihab I, James Watkins J, Easler J, et al. Different endoscopic management of 2 cases of acute buried bumper syndrome. *VIDEOGIE* Volume 2, No. 11 : 2017 www.VideoGIE.org
16. Lohsiriwat V: Percutaneous endoscopic gastrostomy tube replacement: A simple procedure? *.World J Gastrointest Endosc.* 2013, 5:14-8.
17. R. P. Venu, R. D. Brown, B. J. Pastika, et al “The buried bumper syndrome: a simple management approach in two patients,” *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 56, no. 4, pp. 582– 584, 2002
18. T.-H. Lee and J.-T. Lin, “Clinical manifestations and management of buried bumper syndrome in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy,” *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, no. 3, pp. 580–584, 2008.
19. Richter-Schrag HJ, Fischer A. Buried-bumper-Syndrome A new classification and therapy algorithm. *Chirurg* 2015; 86: 963 – 969