

ÖZOFAGUSTA YABANCI CİSİM

Ekrem ASLAN¹ - Aysun YAKUT²

DOI: 10.37609/akya.3785.c229

GİRİŞ

Özofagusta yabancı bir cismin bulunması sıklıkla bilinen bir nesnenin kazara yutulması veya besin bolusunun impaksiyonu sonucu oluşan klinik bir durumdur. Yutulan yabancı cisimlerin %80-%90'ı herhangi bir endoskopik müdahale gerektirmeden özofagustan kendiliğinden geçerken, %10-%20 kadar hastada endoskopik müdahale gerekir. Hastaların %1'inde ise yabancı cisim impaksiyonu ile ya da yabancı cisim çıkartılırken komplikasyon gelişebilir ve cerrahi işlem gerekebilir. Yabancı cisim veya besin bolus impaksiyonu olan hastalarda genellikle semptomlar hafif ve hastaların genel durumu stabildir. Genellikle bebekler, çocuklar, zihinsel engelli bireyler, mahkûmlar ve psikiyatrik hastalığı olan kişiler risk grubundadır. Bu gruptaki hastaların yönetimi özel durumları nedeni ile oldukça zor olup, yutulan nesnenin ne olduğu, bu yabancı cisim veya impakte olan besin bolusunun ne zaman yutulduğu konusunda net bilgi veremeyen ya da bilgi vermek istemeyen hastalardan oluşmaktadır (1,2,3,4).

EPİDEMİYOLOJİ VE PATOFİZYOLOJİ

Özofagus, gastrointestinal traktüste yabancı cisim tıkanıklıklarının en sık görüldüğü bölgedir.

Özofagus yabancı cisimleri sıklıkla özofagusun fizyolojik veya patolojik lümen daralması gelişen bölgelerinde impaksiyona uğrar. Özofagusun 3 ana fizyolojik daralma bölgesi mevcuttur; krikofaringeus kasını içeren üst özofagus sfinkteri (ÜÖS), aortik ark bası bölgesi ve alt özofagus sfinkteri (LES) seviyesindeki diyafragmatik hiatus geçiştir. Çocuklarda yabancı cisimlerin yaklaşık %74'ü ÜÖS düzeyinde takılmaktadır. Yetişkinlerde tıkanıklıkların yaklaşık %68'i patolojik anormalliklerle ilişkili distal özofagusta meydana gelir (5). Yetişkinlerde eozinofilik özofajit, Schatzki halkası gibi özofagus patolojilerinin varlığı besin impaksiyonu veya gıda takılmasına predispozisyon oluşturan en yaygın nedenlerdir. Çocuklarla karşılaştırıldığında yetişkinlerde yabancı cisim yutulması nadirdir (6). Yabancı cisim yutulması vakaların % 95'inde kazara olur, genellikle gıdayla ilgilidir (7). Yetişkinlerde yabancı cisim impaksiyonu daha çok; yaşlılar, altta yatan psikiyatrik hastalığı veya alkol intoksikasyonu olanlar, cezaevi mahkûmları ve uyuşturucu kaçakçılığı amacıyla görülür (5,8-10).

Özofagusta yabancı cisim veya besin impaksiyon riskini artıran yapısal veya fonksiyonel özofagus anormallikleri olabilir, bunlar; özofageal divertikül, webler, halkalar, akalazyza ve diğer özofagus motilite hastalıkları, eozinofilik özofajit ve

¹ Uzm. Dr., Memorial Ataşehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, ekremaslan@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0003-0553-9622

² Doç. Dr., Sefaköy Medipol Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD., Gastroenteroloji BD., aysun.yakut@istanbul.edu.tr, ORCID iD: 0000-0001-7792-8438

Tablo 1. Endoskopik tedavi aciliyet durumu (19,37,80-82)

Çok acil durum – <i>Emergency</i> (2-12 saat içinde)	Acil – <i>Urgent</i> (12 ila 24 saat içinde)	Acil olmayan
<ul style="list-style-type: none"> Total özofagus obstrüksiyonu bulguları (ağız içi sekresyonları tolere edemeyen, aspirasyon gelişen) olan hastalar Yemek borusunda düğme piller Yemek borusunda keskin uçlu nesnelere Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalar (dispne, desatürasyon, perforasyon bulguları) 	<ul style="list-style-type: none"> Keskin uçlu olmayan yemek borusu nesnelere (çapı 2,5 cm'den büyük / 6 cm'den uzun) Tam tıkanma olmaksızın gıda impaksiyonu Çoklu mıknaatıslar (veya tek mıknaatıs artı endoskopik erişim dahilindeki başka bir ferromanyetik nesne) Yemek borusundaki paralar 	<ul style="list-style-type: none"> Künt kenarlı çapı 2,5 cm'den küçük nesnelere Uzunluğu 6 cm'den kısa künt kenarlı nesnelere

az komplikasyon oranıyla vakaların %90'ından fazlasında başarılı olur. Endoskopik yönetim çok acil (*Emergency*), acil (*Urgent*) ve acil olmayan olarak ayrılabilir (Tablo 1) (19,37,80-82).

AYIRICI TANI

Özofagus sıyrıkları, yabancı bir cismin geçişinden sonra kalan yabancı cisim hissine neden olabilir. Hasta stabilse ve oral alımı tolere ediyorsa 12 ila 24 saat içinde yeniden değerlendirilebilir. Semptomlar devam ederse BT taraması veya endoskopi gerekebilir.

Yabancı cisim olmadan yabancı cisim hissine neden olabilecek diğer durumlar şunlardır:

- » Özofageal candidiasis, Herpes simpleks virüsü veya Sitomegalovirüs enfeksiyonları
- » Özofajit(asit reflü, ilaç özofajiti, eozinofilik özofajit)
- » Özofagus spazmı gibi özofagus motilite bozuklukları
- » Globus faringeus (aynı zamanda globus hystericus olarak da bilinir), belirsiz etiyojolojiye sahip boğazda bir yumru veya yabancı cisim hissidir.

SONUÇ

Yutulan yabancı cisimlerin % 80 ile % 90'ı 3 ila 7 gün içinde kendiliğinden sindirim kanalını terk ederken, yaklaşık %3 ila %10'u bir tür müdahale gerektirebilir. Hemodinamik olarak stabil olmayan,

sekresyonlarını dahi yutamayan veya komplikasyon geliştiği düşünülen hastalarda çok acil endoskopik müdahale yapılması hayati önem arz eder. Düğme piller ve keskin uçlu cisimlerin yutulduğundan şüphelenilen hastalarda da acil endoskopik inceleme yapılmalıdır. Disk pil yutulması nedeniyle özofagus yaralanması olan çocukların, sonrasında gelişebilecek erozyon, perforasyon ve özofagus darlığı ile ilgili komplikasyonları araştırmak için kısa ve uzun dönem takipleri gerekir.

KAYNAKLAR

1. Anderson KL, Dean AJ. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2011;29(2):369-400, ix.
2. Al Lawati TT, Al Marhoobi RM. Timing of Button Battery Removal From the Upper Gastrointestinal System in Children. *Pediatr Emerg Care.* 2021 Aug 01;37(8):e461-e463.
3. Zhang XR, Li Q. (A case of magnetic pharyngeal foreign body in children). *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2018 Sep;32(18):1432-1433. Chinese. doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2018.18.017.
4. Malik SA, Qureshi IA, Muhammad R. Diagnostic Accuracy Of Plain X-Ray Lateral Neck In The Diagnosis Of Cervical Esophageal Foreign Bodies Keeping Oesophagoscopy As Gold Standard. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2018;30(3): 386-388.
5. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:39.
6. Schunk JE, Harrison AM, Corneli HM, et al. Fluoroscopic foley catheter removal of esophageal foreign bodies in children: experience with 415 episodes. *Pediatrics.* 1994; 94:709.
7. Wu WT, Chiu CT, Kuo CJ, et al. Endoscopic management of suspected esophageal foreign body in adults. *Dis Esophagus.* 2011; 24:131.

8. Sheth P, Finkelstein E, Campbell D, et al. Imaging of foreign bodies in prisoners. *Semin Ultrasound. CT MR* 2015; 36:28.
9. Ribas Y, Ruiz-Luna D, Garrido M, et al. Ingested foreign bodies: do we need a specific approach when treating inmates? *Am Surg*. 2014; 80:131.
10. Desai TK, Stecevic V, Chang CH, et al. Association of eosinophilic inflammation with esophageal food impaction in adults. *Gastrointest Endosc*. 2005; 61:795.
11. Al Lawati TT, Al Marhoobi R. Patterns and Complications of Ingested Foreign Bodies in Omani Children. *Oman Med J*. 2018;33(6):463-467.
12. Shatani N, Alshaibani S, Potts J, et al. Chest Radiograph Alone Is Sufficient as the Foreign Body Survey for Children Presenting With Coin Ingestion. *Pediatr Emerg Care*. 2021 ;37(9):e524-e527.
13. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, et al. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001;160(8):468-72.
14. Triadafilopoulos G, Roorda A, Akiyama J. Update on foreign bodies in the esophagus: diagnosis and management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2013;15(4):317.
15. Gretarsdottir HM, Jonasson JG, Björnsson ES. Etiology and management of esophageal food impaction: a population based study. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50(5):513-8.
16. Leinwand K, Brumbaugh DE, Kramer RE. Button Battery Ingestion in Children: A Paradigm for Management of Severe Pediatric Foreign Body Ingestions. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2016;26(1):99-118.
17. Alfonso MJ, Baum CR. Magnetic Foreign Body Ingestions. *Pediatr Emerg Care*. 2016;32(10):698-702.
18. Connolly AA, Birchall M, Walsh-Waring GP, et al. Ingested foreign bodies: patient-guided localization is a useful clinical tool. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1992; 17:520.
19. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*. 2011; 73:1085.
20. Nandi P, Ong GB. Foreign body in the oesophagus: review of 2394 cases. *Br J Surg* 1978; 65:5.
21. Khan MA, Hameed A, Choudhry AJ. Management of foreign bodies in the esophagus. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004; 14:218.
22. Adams DB. Endoscopic removal of entrapped coins from an intraluminal duodenal diverticulum 20 years after ingestion. *Gastrointest Endosc*. 1986; 32:415.
23. Kirberg AE. Long-standing esophageal foreign body. *Gastrointest Endosc*. 1986; 32:304.
24. Yamamoto M, Mizuno H, Sugawara Y. A chopstick is removed after 60 years in the duodenum. *Gastrointest Endosc*. 1985; 31:51.
25. Tsui BC, Mossey J. Occult liver abscess following clinically unsuspected ingestion of foreign bodies. *Can J Gastroenterol*. 1997; 11:445.
26. Zhang X, Liu J, Li J, et al. Diagnosis and treatment of 32 cases with aorto-esophageal fistula due to esophageal foreign body. *Laryngoscope*. 2011; 121:267.
27. Ahn D, Heo SJ, Park JH, Sohn JH. Tracheoesophageal fistula with tracheal stenosis resulting from retained esophageal foreign body. *Auris Nasus Larynx*. 2011; 38:753.
28. Sung SH, Jeon SW, Son HS, et al. Factors predictive of risk for complications in patients with oesophageal foreign bodies. *Dig Liver Dis*. 2011; 43:632.
29. Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, DiPoce J. Clinical guidelines for imaging and reporting ingested foreign bodies. *AJR Am J Roentgenol*. 2014; 203:37.
30. Ghahremani GG. Foreign bodies of the alimentary tract. In: *Textbook of Gastrointestinal Radiology*, Gore RM, Levine MS, Laufer I (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1994. p.2547.
31. Pellerin D, Fortier-Beaulieu M, Guegen J. The fate of swallowed foreign bodies: Experience of 1250 instances of subdiaphragmatic foreign bodies in children. *Program Pediatr Radiol*. 1969; 2:302.
32. Carp L. Foreign Bodies in the Intestine. *Ann Surg*. 1927; 85:575.
33. Fung BM, Sweetser S, Wong Kee Song LM, Tabibian JH. Foreign object ingestion and esophageal food impaction: An update and review on endoscopic management. *World J Gastrointest Endosc*. 2019; 11:174.
34. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc*. 2002; 55:802.
35. Ginsberg GG. Management of ingested foreign objects and food bolus impactions. *Gastrointest Endosc*. 1995; 41:33.
36. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016; 48:489.
37. Chaikhouni A, Kratz JM, Crawford FA. Foreign bodies of the esophagus. *Am Surg*. 1985; 51:173.
38. Yadollahi S, Buchannan R, Tehami N, et al. Endoscopic management of intentional foreign body ingestion: experience from a UK centre. *Frontline Gastroenterol*. 2022; 13:98.
39. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc*. 2006; 64:485.
40. Gmeiner D, von Rahden BH, Meco C, et al. Flexible versus rigid endoscopy for treatment of foreign body impaction in the esophagus. *Surg Endosc*. 2007; 21:2026.
41. Berggreen PJ, Harrison E, Sanowski RA, et al. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc*. 1993; 39:626.
42. Neustater B, Barkin JS. Extraction of an esophageal food impaction with a Roth retrieval net. *Gastrointest Endosc*. 1996; 43:66.
43. Vicari JJ, Johanson JF, Frakes JT. Outcomes of acute esophageal food impaction: success of the push technique. *Gastrointest Endosc*. 2001; 53:178.
44. Longstreth GF, Longstreth KJ, Yao JF. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. *Gastrointest Endosc*. 2001; 53:193.
45. Saeed ZA, Michaletz PA, Feiner SD, et al. A new endoscopic method for managing food impaction in the esophagus. *Endoscopy*. 1990; 22:226.
46. Pezzi JS, Shiao YF. A method for removing meat impactions from the esophagus. *Gastrointest Endosc*. 1994; 40:634.
47. Ooi M, Duong T, Holman R, et al. Comparison of

- Cap-Assisted vs Conventional Endoscopic Technique for Management of Food Bolus Impaction in the Esophagus: Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol.* 2021; 116:2235.
48. Kerlin P, Jones D, Remedios M, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in adults with food bolus obstruction of the esophagus. *J Clin Gastroenterol.* 2007; 41:356.
 49. Kirchner GI, Zuber-Jerger I, Endlicher E, et al. Causes of bolus impaction in the esophagus. *Surg Endosc.* 2011; 25:3170.
 50. Rajagopalan J, Triadafilopoulos G. Ring(s)-related esophageal meat bolus impaction: biopsy first, dilate later. *Dis Esophagus.* 2009; 22:E14.
 51. Ferrucci JT Jr, Long JA Jr. Radiologic treatment of esophageal food impaction using intravenous glucagon. *Radiology.* 1977; 125:25.
 52. Trenkner SW, Maglinte DD, Lehman GA, et al. Esophageal food impaction: treatment with glucagon. *Radiology.* 1983; 149:401.
 53. Tibbling L, Bjorkhoel A, Jansson E, et al. Effect of spasmolytic drugs on esophageal foreign bodies. *Dysphagia.* 1995; 10:126.
 54. Sodeman TC, Harewood GC, Baron TH. Assessment of the predictors of response to glucagon in the setting of acute esophageal food bolus impaction. *Dysphagia.* 2004; 19:18.
 55. Schreiner P, Greuter T, Tatu A, et al. Is There a Role for Topical Swallowed Steroids upon Emergency Room Admission for Suspected Food Bolus Obstruction in Eosinophilic Esophagitis? *Dysphagia.* 2022; 37:933.
 56. Goldner F, Danley D. Enzymatic digestion of esophageal meat impaction. A study of Adolph's Meat Tenderizer. *Dig Dis Sci.* 1985; 30:456.
 57. Morse CR, Wang H, Donahue DM, et al. Use of Proteolytic Enzymes in the Treatment of Proteinaceous Esophageal Food Impaction. *J Emerg Med.* 2016; 50:183.
 58. Faigel DO, Stotland BR, Kochman ML, et al. Device choice and experience level in endoscopic foreign object retrieval: an in vivo study. *Gastrointest Endosc.* 1997; 45:490.
 59. Panieri E, Bass DH. The management of ingested foreign bodies in children--a review of 663 cases. *Eur J Emerg Med.* 1995; 2:83.
 60. Hachimi-Idrissi S, Corne L, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood: our experience and review of the literature. *Eur J Emerg Med.* 1998; 5:319.
 61. Stringer MD, Capps SN. Rationalising the management of swallowed coins in children. *BMJ* 1991; 302:1321.
 62. Blaho KE, Merigian KS, Winbery SL, et al. Foreign body ingestions in the Emergency Department: case reports and review of treatment. *J Emerg Med.* 1998; 16:21.
 63. Vizcarrondo FJ, Brady PG, Nord HJ. Foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc.* 1983; 29:208.
 64. Selivanov V, Sheldon GF, Cello JP, Crass RA. Management of foreign body ingestion. *Ann Surg.* 1984; 199:187.
 65. Li G, Wu D, Zhou L, et al. Delayed Endoscopic Management of Esophageal Sharp-Pointed Food Impaction: An Analysis of 829 Cases in China. *Dig Dis Sci.* 2022; 67:3166.
 66. Chen T, Wu HF, Shi Q, et al. Endoscopic management of impacted esophageal foreign bodies. *Dis Esophagus.* 2013; 26:799.
 67. Bertoni G, Pacchione D, Sassatelli R, et al. A new protector device for safe endoscopic removal of sharp gastroesophageal foreign bodies in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1993; 16:393.
 68. Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, et al. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? *Pediatr Surg Int.* 2004; 20:496.
 69. Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases. *Pediatrics.* 1992; 89:747.
 70. Gordon AC, Gough MH. Oesophageal perforation after button battery ingestion. *Ann R Coll Surg Engl.* 1993; 75:362.
 71. Litovitz TL. Battery ingestions: product accessibility and clinical course. *Pediatrics.* 1985; 75:469.
 72. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Gastrointestinal injuries from magnet ingestion in children--United States, 2003-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006; 55:1296.
 73. Paediatric Surgery Trainee Research Network. Magnet and button battery ingestion in children: multicentre observational study of management and outcomes. *BJS Open.* 2022; 6.
 74. Thakkar H, Burnand KM, Healy C, et al. Foreign body ingestion in children: a magnet epidemic within a pandemic. *Arch Dis Child.* 2021; 106:1240.
 75. Namasivayam S. Button battery ingestion: a solution to a management dilemma. *Pediatr Surg Int.* 1999; 15:383.
 76. Srinivasan S, Sundaram S, Kennedy KF, et al. Trends and predictors of 30-day readmissions in subjects with eosinophilic esophagitis: results from a national cohort. *Dis Esophagus.* 2022; 35.
 77. Prasad GA, Reddy JG, Boyd-Enders FT, et al. Predictors of recurrent esophageal food impaction: a case-control study. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 42:771.
 78. Breumelhof R, Van Wijk HJ, Van Es CD, et al. Food impaction in nutcracker esophagus. *Dig Dis Sci.* 1990; 35:1167.
 79. Aiolfi A, Ferrari D, Riva CG, et al. Esophageal foreign bodies in adults: systematic review of the literature. *Scand J Gastroenterol.* 2018;53(10-11):1171-1178.
 80. Huang T, Li WQ, Xia ZF, et al. Characteristics and outcome of impacted button batteries among young children less than 7 years of age in China: a retrospective analysis of 116 cases. *World J Pediatr.* 2018;14(6):570-575.
 81. Bekkerman M, Sachdev AH, Andrade J, et al. Endoscopic Management of Foreign Bodies in the Gastrointestinal Tract: A Review of the Literature. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:8520767.
 82. Cervi E. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. BET 3: management of asymptomatic children with a history of coin ingestion. *Emerg Med J.* 2010;27(5):395-6.