

Pediyatrik Özofageal Yabancı Cisim Olgusunda Videolarinoskop Kullanımı

20. BÖLÜM

Rafet YARIMOĞLU¹

OLGU

Acil servise yabancı cisim yutma şikayetiyle getirilen ve sekresyon artışı olan dokuz aylık erkek hastanın çekilen grafisinde özofagusta (Resim 1) yabancı cisim görülmesi üzerine yabancı cismin ameliyathane şartlarında genel anestezi altında çıkarılması planlanmış. Dokuz aylık ve 9 kilogram olan erkek hasta, preoperatif fizik muayene ve rutin tetkikleri normal olması üzerine Amerikan Anesteziyoloji Derneği'nin (ASA) risk sınıflamasına göre ASA IE olarak değerlendirildi. Hastanemiz şartlarında çocuk hastalara endoskopi yapılması imkanı olmadığı için hasta genel anestezi altında özofagustan yabancı cisim çıkarılması için ameliyathaneye alındı. Preoperatif dönemdeki takiplerinde vital bulguları normal değerlerde seyreden hasta entübe edilerek inhalasyon anestezisi ile takip edilmeye başlandı. Direkt laringoskopi ile özofagustaki yabancı cisim görülemedi, cerrahi ekip tarafından yapılan manuel muayene ile de palpe edilemedi ve hastaya intraoperatif radyolojik görüntüleme yapıldı. Yabancı cismin seviyesinin tespiti için iğne ve forseps gibi metal materyallerle radyolojik görüntüleme tekrarlandı (Resim 2). Radyolojik görüntüleme de görülmesine rağmen direkt laringoskopi ve manuel muayene ile yaklaşık bir saatlik sürede yabancı cisme ulaşılamaması üzerine; hasta endoskopik görüntüleme için kulak burun boğaz (KBB) bölümü doktorlarına intraoperatif dönemde danışıldı. KBB bölümü doktorlarından endoskopik muayene ile yabancı cismin seviyesi ve yerini tam olarak göstermeleri talep edildi. Endoskopik muayene için kamera ve diğer ekipmanların hazırlanmasına başlandı. Bu işlem uzun süreceği için o esnada videolarinoskop ile özofagus girişinin cerrahi ekibe gösterilmesi düşünüldü. Resim 3'te görüleceği üzere özofagus girişi videolarinoskopi ile cerrahi ekibe gösterildi. Aspirasyon yapılarak görüş iyileştirildi ve videolarinoskopi eşliğinde yabancı cismin çıkarılması daha kısa sürede ve herhangi bir komplikasyon olmadan tamamlandı. İşlem sonunda hasta ekstübe edilerek postoperatif bakım ünitesine

¹ Uzm. Dr. Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

POSTOPERATİF DÖNEM

Postoperatif dönemde, PABÜ'de yaklaşık bir saat takip edilen hasta vital bulgular ve genel fizik muayenesinin normal olması üzerine ameliyathaneden servise çıkarıldı. Servis takibi esnasında nabız ve pulse oksimetre ile saturasyon takibi yapılan hastanın herhangi bir sıkıntısı olmadı. Vital bulguları stabil seyreden hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi.

Postoperatif dönemde özellikle gecikmiş vakalar özofagus darlığı, özofagus motilite bozukluğu ve enfeksiyon gelişimi açısından takip edilmelidir. Bu olgularda radyoloji, anestezi, gastroenteroloji, çocuk cerrahi ve gerektiğinde göğüs cerrahi bölümlerinin multidisipliner çalışması gerekli olabilir.

SONUÇ

Zor entübasyonlar için geliştirilen videolarinoskopun bu tip vakalarda kullanımını anestezi ve cerrahi ekipleri tarafından akılda tutulmalıdır. Ameliyathane şartlarında videolarinoskopun kolay ulaşılabilir olması, ucuz ve invaziv olmaması ve kullanımının kolay olması açısından bu ameliyatlarda güvenle kullanılabilirliği görülmektedir. Videolarinoskop kullanımıyla cerrahi ekibe eş zamanlı olarak görüntü sağlanmakta işlem ve genel anestezi süresi kısalmakta, yapılan işlemler görülerek yapıldığı için komplikasyon ihtimali azalmaktadır. Ayrıca intraoperatif radyolojik görüntülemelerde hem hasta hem sağlık personelinin maruz kaldığı radyasyon miktarının böylece azaltılması mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gummin DD, Mowry JB, Spyker DA, et al. 2016 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 34th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2017 Dec;55(10):1072-1252.
2. Pugmire BS, Lim R, Avery LL. Review of ingested and aspirated foreign bodies in children and their clinical significance for radiologists. *Radiographics*. 2015;35:1528-38.
3. Pelucchi S, Bianchini C, Ciorba A, et al. Unusual foreign body in the upper cervical oesophagus: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007 Feb;27(1):38-40.
4. Louie JP, Alpern ER, Windreich RM. Witnessed and unwitnessed esophageal foreign bodies in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Sep;21(9):582-5.
5. De Lucas EM, Ruiz-Delgado ML, Garcia-Baron PL, et al. Foreign esophageal body impaction: multimodality imaging diagnosis. *Emerg Radiol* 2004;10:216-7.
6. Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, et al. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2002;21:653-6.
7. Green SS. Ingested and Aspirated Foreign Bodies. *Pediatr Rev*. 2015 Oct;36(10):430-6.
8. Reeves PT, Nylund CM, Noel JM, et al. Fidget Spinner Ingestions in Children-A Problem that Spun Out of Nowhere. *J Pediatr*. 2018 Jun;197:275-279.
9. Little DC, Shah SR, Peter SD, et al. Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 cases. *J Pediatr Surg* 2006; 41:914-918.

10. Hamzah HB, James V, Manickam S, et al. Handheld Metal Detector for Metallic Foreign Body Ingestion in Pediatric Emergency. *Indian J Pediatr.* 2018 Aug;85(8):618-624.
11. Mori T, Nomura O, Hagiwara Y. Another Useful Application of Point-of-Care Ultrasound: Detection of Esophageal Foreign Bodies in Pediatric Patients. *Pediatr Emerg Care.* 2019 Feb;35(2):154-156.
12. Gurevich Y, Sahn B, Weinstein T. Foreign body ingestion in pediatric patients. *Curr Opin Pediatr.* 2018 Oct;30(5):677-682.
13. Hamilton JM, Schraff SA, Notrica DM. Severe injuries from coin cell battery ingestions: 2 case reports. *J Pediatr Surg* 2009; 44:644-647.
14. Sethia R, Gibbs H, Jacobs IN, et al. Current management of button battery injuries. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2021 Apr 15;6(3):549-563.
15. Jayachandra S, Eslick GD. A systematic review of paediatric foreign body ingestion: presentation, complications, and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013 Mar;77(3):311-7.
16. Yeh HY, Chao HC, Chen SY, et al. Analysis of Radiopaque Gastrointestinal Foreign Bodies Expelled by Spontaneous Passage in Children: A 15-Year Single-Center Study. *Front Pediatr.* 2018 Jun 12;6:172.
17. Li D, Nan L, Niu K, et al. Failure of standard methods for retrieving an unusual foreign body in esophagus: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2019 Nov;98(48):e18105.
18. Hoagland MA, Ing RJ, Jatana KR, et al. Anesthetic implications of the new guidelines for button battery ingestion in children. *Anesth Analg.* 2020;130(3):665-672.
19. Griesdale DE, Liu D, McKinney J, et al. Glidescope® video-laryngoscopy versus direct laryngoscopy for endotracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth.* 2012 Jan;59(1):41-52.
20. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al; American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology.* 2013 Feb;118(2):251-70.
21. Chemsian R, Bhananker S, Ramaiah R. Videolarinoscopy. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2014 Jan;4(1):35-41.