

Bronşioliti Taklit Eden Yabancı Cisim (Termiye) Aspirasyonu

Mimicking Bronchiolitis Foreign Body (Termiye) Aspiration

Ruhuşen Kutlu, Gülseren Pamuk

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D., Konya

Özet

Yabancı cisim aspirasyonları (YCA) çocukluk çağında sık görülen ve ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen durumlardır. YCA'ları 3 yaş altı çocuklarda daha sık görülmektedir. Eğer aniden başlayan nefes durması ve öksürük anamnezi yoksa atlanabilir, akciğer enfeksiyonlarını taklit edebilir, tekrarlayan enfeksiyonlara ve buna bağlı komplikasyonlara neden olabilir. Bu olgu sunumunda, değişik bir bakla türü olan termiye yedikten sonra aniden başlayan öksürük, kusma ve hışıltılı solunum şikayetleri ile getirilen 10 aylık bir erkek çocuk takdim edilmiştir. Hastanın teşhisi hikaye, fizik muayene, göğüs grafisi ve bronkoskopi ile konmuştur. Sağ alt bronшта yabancı cisim (termiye) vardı ve çıkarıldı. Bu olgu yabancı cisim aspirasyonunun çocukluk yaş grubunda akılda tutulması gereken bir durum olduğunu vurgulamaktadır. Çünkü yabancı cisim aspirasyonu komplikasyonlara, hatta ölüme yol açabilen önemli bir problemdir.

Anahtar kelimeler: Bronkoskopi, çocuk, yabancı cisim aspirasyonu.

Abstract

Foreign body aspirations (FBA), which have high mortality and morbidity rate, are common pediatric emergency issues occurred in childhood. FBA is seen more frequently among children under 3 years old. If there is no history of sudden-onset choking and cough, it can be ignored and the patient may come with recurrent pulmonary infections and its related complications. In this report, 10-month-old boy patient who was brought with complaints of sudden-onset of cough, vomiting and wheezing after eating a kind of broad bean (termiye) was presented. Diagnosis was established on the history, physical examination, the chest X-ray and bronchoscopy. The foreign body (termiye) was located in the right inferior bronchus and removed. This case emphasizes that the presence of a foreign body aspiration must be kept in mind in childhood. Because foreign body aspiration is a serious problem that may lead to complications or even to death.

Key words: Bronchoscopy, child, foreign body aspiration.

GİRİŞ

Yabancı cisim aspirasyonu dünyada ve ülkemizde sık görülen ve ölümlü sonuçlanabilen acil bir durumdur. Çocuğun ağzına kendisinin ya da başka birisinin koyduğu yabancı maddeyi nefes borusuna kaçırmasına bağlı oluşur. Özellikle 6 ay- 3 yaş arasındaki çocuklarda daha sık görülür. Çünkü bu yaş grubunda çocuklar ellerine aldıkları çoğu şeyi ağızlarına götürme eğiliminde olup, azı dişlerinin henüz tamamlanmamış olması, yemek yeme konusunda yeterli eğitim almamış olmaları ve kendi başlarına beslenmeleri yabancı cisim aspirasyon sıklığını artırır. Ayrıca yemek yeme sırasında gülme, ağlama ya da koşma gibi eylemler de bu durumu kolaylaştırır (1,2). Mortalitesi yüksek olduğundan acil tanı ve tedavi yapılması gerekir. Ancak akut solunum yolu yetmezliği gelişmeyen vakalarda tanı gecikebilir. Bu durum morbidite ve mortaliteyi artırır. Hasta karşımıza tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, atelectazi ya da bronşektazi ile gelebilir (1-3). Bu açıdan özellikle bu yaş grubunda tekrarlayan ya da tedaviye yanıtız akciğer enfeksiyonlarında yabancı cisim aspirasyonu hatırlanmalı ve anamnez derinleştirilmelidir. Yabancı cisim aspirasyonlarında iyi bir öykü ve fizik muayene tanıda önemli derecede yardımcı olacaktır. Öyküde yabancı cisim aspirasyonu şüphesi bile olsa bronkoskopi yapma endikasyonunu doğurur. Bu olgu sunumunda, ani başlayan öksürük, kusma ve hışıltılı solunumla müracaat eden 10 aylık erkek çocukta yabancı cisim aspirasyonu düşünülerek hasta hızlı ve sistemik olarak değerlendirilmiş ve acilen göğüs cerrahisi

bölümü ile konsülte edilerek, bronkoskopi yapılmış ve sağ ana bronştan termiye çıkarılmıştır. Bu nedenle, çocukluk yaş grubunda ani başlayan hışıltılı solunum, öksürük gibi durumlarda yabancı cisim aspirasyonunun akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

OLGU

10 aylık erkek hasta, 3 gün önce aniden başlayan öksürük, kusma, hışıltılı solunum şikayetlerinin devam etmesi nedeni ile polikliniğine getirildi. Hasta 2 gün önce başka bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ancak normal olduğu söylenerek evine gönderilmişti. Şikayetlerinin artması üzerine polikliniğimize başvurmuştu. Olgu 28 yaşındaki ilkokul mezunu, ev hanımı annenin 3. gebeliğinden sezaryen ile doğan 3. canlı bebeği idi. Baba 32 yaşında, ilkokul eğitilmiş, bir tekstil firmasında çalışıyordu ve sigara kullanıyordu. Bebeğin öz geçmişi ve soy geçmişi bir özellik yoktu. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde 3 gün önce akşam yemeğinden sonra Konya'da geleneksel olarak çerez türü olarak tüketilen termiyenin (diğer ismi acı bakla) meyvelerin yanında sofraya konulduğu ve yemesi için annesi tarafından çocuğun ağzına termiyenin verildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, şuuru açık, aksiller ateşi 37.2 °C, tansiyonu 85/50 mmHg, nabız 118/dk, solunum hızı 32/dk, 9500 gr. (%75pers.) ağırlığında, boyu 78 cm (%90pers.), baş çevresi 46.5 cm (%75pers) idi. Peroral siyanozu, interkostal ve supra sternal çekilmeleri ve burun kanadı solunumu vardı. Kulak, burun,



Resim 1. Sağ ana bronşa yerleşen non-opak bir yabancı cisim nedeniyle sağ akciğerde sol tarafa kıyasla belirgin havalanma artışı (hava hapsi) görülmektedir.

boğaz muayenesi normaldi. Göğüs oskültasyonunda yaygın hişiltı ve sibilan ralleri vardı, sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Kalp sesleri normaldi. Karaciğer 2 cm ele geliyordu, dalak ele gelmiyordu ve traube açıktı. Genito üriner sistem muayenesi normaldi. Hastadan yabancı cisim aspirasyonu ve bronşiolit ön tanılarını ile göğüs radyografisi istendi. Çekilen göğüs radyografisinde sağda belirgin olarak havalanma artışı vardı (Resim 1). Bu bulgular ile öncelikle yabancı cisim aspirasyonu düşünüldü. Hasta göğüs cerrahisi bölümü ile konsülte edildi ve hastaya genel anestezi altında rijit bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sağ ana bronşta organik yabancı cisim (termiye) görüldü ve çıkarıldı. Bronkoskopi sonrası çekilen göğüs radyografisi normal olarak değerlendirildi. Hasta bir gün sonra daha önce başlanan antibiyotik tedavine devam etmesi önerilerek taburcu edildi. Bir hafta sonra kontrole geldiğinde fizik muayene bulguları normaldi.

TARTIŞMA

Yabancı cisim aspirasyonları çocuklarda ölümcül olabilen, acil müdahale gerektiren olayların başında gelmektedir. Özellikle üç yaş altı çocuklarda aspirasyon sıklığı artmaktadır. Erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir (1,2) Spastisitesi olan, sık havale geçiren, yutma güçlüğü olan çocuklar yabancı cisim aspirasyonu açısından daha risklidir. Küçük çocukların her nesneyi ağızları ile tanıma dürtüleri,



Resim 2. Termiye ve hastamızdan çıkarılan termiye

molar dişlerin henüz olmaması nedeniyle güçlü çiğneyememeleri ve besinleri ağızlarında uzun süre bekletmeleri, ağlama ve gülme sırasında zorlu inspirasyon yapmaları aspirasyon sıklığını arttıran faktörlerdir (2-4). Yaşlarına uygun olmayan oyuncaklarla oynama, uygun olmayan yiyeceklerle beslenme, beslenme güçlüğü yapan hastalıklar, eğitimsiz ve bilgisiz aileler diğer risk faktörleridir (4). En sık aspire edilen yabancı cisim yiyeceklerdir. Yapılan araştırmalar okul öncesi çocuklarda fındık, fıstık, çekirdek gibi kuruyemiş ve kuru fasulye aspirasyonunun sık olduğunu, okul çağı çocuklarında ise en sık kalem ucu ve iğnenin aspire edildiğini göstermiştir (2). Yiyeceklerin cinsi, yaşanan ülkenin alışkanlıklarına göre değişiklik göstermektedir. Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada fındık aspirasyonun sık olduğu belirtilerek, bu durum Karadeniz bölgesinde fındık üretiminin yaygın olmasına bağlanmıştır (5). Bizim olgumuzda da yapılan bronkoskopi ile termiye çıkarılmıştı. Termiye Konya'da geleneksel olarak tüketilen bir çerez türüdür. Pazarlarda veya marketlerde kilo ile satılır. Termiye dış görünüşü 8-15 mm çapında, sarı renkli, ıslatılmış leblebi görünüşünde, kabuğu elle kolayca çıkartılabilen, üzeri düzgün ve genellikle hafif buruk ve acı tatta olan bir yiyecektir (Resim 2). Çocuklarda sol ana bronşun daha dik açıyla ayrılması ve çapının daha dar olması nedeniyle aspire edilen cisimler daha çok sağ tarafa yerleşme eğilimindedir (6-8). Sarısoy ve arkadaşlarının Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalına başvuran 38 hastada bronkoskopi uygulayarak yabancı cisim çıkarttıkları çocuklarda yaptıkları çalışmada; ani başlangıçlı öksürük (%58), dispne (%53) ve hişiltı solunum (%50) en sık saptanan bulgular olup, çıkarılan yabancı cisimlerin %39'unun sağ ana bronşa, %29'nun sol ana bronşa yerleştiği bildirilmiştir (9). Yabancı cisim trakeaya yerleşmişse, fizik muayenede hava girişindeki azalma ile ilgili bulgular ve interkostal çekilmeler gözlenir. Kısmi trakeal obstrüksiyonu bulunan hastalarda genellikle bifazik stridor saptanır. Yabancı cisim trakeanın alt kısmında ise inspiratuar stridorun çok ekspiratuar wheezing belirgin hale gelir. Eğer yabancı cisim ana bronşlarda tutulmuşsa temel bulgular öksürük ve tek taraflı wheezing şeklindedir. Bir yabancı cismin lobar veya segmental yerleşimi, asimetrik solunum seslerine, o bölgede yerel wheezing veya hava girişinde azalmaya yol açar (10). Bizim olgumuzda da çekilen göğüs radyografisinde sağda belirgin olarak havalanma artışı vardı (Resim 1). Bu bulgular ile öncelikle yabancı cisim aspirasyonu düşünüldü.

Yabancı cisim aspirasyonunun tanınmasında hastanın öyküsü önemlidir. Özellikle beslenme sırasında ya da küçük parçalı oyuncaklar ile oynarken ani başlayan öksürük, hırıltı, morarma ya da nefessiz kalma şikayeti bize yabancı cisim aspirasyonunu düşündürür. Özellikle yemek yeme sırasında ani başlayan ve tekrarlayan hırıltılı öksürük %73-%97 oranla en sık karşılaşılan şikayettir (3-11). Güven ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada YCA'nu olan vakalarda ani başlayan öksürük %70, hırıltı %44 oranında tespit edilmiştir (12). Bizim vakamızda da ani başlayan hırıltı ve öksürük şikayeti vardı. Hastanın anemnezinde termiye yerken öksürdüğü öğrenildi. Fizik muayenede ise hişiltı ve tıkanan tarafta solunum seslerinin azalması en sık karşılaşılan bulgulardır. Literatürde % 54 vakada akciğer seslerinde azalma görülmüştür (2-13). Demirbağ ve arkadaşları ise bu oranı %25 olarak bulmuştur (14). Güven ve arkadaşları ise yabancı cisim çıkarılan olguların % 68'inde tek taraflı solunum sesi azalması, %16'sında hişiltı, %27'inde ise normal muayene bulguları tespit etmişlerdir (12). Biz olgumuzda göğüs oskültasyonunda yaygın hişiltı ve sibilan ralleri vardı, sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Yabancı cisim aspirasyonları ani nefes kesilmesi ile hayatı tehdit edebilir. Bazı vakalarda da özellikle çocuğu gören kimse yoksa yabancı cisim uzun zaman çocuğun hava yollarında kalabilir. Bu durumda

çocuk karşımıza tekrarlayan hırıltılı solunum ve akciğer enfeksiyonları ile gelir. Böyle gecikmiş vakalarda atelektazi, bronşektazi, akciğer absesi, bronşial darlık gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu gecikmiş vakaların bir kısmına pulmoner rezeksiyon yapılması gerekebilir. Bu açıdan erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Şüpheli vakalarda tanıda öncelikle göğüs radyografisi çekilir. Grafide kısmi tıkanıklık varsa; yabancı cisim periferindeki bölümde hava hapsine bağlı amfizem gelişebilir. Ancak tam tıkanıklık varsa atelektazi görüntüsü olabilir. Yabancı cisim opak ise kendisinin görüntüsü ile tanı konulabilir (15). Gecikmiş olgularda grafide pnömonik infiltrasyon görülebilir. Ancak yapılan çalışmalar, akciğer grafisinin yabancı cisim aspirasyonu tanısı koymada özgüllük ve duyarlılığının yetersiz olduğunu ve %7-30 oranda normal grafi görüldüğünü göstermiştir (16-17). Benzer şekilde Güven ve ark. yaptığı çalışmada da bronkoskopi ile yabancı cisim çıkarılan olguların %24 'ünde normal grafi bulunmuştur (12). Bu olguların % 44'ünde ise yabancı cisim olan tarafta havalanma artışı görülmüştür. Bizim olgumuzun çekilen göğüs radyografisinde sağ akciğerde belirgin havalanma artışı vardı. Yabancı cisim açısından şüphelenen olgularda anlamlı muayene ve akciğer grafi bulguları olmasa da morbidite ve mortalitesi yüksek olduğundan hastaya bronkoskopi yapılmalıdır. Bronkoskopi hem tanı, hem de tedavi sağlayacaktır. Yabancı cisim ameliyat gerektirmeden bronkoskopi dediğimiz ışıklı kamera sistemi ile hava yollarından çıkarılır. Genel anestezi altında yerleştirilen boru ve ışıklı kamera sistemleri ile yabancı cisim görülür ve çıkarmaya uygun ise çıkarılır. Bununla beraber her yabancı cisim aspirasyonu kliniği olan çocukta bronkoskopi pozitif sonuç vermeyebilir (18). Güven ve arkadaşlarının yabancı cisim şüphesi olan ve bronkoskopi uygulanan çocuklarda yaptığı çalışmada çocukların %73 'ünde yabancı cisim; %16.2'sinde mukus tıkaçı saptanmış, %11 'inde de herhangi bir patoloji saptanmamıştır (12).

Yapılan araştırmalarda çocuklarda yabancı cisim aspirasyonunun ailelerin eğitim düzeyi ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Çocukların yaşına uygun yiyeceklerle beslenmesi, beslenme sırasında ve oyun oynarken gerekli önlemlerin alınması ve aspirasyon durumunda ailenin çocuğu sağlık kuruluşuna zamanında götürmesi ve gerektiğinde önerilen bronkoskopi ve benzeri tedavileri riskleri ile anlaması ve uygun karar verebilmesi önemlidir. Sarısoy ve arkadaşları bu konuda yaptıkları bir çalışmada yabancı cisim aspirasyonu tespit edilen çocukların %74 'ünün ailesinin ilköğretim mezunu olduğunu göstermiştir (9). Bu olgu sunumunda annenin 10 aylık çocuğuna yemesi için termiye verdiği görülmektedir. Burada ani başlayan, hışıltılı solunumla müracaat eden küçük çocuklarda yabancı cisim aspirasyonunun sorgulanması gerekliliğinin önemi vurgulanmıştır. Bu nedenle, yabancı cisim aspirasyonu şüphesi bulunan olgular, hızlı ve sistematik olarak değerlendirilmeli ve zaman geçirilmeden tedavi edilmelidir.

Sonuç olarak tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu hikayesi olan ve tedaviye cevap vermeyen hastalarda yabancı cisim aspirasyonu altta yatan gerçek neden olabilir. Ayrıca yabancı cisim aspirasyonu özellikle küçük çocuklarda diğer akciğer hastalıkları ile karıştığından aspirasyon öyküsü sorulmalı, şüpheli durumlarda akciğer grafisi çekilmeli, gerekirse hasta bronkoskopi deneyimi olan merkeze yönlendirilmelidir. Ancak en önemlisi yabancı cisim aspirasyonlarının önlenmesidir. Bu açıdan aileler bilgilendirilmeli, bakıcılar ve çocuk bakımı ile ilgili kurumların bu konuda aydınlatılması ve eğitilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çiftçi A, Bingöl-Koloğlu M, Şenocak M. E, Tanyel F.C, Büyükpamukçu N, Bronchoscopy For Evaluation Of Foreign Body Aspiration in Children. J Ped Surg 2003; 38: 1170-6.
2. Bodart E, de Bilderling G, Tuerinckx D, Gillet JB. Foreign body aspiration in childhood: management algorithm. Eur J Emerg Med 1999; 6(1): 21-5.
3. Eren S, Balci AE, Dikici B, Doblan M, Eren MN. Foreign body aspiration in children: experience of 1160 cases. Ann Trop Paediatr 2003; 23(1): 31-7.
4. Ozdemir C, Uzun I, Sam B. Childhood foreign body aspiration in Istanbul, Turkey. Forensic Sci Int 2005; 153: 136-41.
5. Tander B, Kirdar B, Ariturk E, Rizalar R, Bernay F. Why nut? The aspiration of hazelnuts has become a public health problem among small children in the central and eastern Black Sea regions of Turkey. Pediatr Surg Int 2004; 20: 502-4.
6. Midulla F, Guidi R, Barbato A, et al. Foreign body aspiration in children. Pediatr Int 2005; 47(6): 663-8.
7. Chiu CY, Wong KS, Lai SH, Hsia SH, Wu CT. Factors predicting early diagnosis of foreign body aspiration in children. Pediatr Emerg Care 2005; 21(3): 161-4.
8. Bittencourt PF, Camargos PA, Scheinmann P, de Blic J. Foreign body aspiration: clinical, radiological findings and factors associated with its late removal. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006;70(5): 879-84.
9. Sarısoy Ö, Liman ŞT, Aydoğan M, Topçu S, Burç K, Hatun Ş. Çocukluk çağı yabancı cisim aspirasyonu: klinik ve radyolojik değerlendirme. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 96-101.
10. Kocabaş A. Aspirasyon. Editör: Ekim N, Türkteş H. Göğüs Hastalıkları Acilleri. Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi 2000: 125-39.
11. Findlay CA, Morrissey S, Paton JY. Subcutaneous emphysema secondary to foreign-body aspiration. Pediatr Pulmonol 2003; 36(1): 81-2.
12. Güven A, Çalışkan B, Atabek C, Demirbağ S, Sürer İ, Öztürk H. Çocukluk Çağı Solunum Yolu Patolojilerinde Bronkoskopinin Yeri: Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 30-3.
13. Metrangolo S, Monetti C, Meneghini L, Zadra N, Giusti F. Eight years' experience with foreign-body aspiration in children: what is really important for a timely diagnosis? J Pediatr Surg 1999; 34(8): 1229-31.
14. Demirbağ S, Çetinkurşun S, Atabek C, Sürer İ, Öztürk H. Çocukluk Çağı Yabancı Cisim Aspirasyonları. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46 (1) : 43-6.
15. Blazer S, Naveh Y, Friedman A. Foreign body in the airway. A review of 200 cases. Am J Dis Child 1980; 134(1): 68-71.
16. Sersar SI, Rizk WH, Bilal M, et. al. Inhaled foreign bodies: presentation, management and value of history and plain chest radiography in delayed presentation. Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 134(1): 92-9.
17. Midulla F, Guidi R, Barbato A, et al. Foreign body aspiration in children. Pediatr Int 2005; 47(6): 663-8.
18. Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children. A comparison with bronchial foreign bodies. Am J Dis Child 1987; 141(3): 259-62.