



KOROZİV ÖZOFAJİT



Dr. Özlem Bilir

Evsel ve endüstriyel kaynaklı kostik maddelerin ağız yoluyla alınımı, özofagusta akut ya da kronik hasara neden olmaktadır⁽¹⁾. Hastaların acil servis başvuruları, çocukluk yaş grubunda ev temizliğinde kullanılmakta olan maddelerin (sülfirik asit, hidroklorik asit, sodyum hipoklorid) kazara az miktarlarda alımlar ön plandayken; erişkin yaş grubunda ise öz kıyım amaçlı kasıtlı yüksek miktarlarda alımlar sonucunda ilerleyici özafajial hasarlar meydana gelmektedir⁽²⁾.

Anamnez ve Klinik Belirtiler Acil servise başvuru esnasında mutlak olarak, alınan maddenin kimyasal özellikleri, ne kadar ve ne zaman alındığı, hangi formda olduğu (sıvı, katı ya da kristal), alım sonrasında kusma olup olmadığı ve beraberinde katı ya da sıvı gıda alımı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Tüm sıvı ve katı gıda alımı durdurulmalıdır⁽³⁾. Klinik prezentasyonda ağız ve hipofarinkste ağrı, salivasyon artışı, gibi yakınmalar olabileceği ciddi komplikasyonların geliştiğini gösteren solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı ya da şokun ön planda olduğu tablolarla da karşılabilmektedir. Bazen hastalar herhangi bir şikayetleri olmaksızın kimyasal madde alımı nedeniyle baş vurmakta ve sonrasında yapılan incelemelerde özofagusta hasar olduğu tespit edilmektedir. Bu nedenle endoskopik değerlendirilmenin yapılarak özofagusta meydana gelen hasarın direkt görülmesi, takip ve tedavide izlenecek yolun belirlenmesi açısından önemlidir.

Tanı Klinik bulgular hastalar arasında farklılık göstermekle birlikte semptom ve bulguların yaralanma derecesini tahmin etmede güvenilir olmaması bireysel değerlendirmeyi gerektirir. Bu nedenle koroziv madde alımlarında hasarlanma tespitinde üst gastrointestinal sistem endoskopisi altın standart olup tanı ve klinik seyir açısından yol göstericidir⁽⁴⁾. Özellikle ilk 24 saat içerisinde yapılacak endoskopik değerlendirme, hasarın derecesini ve yayılımını belirlemek açısından önemlidir^(5, 6). Oluşan özofajial hasar, endoskopik olarak Zargar'ın sınıflandırmasına⁽⁷⁾ göre:

Grade 0: normal,

Grade 1: mukozal ödem ve hiperemi,

Grade 2a: Kanama, yüzeyel ülser, kanama, eksuda,

Grade 2b: derin fokal ya da çevresel ülserler,

Endoskopik ya da klinik olarak özofageal perforasyon şüphesi bulunan, 3. dereceden fazla hasarlanması olan hastaların tedavisinde üçüncü kuşak sefalosporinler ya da ampisilin/sulbaktam gibi geniş spektrumlu IV antibiyotikler uygulanmalıdır.

Prognoz ve Cerrahi Endikasyonu: Klinik seyrin en önemli göstergeleri doku hasarının derecesi ve hastanın mevcut hemodinamik durumudur. Hastalarda ölüm perforasyon, mediastinit ve peritonit gibi komplikasyonlar nedeniyle meydana gelmektedir. Bu klinik tablolarla ait herhangi bir semptom varlığında *cerrahi konsültasyonu* istenmelidir. Ayrıca hemodinamik instabilitenin varlığı (sistolik kan basıncının <90 mmHg), peritoniti düşündüren muayene bulguları, şiddetli metabolik asidoz, radyolojik olarak pleuvral efüzyon, pnömomediastinum, pnömotoraks ya da pnömo-peritonium bulgusunun saptanması, hemodinamik instabiliteye neden olan gastrointestinal sistem kanamasının varlığı durumunda *acil cerrahi operasyon* planlanmalıdır⁽¹³⁾.

Kaynaklar

1. Shahbazzadegan B, Samadzadeh M, Feizi I, Shafaei Y. Management of Esophageal Burns Caused by Caustic Ingestion: A Case Report. Iran Red Crescent Med J 2016; 8: 18(11).
2. Gümürdülü Y, Karakoç E, Kara B, Taşdoğan BE, Parsak CK, Sakman G. The efficiency of sucralfate in corrosive esophagitis: a randomized, prospective study. Turk J Gastroenterol 2010; 21: 7-11.
3. Metin B, Arıbaş OK. Clinical features and treatment of corrosive esophagitis. Cukurova Med J. 2016; 41: 264-270.
4. Kazgan CA, Açıkalın A, Kozacı N, Kösenli Ö, Kelebek F, et al. Koroziv madde oral alımı nedeniyle başvuran hastaların demografik olarak değerlendirilmesi. Cukurova Med J. 2014; 39: 271-279.
5. Aksu B, İnan M. Corrosive burn of the esophagus in children. Balkan Med J. 2002; 19: 183-188.
6. Taşkınlar H, Bahadır GB, Yiğit D, Erdoğan C, Avlan D, Naycı A. Effectiveness of endoscopic balloon dilatation in grade 2a and 2b esophageal burns in children. Minim Invasiv The Allied Technol. 2017; 10: 1-7.
7. Zargar SA, Kochhar R, Metha S, Metha SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. Gastrointest Endosc 1191; 37: 165-169.
8. Lurie Y, Slotky M, Fischer D, Shreter R, Bentur Y. The role of chest and abdominal computed tomography in assessing the severity of acute corrosive ingestion. Clin Toxicol (Phila) 2013; 51: 834-837.
9. Park KS. Evaluation and management of caustic injuries from ingestion of acid or alkaline substances. Clin Endosc. 2014; 47 (4): 301-307.
10. Cakal B, Akbal E, Köklü S, Babalı A, Koçak E, Taş A. Acute therapy with intravenous omeprazole on caustic esophageal injury: a prospective case series. Dis Esophagus. 2013; 26: 22-26.
11. Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. World J Gastroenterol. 2013; 19: 3918-3930.
12. Bonnici KS, Wood DM, Dargan PI. Should computerised tomography replace endoscopy in the evaluation of symptomatic ingestion of corrosive substance. Clin Toxicol (Phila) 2014; 52: 911-925.
13. Rollin M, Jaulin A, Vaz F, Sandhu G, Wood S, et al. Caustic ingestion injury of the upper aerodigestive tract in adults. Ann R Coll Surg Engl 2015; 97: 304-307.