

ÖZOFAGUS KOROZİV YARALANMALARI

- Kimyasal yanıklarının büyük çoğunluğu alkalen maddeler ile
- **Alkali** – derin likefaksiyon nekrozu
ph \geq 11 ciddi koroziv
Asitten daha kötü hasara, aynı zamanda daha fazla prekanseröz
- Lye (kül suyu)
sodyum karbonat (çamaşır sodası)
sodyum metasilikat (bulaşık deterjanı)
amonyum deriveleri (lavabo temizleyicileri)

- **Asit** – koagülasyon nekrozu; daha sık gastrik hasar
ph \leq 2 ciddi koroziv
- Nitrik, sülfirik, hidroklorik, münaitik asit
sodyum asit sülfat (tuvalet taşı temizleyicisi)
dindo klorik asit (pas çıkarıcı) vb.

- Yanıkların çoğu 5 yaşın altında
- Çocuklarda kaza ile alım sık, erkek çocuklar arasında daha fazla
- Yetiřkinler su zannı veya suicide amaçlı

Patoloji

- Koroziv yaralanmayı takiben özofagusta histolojik değişiklikler; yutulan ajanın yapısı, konsantrasyonu ve miktarına bağlı

Kostik madde içimine bağlı mukozal yaralanmanın endoskopik klasifikasyonu

- **Grade 0:** Normal
- **Grade 1:** Mukozada ödem ve hiperemi
- **Grade 2a:** Yüzeysel ülserasyon, erozyon, eksudasyon, kanama
- **Grade 2b:** Derin fokal ya da çevresel ülserasyon
- **Grade 3a:** Küçük dağınık alanlarda multiple ülserasyon ve nekroz alanları
- **Grade 3b:** Yaygın nekroz

Akut evre

- Dudak, ağız ve farenkste ağrı
- Boyun ve göğüs ağrısı
- Çoğu zaman alkali alımını kusma ve aşırı tükrük salgısı izler
- Bundan sonraki semptomlar yanığın büyüklüğü ve derecesine bağlıdır. Hafif bir yanıkta yutmada orta derecede bir ağrı birkaç gün sürer veya hiç semptom vermez.

Akut devrenin orta derecede olan yanıklarında ağrı devam eder

- Disfaji
- Glottis veya trakea yanmışsa öksürük, solunum sıkıntısı
- Akut devredeki ciddi yanıklarda salivasyon ve kusma fazla, ağrı devamlı, solunum zorluğu belirgin. Ateş ve nabız hızla yükselir ve şok gelişir. Hasta genel toksik tabloda kaybedilebilir, fakat genellikle perforasyon gibi bir komplikasyon olur. Mediastinit, ampiyem veya trakeoözofageal fistül mortaliteyi arttırır

Striktür gelişimi

- Ödem ve spazm geçerken yutma fonksiyonu geri gelir.
- Ancak bazı hastalarda (genellikle orta-ağır derece yanıklı hastalar) ortalama 2 hafta sonra bazen de hemen striktür gelişir
- Striktür parsiyelse yalnız katı gıdalara disfaji
- Obstrüksiyon gelişmesiyle regürjitasyon, aspirasyon, kilo kaybı, dehidratasyon ve zayıflama semptomları
- Asit yanığı özofagusta ciddi hasar yapmadan, midede skar oluşturarak tıkanmaya yol açabilir

Tanı

- Özofagus yaralanmasının şiddet ve genişliğini belirlemek için fleksible özofagoskopi – ilk 24 saat
- Perforasyon olasılığı nedeniyle kontrast opaklı incelemede suda eriyen ajanlar baryuma tercih edilmeli – baryumun şiddetli şimik etkisi
- Direk grafiler – mediastinal amfizem, pnömotoraks, diafragma altında serbest hava
- Oral opaklı BT

Kontrendike prosedürler

- Emetik ajanlar, gastrik lavaj
- Nazogastrik sonda
- Nötralize ajanlar faydasız

Tedavi

- Klinik tablo çok değişken olduğu için her hasta ayrı değerlendirilmelidir. Kostik alımını gösteren fizik bulguları ve kostik alımı şüphesi olan kişi hastaneye yatırılmalı ve değerlendirilmelidir.
- Akut dönemde hasta asemptomatik ise ve düşük miktarda ve/veya konsantrasyonda asit-alkali içimi söz konusu ise endoskopi gerekmeyebilir. Bu hastaların bir kısmı taburcu edilerek ayaktan takip edilebilir.
- Bunun dışındaki tüm hastalar hospitalize edilmeli, oral alım kesilmeli ve ardışık akciğer ve abdomen grafileri ile takip edilmeli
- Acil gözlem ve sıvı replasmanı
- Havayolu obstrüksiyonu yönünden yakın takip
- Oral stop, parenteral beslenme, steroid, antibiyotik

- Geç dönemde striktür gelişen hastalarda dilatasyon standart yöntem ancak perforasyon riski yüksek
- Genellikle multiple dilatasyon gerekmektedir ve büyük kısmında sonraki dönemde özofagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyon ihtiyacı

Geç komplikasyonlar

- Özofagus perforasyonu ve mediastinit
- Çevre organlarda ülser hatta nekroz
- Pulmoner komplikasyonlar
- Striktür gelişimi
- Kronik mediastinit, fistülizasyon, hiatal herni
- Karsinom gelişimi