PROKSİMAL FİSTÜLLÜ ÖZEFAGUS ATREZİSİNDE FİSTÜL LOKALİZASYONU

FISTULA LOCALIZATION ON THE ESOPHAGEAL ATRESIA WITH PROXIMAL FISTULA

Murat YİĞİTER

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

Özet

Özefagus atrezisinin en nadir tipi olan proksimal fistüllü distal atrezilerin tipik radyolojik bulgusu, direkt karın grafilerinde gazsız karın görüntüsü ile kontrastlı üst poş grafilerinde fistülün görülmesi veya indirekt bulgu olarak poşun genişlememiş olmasıdır. Üst özefagus poşu geniş olan vakalarda genellikle fistül varlığını araştırmak için ileri radyolojik tetkiklere başvurulmadığı gibi ameliyat esnasında fistülü aramak amacıyla poşun serbestleştirilmesine de ihtiyaç duyulmamaktadır. Bu çalışmada, fistülü olmasına rağmen genişlemiş poşu ve poşun drene olmasına imkan vermeyecek lokalizasyondaki trakeo-özefajiyal fistülü bulunan özefagus atrezili bir yeni doğan takdim edilmektedir.

Anahtar kelimeler: *Proksimal fistüllü özefagus atrezisi, Dilate olmuş üst özefajiyal poş*

Summary

Typical radiological finding of the distal atresia with proximal fistula, the rarest kind of esophageal atresia, is a case in which gasless abdomen appearance ,directly in abdominal graphs, and the appearance of fistulae in upper pouch graphs or as an indirect finding, the small upper pouch are evidenced. In the cases whose upper esophageal pouch is dilated, advanced radiological examinations are not used and it does not require to freeing the pouch to search the fistula during the operation. Herein, a newborn with tracheoesophageal fistula localization which would not let the pouch drain and dilated proximal esophageal pouch, although there is a fistula, is introduced.

Key words: *Esophageal atresia with proximal fistula, Dilated upper esophageal pouch*

Giriş

Fistüllü ve fistülsüz özefagus atrezileri günümüzde iyi bilinen ve yaşamın ilk günlerinde kolayca tanı koyulabilen hastalıklardır. Özefagus atrezisinin Gross tarafından tanımlanmış altı ana tipi vardır. Proksimal fistüllü özefagus atrezisi (B tipi) bunların arasında en nadir görülenidir. B tipi atreziler, direkt grafilerde karında gaz görülmemesi nedeniyle fistülsüz izole atrezi gibi değerlendirilebilen ancak kontrastlı üst poş grafilerinde, trakeo-özefajiyal fistülün görülmesi veya üst poşun genişlememiş olması nedeniyle fistül varlığından şüphelenilip izole atrezilerden ayırımı yapılabilen vakalardır (1,2). Kontrastlı radyolojik çalışmalarda üst poşun genişlememiş olarak görülmesi özefagus ile trakea arasında bir fistülün varlığını ve bundan dolayı poşun drene olarak genişleyemediğini düşündürür. Kontrastlı tetkikler yapılmadığı müddetçe fistülüğün varlığını direkt veya indirekt olarak ortaya koymak güçtür. Bu çalışmada, B tip atrezili bir hastada, lokalizasyonu nedeniyle üst özefajiyal poşun drene olmasına engel olup genişlemesine sebep olan proksimal fistüllü bir vaka sunulmuştur.

Olgu

Beş günlük, üç kilogram ağırlığında bir yeni doğan tükürüğünü yutamama, beslenme sırasında morarma ve solunum güçlüğü şikayetleriyle kliniğimize kabul edildi. Yapılan fizik muayenede hastada peroral siyanoz, subkostal ve interkostal retraksiyonlar ve bilateral raller tespit edildi. Özefagus atrezisinden şüphelenilerek hastaya takılmaya çalışılan nasogastrik tüp ilerletilemedi. Hastanın ön-arka akciğer grafisinde üst özefagus poşu içerisinde kıvrılmış nasogastrik tüp görüldü. Hastanın direkt grafilerinde batında gaz yoktu. Kontrastlı üst poş grafisinde proksimal özefagusta atrezi ve proksimal özefagus ile trakea arasında fistül tespit edildi. Ancak proksimal fistüllü özefagus atrezisinde beklenilenin aksine üst poş, aynen fistülsüz proksimal atrezilerde olduğu gibi dilate görünümdeydi. Ayrıca tespit edilen fistül traktı proksimal poşun uç kısmı yerine, drenaja meydan vermeyecek şekilde oldukça yukarı kısımında tespit edildi.

Hastanın kan gazı değerleri pH; 7.132, pCO_2; 60, pO_2; 50, HCO_3; 19.7, BE; -9.5 olarak bulundu. Hastanın diğer laboratuar bulguları, ekokardiyografisi ve abdominal ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Hastanın mevcut olan asidozu ve sıvı elektrolit dengesi düzeltildikten sonra, ameliyata alındı. Sol servikal insizyon ile fistüle ulaşılarak eksize edilip, trakea ve özefagus onarımı yapıldıktan sonra servikal özefagostomi ve gastrostomi yapıldı. Operasyondan sonra yedinci günde hasta, gastrostomi tüpünden beslenmeye başlandı. Hastaya ileri bir dönemde düzeltici ameliyat yapılması planlanarak taburcu edildi.

Tartışma

Özefagus atrezili hastalar yaşamın ilk günlerinde çeşitli semptomlar verirler. En erken klinik bulgu hastanın tükürüğünü yutamamasıdır. İlk beslenme esnasında yutulamayan mamanın aspire edilmesi veya bu mamanın proksimaldeki fistülden trakeaya kaçması sonucu, öksürük ve morarma olması hastalığın tipik klinik bulgusudur. Bunun yanı sıra distal fistüllü özefagus atrezisinde de mide içeriği fistülden trakea ve akciğerlere kaçarak aynı bulguları verir. Hastalarda meydana gelen pnömoni özefagus atrezilerindeki en sık ölüm nedenidir. Erken tanı ve müdahale ile bu komplikasyonun gelişmesi engellenebilir. Özefagus atrezilerinin Gross tarafından tanımlanmış olan altı ana tipi mevcuttur. A tipi fistülsüz özefagus atrezisi, B tipi proksimal trakeo-özefajiyal fistüllü distal atrezi, C tipi distal trakeo-özefajiyal fistüllü proksimal atrezi, D tipi hem proksimal hem distal fistüllü özefagus atrezisi ve E tipi atrezi olmaksızın H tipi trakeo-özefajiyal fistül olarak sınıflandırılmıştır. F tipi ise özefajiyal stenozdur. Bu anomalilerin görülme sıklığı sırasıyla %7.8, %0.8, %85.8, %1.4, %4.2 dir. Bunlar arasında proksimal trakeo-özefajiyal fistüllü atrezi en nadir görülenidir (3). Ancak bu tipin insidansı, tespit edilemeyen fistüllerin varlığı ile düzeltici ameliyatlar sonrası tekrarlayan akciğer enfeksiyonları sonrası şüphelenilerek ortaya konulan fistüller de göz önüne alınırsa belirtilen oranlardan daha yüksek olarak tahmin edilmektedir (4).

Özefagus atrezisinin tanısı hastanın hikayesi, klinik bulguları, radyolojik çalışmalar ve gerekirse endoskopik girişimler ile konulur (3). Özefagus atrezili bir yeni doğanda radyolojik olarak ortaya konulmuş gazsız karın görüntüsü distal fistüllü özefagus atrezisini ekarte ettirerek, fistülsüz özefagus atrezisi veya proksimal fistüllü özefagus atrezisini düşündürür (5,6,7). Bu nedenle yapılacak kontrastlı üst özefajiyal poş grafilerinde trakeo-özefajiyal fistülün gösterilmesi veya genişlememiş, küçük bir özefajiyal poşun gözlenmesi ile proksimal fistüllü özefagus atrezisi tanısı koyulur (3). Aynı şekilde distal fistüllü özefagus atrezisinde de kontrastlı üst poş grafisi ile proksimal fistülün varlığı araştırılmalıdır. Distal fistüllü hastalarda primer anastomoz esnasında üst poşun serbestleştirilmesi ile grafilerde gösterilemeyen fistüllerin ortaya koyulması mümkündür. Erken dönemde primer anastomoz uygulanamayacak distal fistülsüz hastalarda ise proksimal bir fistülün

araştırılması için kontrastlı üst poş grafisine ek olarak gerekirse endoskopiye de başvurulmalıdır. Proksimal fistüllü genişlemiş üst poşa sahip vakalarda, klasik bilgilerimizin aksine fistülden drene olarak genişlememiş olması beklenen üst poşun vakamızda görüldüğü şekilde genişlemiş olması fistülün proksimal lokalizasyonundan kaynaklanmaktadır. Bu sebeple distal fistülsüz hastalarda, proksimal poşun fistül nedeniyle radyolojik olarak araştırılmasının yapıldığı ve hatta proksimal fistülün ortaya koyulamadığı durumlarda, poşun genişlememesi gibi indirekt bulgulara güvenmek yerine fistül varlığını ortaya koymak için endoskopik incelemelerin yapılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Kluth D. Atlas of esophageal atresia. J Ped Surg 1976; 11: 901-919
2. Harmon CM, Coran AG. Congenital Anomalies of the Esophagus. In: O'Neill JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, Caldamone AA (eds). Principles of Pediatric Surgery. 2nd ed., Mosby: St. Louis, Missouri, Year Book, 2004: 385-394
3. Harmon CM, Coran AG. Congenital Anomalies of the Esophagus. In: O'Neill JA, Grosfeld JL, Rowe MI et al (eds). Pediatric Surgery. 5th ed., Mosby: St. Louis, Missouri, Year Book, 1998: 941-967
4. Yun KL, Hartman GE, Shochat SJ. Esophageal atresia with triple congenital tracheoesophageal fistulae. J Ped Surg 1992; 27:1527-1528
5. Goh DW, Brereto RJ, Spitz L. Esophageal atresia with obstructed tracheoesophageal fistula and Gasless Abdomen. J Ped Surg. 1991; 26:160-162
6. Toulukian RJ, Keller MS. High proximal pouch esophageal atresia with vertebral, rib and sternal anomalies: an additional componenet to the VATER association. J Ped Surg 1988; 23:76-79
7. Rescorla FJ, West KW, Scherer LR, Grosfeld JL. The complex nature of type a (long-gap) esophageal atresia. Surgery 1994; 116: 658-664

Yazışma adresi:
Dr.Murat YİĞİTER

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum