

ERİŞKİNDE PNÖMONİYLE SEYREDEN BİR TRAKEOÖZEFAGİAL FİSTÜL OLGUSU

Hakan KOCA, Filiz GÜLDAVAL, Sezen ŞENIRMAK ÖZDEN, Rifat ÖZACAR

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Bölümü, İZMİR

ÖZET

Yirmi yaşında erkek hasta klinik ve radyolojik pnömoni tablosu ile başvurdu. Lezyonların progresse olması üzerine yapılan incelemelerde trakeoözofageal fistül (TÖF) saptandı. Edinsel nedenler ekarte edilen hastada konjenital izole TÖF düşünüldü. TÖF erişkin pnömonisinde altta yatan nadir bir neden olarak ilginç bulunarak sunuldu.

Anahtar kelimeler: pnömoni, trakeoözofageal fistül

SUMMARY

A Case of Tracheoesophageal Fistula Causing Pneumonia in an Adult

A 20 years old male patient presented with a clinical and radiological picture of pneumonia. Investigations were performed because of the progression in the lesions and a tracheoesophageal fistula was detected. After the acquired causes were ruled out, a diagnosis of congenital isolated tracheoesophageal fistula was made. This case was presented because of the rarity of congenital isolated tracheoesophageal fistula as the underlying cause of pneumonia in adult patients.

Key words: pneumonia, tracheoesophageal fistula,

GİRİŞ

Trakeoözofageal fistül (TÖF) ilk kez 1873 yılında Lamb tarafından tanımlanmıştır. Konjenital özofagus anomalilerinin % 1'den azını oluşturur⁽¹⁾. TÖF tanısı genellikle neonatal dönemde konmaktadır⁽²⁾. Bununla birlikte konjenital TÖF olgularının 1/4'ü adolesan ve erişkin dönemde ortaya çıkabilmektedir⁽³⁾. Erişkin dönemde karşılaşılan TÖF, kazanılmış da olabilir.

Malignite, travma, uzamış trakeal entübasyon en sık nedenlerdir⁽⁴⁾. Klinikte özellikle sıvı gıdalarla oluşan şiddetli öksürük, yiyeceklerle karışık balgam ekspektorasyonu, nadiren de göğüs ağrısı ve hemoptizi görülebilir⁽⁵⁾. TÖF tekrarlayan aspirasyonlar nedeniyle erişkinlerde görülen özellikle tekrarlayıcı ve tedaviye yanıtız pnömonilerde düşünülmesi gereken nadir bir predispozan nedendir.

Yazışma adresi: Hakan KOCA. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Bölümü, İZMİR

Tel: (0232) 433 33 33/402 Fax: (0232) 458 72 62

e-mail:hakankoca@dr.com

Alındığı tarih:18.12.2003, kabul tarihi: 01.07.2004

OLGU

Yirmi yaşında erkek hastada, bir haftadır devam eden halsizlik, öksürük, yüksek ateş, sırt ve göğüs ağrısı yakınmaları mevcut. Hastaya iki gün önce başvurduğu merkezde interne edilerek pnömoni ön tanısıyla ikinci kuşak sefalosporin + klaritromisin tedavisi başlanmış. Klinik iyileşme olmaması üzerine sevk edilen hasta kliniğimize kabul edildi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede bilinç kün, ateş 38.5°C, akciğerlerde dinlemekle sol hemitoraksta daha belirgin olmak üzere bilateral bazallerde inspiratuar raller mevcuttu. Diğer vital bulgular ve sistem muayeneleri normaldi. Hastanın laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, biyokimya sonuçları, idrar mikroskopisi normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 100 mm/saat idi. Arteriyel kan gazı değerleri gelişte hipoksik (PaO₂ 60 mmHg), hipokapnikti (PaCO₂ 28). PA göğüs radyogramında, sol orta ve alt alan parakardiyak alanda asiner dansite artımları mevcuttu (Resim 1).

Resim I: PA göğüs röntgenogramında sol akciğer alt-orta alanda yoğunluk artışı



Hastaya pnömoni tanısıyla üçüncü kuşak sefalosporin + klaritromisin tedavisi başlandı. Ateşi 24 saat içerisinde normal düzeye inen hastada tedavinin üçüncü gününde şiddetli öksürük, boğulma hissi ve nefes darlığı gelişmesi üzerine yapılan kontrollerde PA göğüs radyogramında lezyonlarda progresyon izlendi. Hasta takip amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı. Mekanik ventilasyon endikasyonu olmayan hastanın oksijen

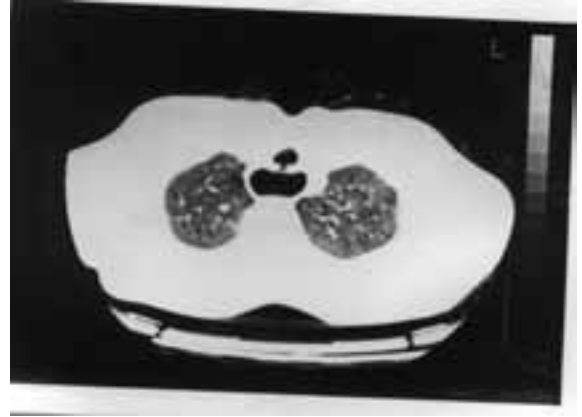
destek tedavisi ve aynı antibiyotik tedavisine devam edildi. Klinik ve radyolojik düzelme izlenen hasta tekrar kliniğe alındı. Hastanın ara ara gelen genellikle nonproduktif öksürük nöbetleri dışında yakınması yoktu.

Toraks bilgisayarlı tomografisinde, sol akciğer alt lob süperior ve alt lob posterobazal segmentlerde içinde hava bronkogramları izlenen parankimal konsolidasyon ve sağ akciğer alt lob süperior segmentte parankimal infiltrasyonlar (Resim 2), torakal ikinci vertebra seviyesinde trakea ile özofagus arasında geçiş izlendi (Resim 3). Yapılan fiberoptik bronkoskopide trakea orta hat posterior duvarda yaklaşık 8 mm çapında fistül ağzı görüldü. Buradan girilerek özofagusu ulaşıldı.

Resim II: Toraks BT' de hava bronkogramları içeren pnömoni



Resim III: Toraks BT' de trakea ve özofagus arasındaki fistül.



Olgunun üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagusta ön dişlerden itibaren 22 cm sonra fistül ağzı görüldü, başka patoloji izlenmedi. Baryumlu özofagus grafisinde yutma defekti nedeniyle larinks

seviyesinden ve özofagus orta düzeyinde fistülle uyumlu bölgeden trakeaya geçiş izlendi (Resim 4). Göğüs cerrahisi kliniğine nakledilen hastaya TÖF tamiri yapıldı.

Resim IV: Baryumlu özofagus grafisi



TARTIŞMA

Pnömoni toplumda sık görülen, tedavi maliyeti yüksek, iş gücü kaybı yaratan ve infeksiyon nedenli ölümlerin büyük bir kısmından sorumlu önemli bir klinik problemdir. İleri yaş, KOAH, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, kronik nörolojik hastalık, malignite, değişik nedenlerle tekrarlayan aspirasyon durumlarında pnömoni daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmektedir⁽⁶⁾. Bu önemli klinik problemin tanısı ve tedavisinde zaman zaman güçlükler yaşanabilmektedir. Bazı olgularda pnömoni belli bir iyileşme döneminden sonra tekrarlamakta, bazı olgularda ise uygun tedaviye rağmen düzelme olmamakta, hatta progresyon olabilmektedir. Semptomlar ve infiltratlarda uygun tedaviye rağmen düzelme olmaması ve ilerleme olması infeksiyon dışı nedenleri de düşündürmelidir⁽⁷⁾. Hastada uygunsuz antibiyotik kullanımı, ilaç direnci, tedavi uyumsuzluğu söz konusu değilse ve herhangi bir komplikasyon gelişmemişse, solunumsal sebepler (KOAH, kistik fibrozis, bronşektazi, yabancı cisim vs.), immün yetmezlik durumları, maligniteler (farinks, larinks, özofagus maligniteleri, hematolojik

maligniteler), kardiyak nedenler, gastrointestinal nedenler (reflü, TÖF), nörolojik nedenler araştırılmalıdır^(6,7). Klasik pnömoni tedavisi yanında altta yatan hastalığın tanınması ve buna yönelik tedavi de yapılmalıdır.

Tekrarlayıcı ve uygun tedaviye rağmen ilerleyici özellikteki pnömoni nedenleri arasında TÖF, genç erişkin ve ileri yaşlarda nadir bir nedendir. TÖF konjenital özofagus anomalilerinin %1'inden azını oluşturur⁽¹⁾. Hava yolu ve özofagus ortak bir embriyolojik yapıdan köken almaktadır. Özofagus ve trakea ilk kez intrauterin hayatın üçüncü haftası sonunda ön barsakta bir divertikül olarak belirir. Dördüncü hafta sonunda ön barsak iki ayrı yapıya ayrılarak önde trakea, arkada özofagusu oluşturur. Bu dönemdeki gelişme hataları özofageal atrezi (ÖA) ve/veya TÖF ile sonuçlanır. Embriyogenезin etiyolojisi bilinmemektedir, ancak genetik faktörlerden çok gelişimsel olayların daha önemli olduğu düşünülmektedir⁽⁸⁾.

Trakeoözofageal anomaliler arasında ÖA ve TÖF birlikteliği, en sık görülen tiptir (%85). Özofageal atrezi olmaksızın izole TÖF ise %3-6 sıklıkta görülür⁽⁸⁾. Özofageal atrezili olgularda tanı koymak zor değildir. Genellikle neonatal dönemde tanı konur. İlk belirtileri, doğum sonrası ilk günde aşırı tükürük birikimi, beslendiğinde kusma, boğulur tarzda öksürme ve takipnedir. Hatta bazen entübasyon ve mekanik ventilasyon bile gerekebilir. Bebek amniyotik sıvıyı yutmadığı için annede polihidramniyoz görülür. ÖA ve TÖF birlikteliği erken tanı konulmazsa fataldir⁽⁸⁾. Ancak ÖA ile birlikte olmayan izole TÖF olguları asemptomatik veya silik klinik bulgular nedeniyle daha geç dönemlere kadar farkedilmeyebilir. Bunlarda, beslenmeyle birlikte oluşan öksürük ve boğulma nöbetleri görülebilmekte, bazı olgular ise tekrarlayan pnömonilerle başvurabilmektedir⁽⁸⁾. ÖA olmayan izole TÖF olgularının ilerleyen yaşlarda semptomatik hale gelmesini;

- Embriyoner hayatta trakea ile özofagus arasında oluşan membranın kısmi rüptürü,
- Embriyoner hayattan kalan ve fistül girişini kapatarak valf görevi gören özofageal kalıntının ilerleyen yaşla fonksiyonunu yitirmesi,
- Trakea ve özofagusun farklı hızlarla büyümesi

nedeniyle fistül traktının progresyonu, mekanizmalarıyla açıklanmaktadır⁽⁹⁾. Erişkin dönemde karşılaşılan TÖF kazanılmış da olabilir. Malignite, travma, uzamış trakeal entübasyon, iyatrojenik ve kostik hasar, mediasten infeksiyonları en sık nedenlerdir⁽⁴⁾.

Tanıda yeni doğanda ÖA-TÖF şüphesi varsa ; orogastrik tüp mideye geçirilmeye çalışılır. Eğer tüp 9-13 cm'den fazla ilerletilemiyorsa düz grafi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, baryumlu özofagus çalışmaları ve bronkoskopi ile tanı kesinleştirilir⁽⁸⁾.

Bizim olgumuz da 20 yaşına kadar asemptomatik olarak kalmış, ilk olarak klinik ve radyolojik pnömoni tablosu ile başvuran bir olguydu. Olgumuzda edinilmiş TÖF'ün en sık rastlanılan nedenleri hastanın anamnezi ve yapılan tetkiklerle (toraks BT, bronkoskopi, üst GİS endoskopisi, baryumlu özofagus incelemesi) dışlandı. Bu haliyle olguda erişkin dönemde ortaya çıkan, özofageal atrezinin eşlik etmediği konjenital izole TÖF düşünüldü.

Sonuç olarak uygun tedaviye rağmen iyileşme izlenmeyen veya progresyon görülen bir erişkin pnömonisinde altta yatan nadir bir neden olarak TÖF saptanan olgumuzu ilginç bularak sunduk.

KAYNAKLAR

1. Bedard P, Girvan DP. Shandling congenital H type tracheoesophageal fistule. J Pediatr Surg 1974;9:663-668.
2. Kirk JME, Dicks-Mireaux C. Difficulties in diagnosis of congenital H-type tracheoesophageal fistule. Clin Radiol 1989; 40:150-153.
3. Vasquez RE, Landay M, Kilman WC ve ark. Bening esophago-respiratory fistulas in adults. Radiology 1988;167:93-96.
4. Casson AG, Bethune DC. Acquired tracheoesophageal fistula. In: Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J ve ark, eds. Thoracic Surgery, 2nd ed. Philadelphia; Churchill Livingstone; 2002;341-346.
5. Kirtland Sh, Winterbauer RH. Slowly resolving, chronic and recurrent pneumonia. Clin Chest Medicine 1991;12:303-318.
6. Ekim N, Köktürk O, Arseven O ve ark. Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi. Klimik Dergisi 1998;11:4-10.
7. Akkoçlu A, Kılınc O. Yavaş Rezorbe Olan ve Yineleyen Pnömoniler, Uçan S,ed. Pnömoniler Bir Devin Uyanışı 1.baskı İzmir,Saray Medikal Yayıncılık 1995:129-143.
8. Teith WC.Pediatric surgery. Third edition,2000:348.
9. Azcoito MM, Adana J CR, Urdozpol LS. Congenital oesophagobronchial fistula in an adult involving left main bronchus. Thorax 1994;49:835-836.