

İZOLE ÖZOFAGUS ATREZİLİ BİR OLGUDA ANTERİÖR FLAP UYGULAMASI

Mustafa CANDAN¹, Nihat SEVER², Kemal SARICA³

Ağır bir konjenital anomali olan özofagus atrezilerinin yalnızca %5-8'ini oluşturan izole atrezilerin tedavisi için birçok teknik tanımlanmıştır. Tekniklerin sayısının giderek artması bu hastalığın tedavisinde henüz fikir birliği oluşmadığını göstermektedir. Bu yazımızda bu tekniklerden biri olan "anterior flap" uygulaması ile tedavi edilmiş, şimdi 7 yaşında olan bir olgumuz uzun dönem sonuçları ile birlikte sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Özofagus Atrezisi, Long Gap, Anterior, Flap

AN ANTERIOR FLAP APPLICATION IN LONG GAP ESOPHAGEAL ATRESIA

Isolated esophageal atresia is one of the serious and rare type of congenital esophageal atresias. Although many operative techniques are described, there is still no consensus on this subject. A case treated with anterior flap technique is presented in this paper with its long term follow up.

Key Words: Esophageal Atresia, Long Gap, Anterior, Flap

Yaklaşık olarak 10.000 canlı doğumdan 2 ya da 3'ünde karşılaşılan özofagus atrezisi, konjenital olarak özofagusun devamlılığının olmaması ile karakterize bir patolojidir. Bir çok değişik tipi olmakla birlikte en sık karşılaşılan tipi "proksimal atrezi ve distal trakeal fistül"dür (%85)^{1,2,3}. İkinci sıklıkta karşımıza çıkan tip ise hem distal hem de proksimal ucun atretik olduğu izole atrezilerdir. H tipi olarak da bilinen atrezisiz trakeaözofageal fistül, her iki ucun da trakeada sonlandığı çift atrezi-fistül ile proksimal fistül-distal atrezi tipleri ise daha ender görülürler^{2,3}.

Deneyimli ve donanımlı merkezlerde, son yıllarda toplam %85-95 yaşama oranı bildirilmekte ise de prognozda birlikte görülen anomaliler belirleyici rol oynarlar. Kimi serilerde olguların %30'unda major kardiak anomali bildirilmiştir. Toplam minor ve major anomali oranı %50-70 arasındadır¹.

İzole özofagus atrezili olgularda her iki atretik uç arasındaki zaman zaman 3-4 cm.'yi bulan geniş açıklık nedeniyle yenidoğan döneminde primer anastomoz genellikle gerçekleştirilememektedir. Gerek tek aşamalı gerekse çok aşamalı tanımlanmış birçok yöntem bulunmaktadır. Bir olgu nedeniyle literatürde yer alan çeşitli yöntemler gözden geçirilmiştir.

OLGU

Üç günlük erkek bebek, doğum ağırlığı 2050 gr. Ağız köpürmesi ve beslenememe nedeniyle kliniğimize getirildi. Çekilen üst poşogramda atrezi görüntüledi. Aynı grafide görülen gazsız abdomen atrezinin izole tip olduğunu göstermekteydi.

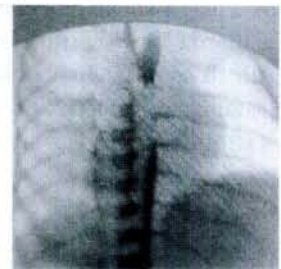
Gastrostomi: Hastaya ilk gün yapılan akciğer bakımı ve preoperatif hazırlığı takiben gelişinin ikinci günü gastrostomi uygulandı. 3. gün gastrostomiden beslenmeye başlanan hastaya sürekli üst poş aspirasyonu uygulandı.

Üst poş drenajı: Üç hafta sonunda hastanın kilo alım hızı yeterli düzeyde idi ve giderek üst poş aspirasyonu gereksinimi, uygulanan düzenek sayesinde azaldı. Düzenek üst poşa bırakılan 8 F bir beslenme sondası, sondanın distal ucuna yakın kısmına açılan bir delik ve ucuna takılmış muayene eldiveninden oluşturuldu. Bu sistem ile üst poşa biriken tükürüğün hemen tamamı sondadan eldiven içine drene olabildi. Bunu sağlayan, kapillarite etkisi yanı sıra, bebekle birlikte büyüyen ve uzamaya başlayan üst özofagus bölümünün peristaltizmi olabileceği düşünülmüştür. Hastamızın definitif operasyonuna kadarki dört aylık dönemde sistem tatmin edici düzeyde çalışmış olup hasta bakımını önemli ölçüde kolaylaştırmıştır.

Gap ölçümü: İkinci aydan itibaren üst ve alt özofagus uçları arasındaki açıklığın ölçülmesine başlandı. Genel anestezi altında alt poş, gastrostomiden retrograd olarak entübe edilerek içine radyopak bir sonda yerleştirildi. Üst özofagus bölümüne de aynı tür bir sonda yerleştirildikten sonra grafi çekildi (Şekil 1). Grafiler her ay tekrarlanarak yakınlaşma durumu izlendi. İlk grafide 4 vertebra kadar olan açıklığın 4. ay sonunda çekilen grafide 2 cm.'ye kadar indiği düşünülerek primer anastomoz yapılabileceğine karar verildi (Şekil 2).



Şekil 1. 2 aylık

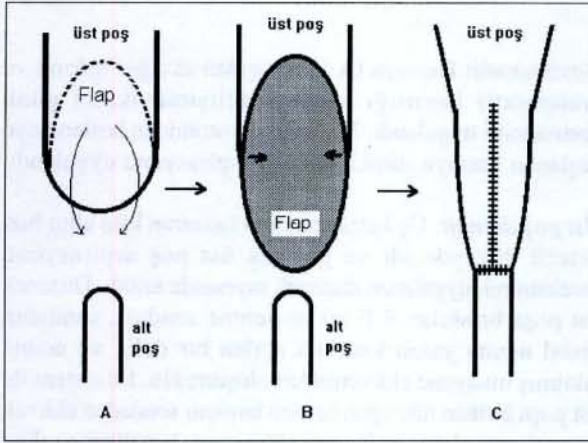


Şekil 2. 4 aylık

¹ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Uzmanı, ² Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Başasistanı, ³ Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Uzmanı

TARTIŞMA

Definitif operasyon: Klasik posterolateral torakotomi insizyonu ile girilerek uçlar serbestleştirildi. Ancak aradaki açıklık umulandan fazlaydı (2,5cm.) ve primer anastomozun gerçekleştirilemeyeceği anlaşıldı (Şekil 3-A). Bunun üzerine genişlemiş üst poşun ön duvarından 2.5 cm.'lik bir flap açılarak öne doğru devrildi (Şekil 3-B). Ardından flap bir sonda etrafında tüp şekline getirildi. Böylece özofagus üst ucu yaklaşık 2,5 cm.'lik ek uzunluk kazanmış oldu. Oluşturulan yeni özofagusun çapı da alt parçanıninkine uygun idi. Tek tek dikişlerle uç uca anastomoz yapılarak operasyona son verildi (Şekil 3-C). Postoperatif izlemde ortaya çıkan anastomoz kaçağı 2. hafta sonunda kapandı ve 3. haftanın sonunda hasta oral gıda almaya başladı. Postoperatif 4. hafta sonunda hastamız 6 aylık olarak evine gönderildi.



Şekil 3. Anterior flap tekniği ile üst özofagus kısmının uzatılması.

Üç hafta sonra dilatasyon planlanarak çağırılan hastamız 2 ay sonra yeniden geldiğinde çekilen özofagogramda pasajın yeniden kapanmış olduğu anlaşıldı. Özofagoskopi ile sonda geçirme çabaları da başarısız olunca operasyona karar verilerek rezeksiyon ve yeniden anastomoz uygulandı. Postoperatif 3. haftada yeniden oral beslenmeye başlanan hasta ilk dilatasyona kadar kliniğimizde tutulduktan sonra düzenli dilatasyon programı ile evine gönderildi.

Başlangıçta 3 haftada bir olan dilatasyon gereksinimi giderek azaldı ve hasta bir yaşından sonra önce ikişer aylık sonra da 6 aylık kontrollerle izlendi. İki yaşına ulaştığında yaşitlarını boy ve kilo olarak yakalayan hastamıza bu tarihten sonra yalnızca bir kez dilatasyon gerekmiştir. Hastamızda reflü yakınması olmamıştır. Son olarak 6 yaşında çekilen özofagogram normal olarak değerlendirilmiştir.

İzole özofagus atrezili olgularda en iyi tedavi seçeneği hastanın kendi özofagusunun onarılmasıdır. Ancak bunu sağlamak hastaların büyük bir kısmında aşamalı tedavi gerektirmektedir. Bu da uzun süreli hastane bakımı, birden fazla operasyon ve daha fazla risk anlamına gelmektedir. Önceleri servikal özofagostomi-gastrostomi uygulamasının ardından bu hastalara mutlaka intestinal interpozisyon operasyonları yapılmaktayken, daha sonraları üst poşun sürekli aspirasyonu ile birlikte üst özofagus bölümünün uzatılması ve primer anastomoz sağlanabilmesi amacıyla bujinajlar, sondalar ve civalı ağırlıklar kullanılmıştır^{1,2,5,6}. Ancak ilk kez P.Puri tarafından 1981 yılında üst poşun kendiliğinden de uzadığı 5 olgukun bir seride gösterildi⁷. Bebek büyüdükçe özofagusunun da uzadığı ve 5,5-18 hafta sonra primer anastomozu uygun hale geldiği bildirilmekte idi. Puri ve arkadaşları 1992 yılında daha geniş bir seriyi uzun dönem sonuçları ile birlikte yayınladılar. Bizim olgumuzda da hastamız Puri'nin tarif ettiği yöntemle izlenmiş ve gap uzunluk ölçümleri yapılmıştır. Çeşitli yayınlarda uzama için bekleme süresi 1,5-5 ay arasında değişmektedir^{7,8,9}.

Beklendiği halde güvenli primer anastomoz her zaman mümkün olamamaktadır. Bu olgularda ya da yenidoğan döneminde uzatma için kullanılan yöntemler arasında en eskisi ve en sık kullanılanı Livaditis sirküler myotomisi^{1,4,10,11}. Distal myotomi, anterior flap^{9,11,12}, gastrik tüp^{11,12,14} ve intestinal (kolon, ileum, jejunum) transpozisyonu da uygun olgularda halen kullanılmakta olan yöntemlerdir. Özellikle distal poş mobilizasyonu^{15,16} hakkındaki yayınlar her geçen gün artmaktadır. Mikrovasküler anastomoz tekniği ile izole jejunal segment getirilmesi¹⁷ ve mobilize edilmiş kısa kolon segmenti ile yenidoğan döneminde primer anastomoz uygulamaları¹⁸ umut veren yöntemler olarak sunulmaktadır. Bazı ekstratorasik uzatma metodları^{19,20} bu konudaki arayışların sürdüğünü göstermektedir.

Elbette tüm bu yöntemlerin her biri avantajlar ve dezavantajlar içermektedirler. Gastro özofageal reflü hala önemli bir sorun olarak tüm özofagus atrezili hastalarda, özellikle de distal mobilizasyon uygulananlarda görülmektedir. His açısını bozmayan teknikle opere edilmiş olanlarda reflü oranının daha az olması beklenen bir durumdur. Anterior flap uygulaması bu açıdan avantajlı bir yöntem olabilir ancak reflünün önemli oranda motilite bozukluğu nedeniyle meydana geldiği de unutulmamalıdır.

Anterior flap uygulanmış hastalarda uzatılan özofagus kısmındaki antiperistaltik parçanın hastada yutma problemi oluşturmadığı, zaten bir süre sonra da izoperistaltizm gösterdiği bilinmektedir. Bizim hastamızda da bu konuda herhangi bir olumsuzluk gözlenmemiştir.



Fistül ya da anastomoz kaçağı tüm tekniklerde görülmektedir, ancak anastomoz hattının uzunluğu nedeniyle anterior flap uygulamasında biraz daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Yenidoğan döneminde fatal olabilen anastomoz sızıntısı 2-3 haftalık konservatif tedavi ile kapanmaktadır⁹. Bizim hastamızda da anastomoz sızıntısı iki hafta içinde kapanmıştır.

İzole özofagus atrezili hastalar hakkındaki yayınlar arttıkça tanımlanan yöntemler de kuşkusuz artacaktır. Bir hastada uyguladığımız anterior flap uygulamasının uygun hastalarda kullanılabilir yöntemlerden biri olarak akılda tutulması gerektiğini, uzun dönemdeki memnun edici sonucu ile birlikte vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Kenneth J. Welch. Pediatric Surgery Yearbook. Medical Publishers, Chicago 1986:791.
2. O'Neill JAJ, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsurd EW, Coran AG. Pediatric Surgery. Fifth edition, Mosby-Year Book, Missouri, 1998.
3. John G Raffensperger. Swensons Pediatric Surgery. Fifth edition, Appleton&Lange Norwalk, Connecticut, 1990.
4. Ashcraft KW, Holder TM. Pediatric Surgery. Second edition, WB Saunders Com, Philadelphia, 1993.
5. Belloli G, Campobasso P, Bedogni L, Cappellari F, Donadio P. [Esophageal atresia, today]. *Pediatr Med Chir* 1991; 13(3):245-50.
6. Okada A, Usui N, Inoue M, Kawahara H, Kubota A, Imura K, Kamata S. Esophageal atresia in Osaka: a review of 39 years' experience. *J Pediatr Surg* 1997; 32(11):1570-4.
7. Puri P, Blake N, O'Donnell B, Guiney F. Delayed primer anastomosis following spontaneous growth of esophageal segments in esophageal atresia *J Pediatr Surg* 1981; 16: 180-183.
8. Puri P, Ninan GK, Blake NS, Fitzgerald RJ, Guiney EJ, O'Donnell B. Delayed primer anastomosis for esophageal atresia: 18 months' to 11 years' followup. *J Pediatr Surg* 1992; 27:1127-1130.
9. De la Hunt MN, Fleet MS, Wagget J. Delayed primer anastomosis for wide-defect esophageal atresia: A 17 year experience. *Pediatr Surg Int* 1994; 9:21-23.
10. Livaditis A, Radberg L, Odensjo G. Esophageal end-to-end anastomosis. Reduction of anastomotic tension by circular myotomy. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 6:206-214.
11. Rescorla FJ, West KW, Scherer LR 3rd, Grosfeld JL. The complex nature of type A (long-gap) esophageal atresia. *Surgery* 1994;116(4):658-64.
12. Dave S, Bajpai M, Gupta DK, Agarwala S, Bhatnagar V, Mitra DK. Esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula: A review. *Indian J Pediatr* 1999; 66(5):759-72.
13. Gough MHEsophageal atresia-use of an anterior flap in the difficult anastomosis. *J Pediatr Surg* 1980; 15:310-311.
14. Pedersen JC, Klein RL, Andrews DA. Gastric tube as the primary procedure for pure esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1996; 31(9):1233-5.
15. Davison P, Poenaru D, Kamal I. Esophageal atresia: Primary repair of a rare long gap variant involving distal pouch mobilization. *J Pediatr Surg* 1999; 34(12):1881-3.
16. Lessin MS, Wesselhoeft CW, Luks FI, DeLuca FG. Primary repair of long-gap esophageal atresia by mobilization of the distal esophagus. *Eur J Pediatr Surg* 1999; 9(6):369-72.
17. Cusick EL, Batchelor AA, Spicer RD. Development of a technique for jejunal interposition in long-gap esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1993; 28(8):990-4.
18. Lipshutz GS, Albanese CT, Jennings RW, Bratton BJ, Harrison MR. A strategy for primary reconstruction of long gap esophageal atresia using neonatal colon esophagoplasty: A case report. *J Pediatr Surg* 1999; 34(1):75-7.
19. Dessanti A, Caccia G, Iannuccelli M, Dettori G. Use of "Gore-Tex surgical membrane" to minimize surgical adhesions in multistaged extrathoracic esophageal elongation for esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 2000; 35(4):610-2.
20. Bhatnagar V, Agarwala S, Chattopadhyay A, Mitra DK. Exteriorization of the distal esophagus in the abdomen in esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1998; 33(3):489-91.