

İLERİ DERECEDE ÖZOFAGUS DARLIKLI BİR OPERE ÖZOFAGUS ATREZİLİ ÇOCUKTA ÖZOFAGOPLEVRL KAÇAK SAĞALTIMINDA SİLİKON ÖZOFAGEAL STENT KULLANIMI

Gülce Kadakal Köken, Ayşenur Celayir, Sabri Cansaran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Anastomoz kaçağı ve anastomoz striktürü, özofagus atrezisi primer onarımı sonrası en sık görülen komplikasyonlar olup morbid ve mortal seyirli olabilmektedir. Bu çalışmada distal fistüllü özofagus atrezisi primer onarımı sonrası gelişen özofagoplevral kaçak ve ağır strüktürlü bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu: Dış merkezde, 33+4gebelik haftasında 2000gr doğan, prenatal tanısız erkek bebek, distal fistüllü özofagus atrezisi nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Dört günlükken sağ torakotomi ile distal trakeo-özefageal fistül ligasyonu ve primer özofagus onarımı yapılan olguda sağdan dönen aortası mevcuttu (Resim 1). Distal fistülü dardı ve anastomozu gergin olan hastanın özofagoplevral kaçağı, üst özofagus sürekli aspirasyonu ve TPN ile 21.günde kesilmişti (Resim 2). 45 günlükken taburcu edilen hasta NGT'den enteral beslenmeyle takibe alınmıştı.

Her onbeş günde bir veya çıktıkça NGT kateteri anestezi veya anestezişiz değiştirildi. Beş kez silikon buji dilatasyonuna rağmen rigid anastomoz darlığı devam etti, Üst özofagusu ileri derecede geniş, anastomozu distal özofagus ileri derecede rigid dar olan hastada anastomoz darlığının çıkarılmasına karar verildi.

7 aylıkken sağ torakotomi ile 1.5cm'lik rijit özofageal darlığın rezeksiyonu (Resim 3) ve uç-uca özofageal anastomoz gergin olarak yapıldı, çap farkı 3'e bir gibiydi Operasyon beş saat sürdü, ekstübe edilmek üzere çocuk cerrahisi yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif 6.saat nazogastrik tüpünü çıkaran hasta ekstübe edilmedi. NGT yeniden takıldı Üst özofagus sürekli aspirasyonuna rağmen, postoperatif 8.gün özofagoplevral kaçak ve mediastinit gelişti. Postoperatif 13.gün ani bradikardi ve kardiyak arrest nedeniyle kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan hastada status-epilepticus atakları antiepileptikler ile ancak kontrol altına alınabildi.

Üst özofagusun sürekli aspirasyonu, tüp torakostomiden 5-kez povidone-iodine ve bir-kez otolog kan ile plöredezise rağmen özofagoplevral kaçağı halen devam eden hastaya postoperatif 27.gün özofageal silikon stent (13mm-10mm-13mm çapında 6cm uzunluğunda biliyer stent) yerleştirildi (Resim 4); aynı seansta ve trakeostomi açıldı, ancak aile gastrostomi açılmasını ve antireflü cerrahiyi aynı seansta istemedi. Özofageal stent 20.gün çıkarıldı, kontrol özofagografide özofagoplevral kaçak izlenmedi (Resim 5). Postoperatif 41.gün trakeostomiden oksijen ve NGT tüpten beslenir halde sepsis tedavisinin devamı için bir dış merkez çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde ilk gün çıkan NGT'nin yeniden takılmadığı, grafide NGT'nin sağ hemitoraksta izlendiği, torax BT'de özofagoplevral fistülün devam ettiği, yeniden trakeostomisinden entübe edildiği öğrenildi. 14.gün gastrostomi açıldığı, ancak ağır reflüsü nedeniyle beslenemediği öğrenildi.

Bir ay sonra kliniğimize trakeostomiden entübe P-SIMV modunda devir alınan 10.5 aylık olguda özofagoskopide özofagus anastomozunun sağ lateralindeki mukozal bütünlüğün bozulduğu ve anastomozun daraldığı izlendi; yeniden özofageal silikon stent yerleştirildi (Resim 6). Ancak hasta ağır mantar ve Klebsiella sepsisi ile işlemiden 22 gün sonra 11 aylık iken kaybedildi.

Sonuç: Özofagus atrezisi primer onarımı sonrası görülen anastomoz kaçağı ve özofageal strüktür dirençli olabilen, yönetimi zor morbid seyirli bir durumdur. Özofagus Darlıklarında (plevral kaçak yönetiminde özofageal stent başarıyla uygulanabilmektedir. Ancak bu hastamızda kardiyak arrest sonrası resüsitasyon ilave morbiditelere neden olmuştur; ağır sepsis nedeniyle çok morbid olan seyir mortaliteyle sonuçlanmıştır.

