

# Özofagus atrezisi ve trakea-özofageal fistül

E. Tolga DAĞLI

S.S.K. Göztepe Hastanesi İstanbul

## Özet

Bu bildiriye, S.S.K. Göztepe Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde Haziran 1983-Haziran 1985 tarihleri arasında cerrahi girişimle tedavi edilmiş, 8 özofagus atrezili yenidoğan sunulmuştur. 7 hastada, en sık görülen distal trakeo-özofageal fistüllü özofagus atrezisi, 1 hastada ise trakeaya fistülsüz izole özofagus atrezisi saptanmıştır. 7 hastada, doğum kilosuna dikkate alınmaksızın ekstraplevral yolla primer anastomoz uygulanmıştır. İzole özofagus atrezili hastaya ise servikal özofagostomi ve gastrotomi yapılmıştır. 5 hasta komplikasyonsuz taburcu edilmiş, 3 hasta ise erken ameliyat sonrası dönemde kaybedilmiştir. Waterston risk klasifikasyonuna göre A grubunda ölen hasta yoktur. B grubunda 1, C grubunda ise 2 hasta ölmüştür. Genel mortalite % 37'dir.

**Anahtar kelime:** Özofagus atrezisi

## Summary

**Esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula**

Between June 1983 and 1985, eight newborn with esophageal atresia were operated in the Department of Pediatric Surgery, SSK Göztepe Hospital. The diagnosis was esophageal atresia and distal tracheo-esophageal fistula in seven of them and isolated esophageal atresia in one.

In seven patients with esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula, primary anastomosis by extrapleural route was performed regardless of birth weight. In one patient with isolated esophageal atresia cervical esophagostomy and gastrotomy were performed.

According to the risk classification of Waterston, one of the group B and two of the group C patients died. The overall mortality rate was 37 per cent.

**Key words:** Esophageal atresia.

## Giriş

Ortalama 3000-3500 doğumda bir saptanan özofagus atrezisi olgusu, ilk defa 1697 yılında tarif edilmesine rağmen ilk başarılı primer onarım 1941 yılında Cameron Haight tarafından gerçekleştirilmiştir<sup>(7)</sup>. Özofagus atrezisi ve trakea-özofageal fistül birbirinden

ayrı gelişebileceği gibi sıklıkla belli bir kombinasyon içerisinde<sup>(9)</sup>. Olguların yarısında ek anomaliler bulunur ve ortalama 1/3'ünün doğum kilosuna 2500 gramın altındadır<sup>(9,10,13)</sup>.

Tedavide ana prensip, cerrahi olarak patolojinin düzeltilmesi iken, mortaliteyi, prematürite, ek anomaliler ve akciğer komplikasyonları etkilemektedir. Waterston'un geliştirdiği risk klasifikasyonu olgu serilerinin kar-

şlaştırılmasında kabul edilmektedir<sup>(13)</sup>.

### Gereç ve yöntem

Haziran 1983-Haziran 1985 döneminde S.S.K. Göztepe Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde ameliyat edilmiş 8 özofagus atrezisi olgusu çalışma kapsamına alınmıştır. Bu olguların dosyaları incelenerek; tanıları, cinsiyetleri, doğum kiloları, başvuru yaşları, ek anomalileri, ameliyat bulguları ve ameliyat sonuçları değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Haziran 1983-Haziran 1985 ayları arasında S.S.K. Göztepe Hastanesi Çocuk Cerrahisi Servisine 8 özofagus atrezisi olgusu başvurmuştur. Olguların dördü kız dördü erkek hastaydı. 7 olgu; proksimal atrezi ve distal trakeo-özofageal fistül tanısı alırken, 1 olguda izole özofagus atrezisi saptanmıştır. Doğumdan tanı konuluncaya kadar geçen süre 2-9 (ort. 3.7) gün olarak bulunmuştur (Tablo-1). Doğum kiloları 1700- 3650 gram arasında değişmekteydi. Waterston risk klasifikasyonuna göre; A grubunda 1, B<sub>1</sub> grubunda 2, B<sub>2</sub> grubunda 3, C<sub>1</sub> ve C<sub>2</sub> gruplarında birer olgu mevcuttu. 1 olgumuzda özofagus atrezisine ilâve olarak, anal atrezi ve anovestibuler fistül, hemivertebra ve unilateral renal agenesis saptanmış, bu bulgularla VATER asosiyasyonu olarak kabul edilmiştir. Yine 1 olgumuzda, patolojiye ek, alçak tip anal atrezi bulunmuştur. Olgularımızda ilâve rektal anomali insidansı % 25'tir (Tablo-2).

İzole özofagus atrezisi olgusuna servikal özofagostomi ve gastrostomi uygulanmış, diğer olgulara ise primer anastomoz denenmiştir. Primer anastomoz yapılan olgularda posterior mediastene kot çıkarılmadan retroplevral olarak ulaşılmıştır. Trakeo-özofageal fistül, kesilip 4-0 ipeklerle kapatılmıştır. Primer anastomoz 5-0 ipeklerle, anastomoz hattından 8 nolu nazogastrik sondanın mideye iletilmesinden sonra toplam 6-8 dikiş ile uç uca tek sıra uygulanmıştır. Bir olgumuzda her iki segment arasındaki açıklık fazla olduğundan üst özofagus poşuna sirküler myotomi yapılmak zorunda kalınmıştır.

**TABLO-1 8 Özofagus Atrezisi Olgusunda Bazı Önemli Klinik Özellikler**

CİNSİYET	Kız-erkek Oranı: 1/1
ÖZOFAGUS ATREZİSİ TİPLERİ	
Proksimal Atrezi-Distal TEF	7 Olgu
İzole Özofagus Atrezisi	1 Olgu
AMELİYAT YAŞI	2-9 Gün (Ortalama 3,7 Gün)

**TABLO-2 8 Özofagus Atrezisi Olgusunda Komplikasyonlar**

Komplikasyon	Olgu Sayısı
Cilt Altı Enfeksiyonu	2
Geç Özofageal Darlık	1

**TABLO-3 8 Özofagus Atrezisi Olgusunda Birlikte Görülen Anomaliler**

Anomali Tipi	Olgu Sayısı	%
Anal Atrezi	2	25
Hemivertebra	1	12,5
Unilateral Renal Agenezis	1	12,5

**TABLO-4 8 Özofagus Atrezisi Olgusunda Mortalite**

Waterston Risk Gurupları	Olgu Sayısı	Ameliyat Sonrası Ölen Olgu Sayısı	%
A	1	—	—
B <sub>1</sub>	2	—	—
B <sub>2</sub>	3	1	33,3
C <sub>1</sub>	1	1	100
C <sub>2</sub>	1	1	100
Toplam	8	3	37

Ameliyat sonrası 1-2. günde hasta nazogastrik sondadan beslenmeye başlanmıştır. 5-6. günde drenaj yoksa nazogastrik sonda yerindeyken baryumlu özofagogram çekilmiş ve anastomozda sızıntı yoksa oral beslenmeye geçilmiştir. Aynı gün göğüs tüpü çıkarılmıştır.

1 olguda ameliyat sonrası 3,5. ayda anastomoz hattında darlık oluşmuş ve özofagus dilatasyonu gerekmiştir. 2 olguda da ciltaltı enfeksiyonu gelişmiştir (Tablo-3).

8 olgudan 5'i şifa ile taburcu edilmiş, primer anastomoz uygulanan 3 olgu kaybedilmiştir. Kaybedilen 3 olgu Waterston risk klasifikasyonuna göre, B<sub>2</sub> ve C<sub>2</sub> grubunda bulunmaktadır. Genel mortalite % 37 bulunmuştur (Tablo-4).

## Tartışma

Son 2 yıldır yenidoğan cerrahisi çalışmalarını geliştirmekte olan kliniğimizde sınırlı olgu sayısı ile istatistiksel doğrulara ulaşmak olası değildir. Ancak gene de bazı neticeler verebilmekteyiz.

Taniya giderken ağızdan 12 nolu nelaton sondanın ilerletilememesi yeterlidir. Baryum ile çok dikkatli olarak proksimal özofagus poşunun demonstre edilmeye çalışılması çoğu zaman aspirasyon pnömonisine neden olmaktadır.

Primer anastomoz uygulanmasında retroplevral yaklaşımın özellikle yenidoğan devamlı bakım ünitelerinin henüz gelişme döneminde olduğu merkezlerde transplevral girişime göre çok üstün olduğu kanısındayız.

Olguların hiçbirisinde, ortalama % 10-14 olarak bildirilen anastomoz sızdırması saptamadık.

Gross'un sınıflamasına göre<sup>(4)</sup>, 1 olguda anastomoz hattında geç striktür oluşmuş ve dilâstasyonlar gerekmiştir. Striktür oranı ölen olgular orana dahil edilmezse % 25'tir. İngiliz literatüründe de benzer neticeler bildirilmektedir<sup>(5,6,11)</sup>.

Waterston risk klasifikasyonuna göre B<sub>2</sub> grubundaki 1 olgu ameliyat bitiminde, C<sub>2</sub> grubundaki 1 olgu ise ameliyat sonrası 10. saatte ağır solunum yetmezliği ile kaybedilmişlerdir. Özellikle birinci olguda özofagus atrezisine özgü anestezi deneyimimizin noksanlığının sonucu etkilediğini düşünmekteyiz.

Kaybedilen son olgu 1700 gram ağırlığında ve preterm bebektir. Ameliyattan sonra solunum yetmezliği ile kaybedildi. Bu olgu Cozzi ve Wilkinson'un işaret ettiği gibi ağır risk altındaydı<sup>(1)</sup>. Özofagus atrezisi için çeşitli serilerde ortalama mortalite oranları, Grup A'da % 0-3, Grup B'de % 19 ve Grup C'de % 50 olarak bildirilmektedir<sup>(2,3,9,12)</sup>.

Kliniğimizde özofagus atrezisi olgularında ilk kez primer anastomoz uygulanmaya başlandığı göz önünde tutulursa sonuçların ümit verici olduğu kanısındayız.

## Kaynaklar

1. Cozzi F, Wilkinson AW: Low birthweight babies with oesophageal atresia or tracheo-oesophageal fistula. Arch Dis Child 50: 791, 1975.
2. German JC, Mahour GH, Wooley MM: Esophageal atresia and associated anomalies. J Pediatr Surg 11: 299, 1976.
3. Grosfeld JL, Ballantine VN: Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Effect of delayed thoracotomy on survival. Surgery 84: 394, 1978.
4. Gross RE: Surgery of Infancy and Childhood. (1. baskı) Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1953.
5. Haas L, Sturridge MF: Congenital tracheo-oesophageal fistula. Proc R Soc Med 54: 329, 1961.
6. Haight C: Congenital tracheoesophageal fistula with esophageal atresia, J Thorac Surg 17: 600, 1948.
7. Haight C, Towsley H: Congenital atresia of the oesophagus with tracheo-oesophageal fistula: 'extraplevral ligation of fistula and end to end anastomosis of oesophageal segments'. Surg Gynecol Obstet 76:672, 1943.
8. Holder Tm, Ashcraft KW: Developments in the care of patients with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Surg Clin North Am 61: 1051, 1981.
9. Holder TM, Cloud DT, Levis JE: Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. A Survey of its members by the Surgical Section of the American Academy of Pediatrics. Pediatrics 34: 542, 1964.
10. Koop CE, Hamilton JP: Atresia of the esophagus. Increased survival with staged procedures in the poor risk infant. Ann Surg 162: 389, 1971.
11. Lister J: Complications of the repair of oesophageal atresia. Wilkinson AW (Ed) "Recent Advances in Pediatric Surgery". London.
12. Randolph JD, Altman RP, Anderson KD: Selective surgical management based upon clinical status in infants with esophageal atresia. J Thorac Cardiovasc Surg 76: 335, 1977.
13. Waterston DJ, Carter EB, Aberdeen E: Oesophageal atresia and tracheoesophageal fistula. A study of survival in 218 infants. Lancet 1: 819, 1962.