

Fibrin yapıştırıcısı ile özofagoplevral fistül kapatılması: Olgu sunumu

Hüseyin İLHAN, Naim KOKU, Baki ADAPINAR

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Radyoloji Anabilim Dalları, Eskişehir

Özet

Özofagus cerrahisi sonrası fistül gelişimi ciddi bir komplikasyondur. Fibrin yapıştırıcı enjeksiyonu, kolay, güvenli ve etkili bir yöntem olup, fistül tedavisinde zorlu düzeltici ameliyatları gereksiz kılabilir. Burada fibrin yapıştırıcı ile başarılı bir şekilde tedavi edilen bir özofagus fistülü olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Özofagus fistülü, fibrin yapıştırıcısı

Summary

Closure of an esophagopleural fistula using fibrin glue

Fistula is a severe complication following esophageal surgery. The fibrin glue injection is an easy, safe and effective procedure and it may eliminate the need of difficult reoperations in the treatment of fistula formation. We report a successful case with an esophageal fistula treated with fibrin glue injection.

Key words: Esophageal fistula, fibrin tissue adhesive

Giriş

Özofagus cerrahisi sonrasında fistül gelişmesi mediastinit tehdidi nedeni ile oldukça korkulan bir komplikasyondur^(3,8). Fistülün cerrahi tedavisi zor ve tekrarlayıcı olup, hızla gelişen mediastinit ve septisemi sonucu mortalitesi yüksektir⁽⁸⁾. Bu nedenle acil cerrahi girişime alternatif yöntemler geliştirilmektedir. Bu yöntemlerden biri olan, fistülün fibrin yapıştırıcı ile kapatılmasını uyguladığımız bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

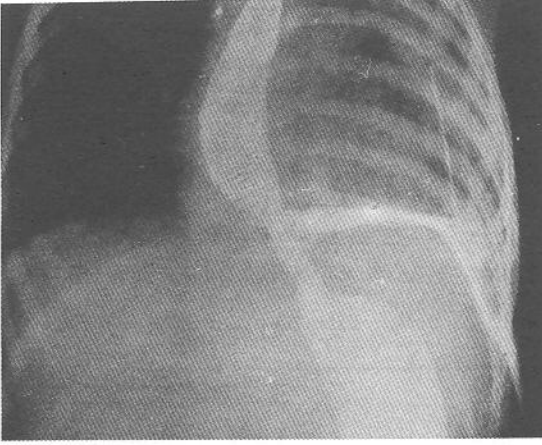
Kusma yakınması ile polikliniğimize başvuran dört yaşındaki kız hastaya klinik ve radyolojik inceleme sonucu akalazyaya tanısı konuldu ve toraks yolu ile Heller myotomisi girişimi yapıldı. Ameliyat sonrası 4. günde toraks tüpünden tükürük geldiği görüldü. Geniş spektrumlu antibiyotik ve faringoözofageal sürekli aspirasyondan oluşan konservatif tedaviye başlandı. İki hafta sonra, tükürük akımının kesilmemesi üzerine reoperasyon yapılarak, miyotomi bölgesinde yatrogenik gelişen fistül onarıldı, ancak fistül yinele-

di. Özofagoplevral fistül yolu, radyolojik inceleme ile ortaya konuldu (Resim 1).

Çift lümenli teflon kateter kullanılarak, nazo-özofageal yol ile floroskopi kontrolü altında fistül ağzı kateterize edildi. Fibrin yapıştırıcısı (1 ml) fistül içerisine enjekte edildi. İşlemden hemen sonra fistülden tükürük drenajının kesildiği gözlemlendi. Kontrastlı özofagus incelemesi ile de fistülün kapanmış olduğu kesinleştirildi. İşlemden sonra 3. gün oral beslenmeye başlanan hasta 8. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası ikinci yılında yapılan radyolojik incelemede özofagusta darlık ve reflü saptanmadı.

Tartışma

Ameliyat sonrası komplikasyonlara bağlı olarak çeşitli sistemlerde gelişen fistüllerde ya uygulanan konservatif tedavi sonucu kendiliğinden kapanması beklenmekte ya da yeniden girişim ile kapatılma yoluna gidilmektedir. Konservatif tedavinin ve tekrarlayan girişimlerin birçok olguda başarısız olması araştırmacıları yeni arayışlara itmiştir. Fistül kanalının balon, kateter veya stentlerle mekanik olarak kapatılması veya fistül çevresine sklerozan madde enjeksiyonu gibi uygulamalar yapılmışsa da tatmin edici sonuçlar alınamamıştır.



Resim 1. Kontrastlı radyolojik incelemede Heller miyotomisi sonrası gelişen özofagoplevral fistülün kanalı izlenmektedir.

Son yıllarda bu amaç için uygulanan yöntemlerden biri de fibrin yapıştırıcısı ile fistül kanalının kapatılmasıdır (1,4,5,7,8). Fibrin yapıştırıcısı kullanılarak yapılan fistül kapatma tedavisinin, inatçı ve tehlikeli fistüller için yararlı ve güvenli bir yöntem olduğu birçok araştırmacı tarafından bildirilmektedir (6,8,10,12). Gastrointestinal ve üriner sistem fistülleri yanında, özellikle endoskopik yöntemlerle bronkoplevral ve bronkoözofageal fistüllerin kapatılmasında başarıyla kullanılmaktadır (1,6,11,12).

Fibrin tıkaçı pıhtılaşmanın son adımı olup trombinin etkisiyle fibrinojen fibrin haline dönüşmekte ve tıkaç fibrinolizisin olduğu birkaç günden birkaç haftaya kadar stabil kalmaktadır. Fibrin yapıştırıcısındaki trombin içeriği hemostasisi sağlarken fibrinojen içeriği de gerilme direncini artırmaktadır. Fibrin yapıştırıcısı fibroblastik dokunun lokal büyümesine ve daha sonra konnektif doku skarı gelişmesine yardımcı olur (3,7,9).

Fibrin yapıştırıcısı kullanılmadan önce fistülün radyolojik olarak iyi bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir (2). Fibrinojen ve trombin karışımı olan fibrin yapıştırıcısı özofagoplevral fistüle uygulandığında, fistül kanalını mekanik olarak kapatarak tükrüğün kaçısını engellemekte ve tükrük akımı ortadan kaldığı için de yara iyileşmesi tamamlanarak fistül kapanmaktadır. Bizim olgumuzda da, radyolojik olarak fistül kanalının, fibrin tıkaçının içerisinde tutunabileceği yeterli uzunluğa sahip olduğu gösterilmiş ve işlemten hemen sonra tükrük kaçağı durdurulabilmiştir. Fibrin tıkaçının yerinden oynamaması ve granülasyon dokusunun gelişerek kanalın kapanabilmesi için belirli bir süre daha konservatif tedaviye

devam edilmesinin gerekli olduğu bildirilmektedir (5,9). Olgumuzda yapılan uygulamadan sonra, "primer yara iyileşmesi" süreci olan 72 saat boyunca konservatif tedaviye devam edilmiştir. Literatürde tek bir uygulama ile başarılı sonuç alınabileceği gibi bu uygulamanın birkaç kez tekrarlanması gerekebileceği bildirilmektedir (2,5,6,12).

Bizim olgumuzda tek bir uygulama ile fistül kanalı mekanik olarak kapatılabildiği, kaçak hemen durmuş ve enfeksiyon bulguları hızla gerilemiştir.

Son yıllarda düşük mortalite sıklığı, tekrar ameliyat gereksinimini ortadan kaldırması nedenleri ile iyi seçilmiş olgularda fibrin yapıştırıcısının fistül kapatılması için alternatif tedavi olarak kullanılabilmesi ve cerrahiden önce ilk yapılması gereken işlem olduğu belirtilmektedir (4,11). Özofagoplevral fistülün kapatılmasında başarı ile uyguladığımız bu yöntemin cerrahi girişim öncesi denenmesini önermekteyiz.

Kaynaklar

1. Binmoeller KF, Krug C, Rehner M, et al: Endoscopic prothesis implantation in stenoses and fistulas of the proximal cervical esophagus. *Zentrabl Chir* 122:44, 1997
2. Brady AP, Malone DE, Deignan RW, et al: Fibrin sealant in interventional radiology: a preliminary evaluation. *Radiology* 196:573, 1995
3. Brands W, Joppich I, Lochbuhler H: Use of highly concentrated human fibrinogen in paediatric surgery-a new therapeutic principle. *Z Kinderchir* 4:159, 1982
4. Cellier C, Landi B, Faye A, et al: Upper gastrointestinal tract fistula: endoscopic obliteration with fibrin sealant. *Gastrointest Endosc* 44:731, 1996
5. Gutierrez C, Barrios JE, Luna L, et al: Recurrent tracheoesophageal fistula treated with fibrin glue. *J Pediatr Surg* 12:1567, 1994
6. Nicholas JM, Dulchavsky SA: Successful use of autologous fibrin gel in traumatic bronchopleural fistula: case report. *J Trauma* 32:87, 1992
7. Othersen HB Jr, Parker EF, Chandler J, et al: Save the child's esophagus, Part II: Colic patch repair. *J Pediatr Surg* 32:328, 1997
8. Panieri E, Millar AJ, Rode H, et al: Iatrogenic esophageal perforation in children: patterns of injury, presentation, management and outcome. *J Pediatr Surg* 31:890, 1996
9. Saclarides TJ, Woodard DO, Bapna M, Economou SG: Fibrin glue improves the healing of irradiated bowel anastomoses. *Dis Col Rectum* 35:249, 1992
10. Tsurusaki T, Sakai H, Nishikido M, et al: Occlusion therapy for an intractable transplant-ureteral fistula using fibrin glue. *J Urol* 155:1698, 1996
11. Wiseman NE: Endoscopic closure of recurrent tracheoesophageal fistula using Tisseel. *J Ped Surg* 8:1236, 1995
12. Yasuda Y, Mori A, Kato H, et al: Intrathoracic fibrin glue for postoperative pleuropulmonary fistula. *Ann Thorac Surg* 51:242, 1991