

Mediastinal Trakeostomi: Olgu Sunumu

MEDIASTINAL TRACHEOSTOMY: A CASE REPORT

Erdinç AYGENÇ*, Ö.Erdem GÜR**, Mustafa KAYMAKÇI*, Cafer ÖZDEM[†]

* Op.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği, Başasistan,

** Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği, Asistan,

***Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği, Klinik Şefi, ANKARA

Özet

Geniş trakea rezeksiyonu gerektiren olgularda, stoma oluşturulması güçtür. Trakea invazyonu ve nekrozu ile seyreden larinks kanserli bir hastada, trakea 6. ve 7. halkalar arasından rezeksiyon edilerek; median sternotomi yapıldı ve rotasyonel cilt flepleri kullanılarak stoma oluşturuldu. Konu ile ilgili literatür incelendi ve uygulanan tekniğin avantaj ve dezavantajları tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Larinks kanseri, Trakea rezeksiyonu, Trakeostoma, Rekonstrüksiyon

T Klin K B B 2002, 2:105-108

Summary

Making a tracheostoma has some problems in patients who need large tracheal resection. We made a tracheostoma with median sternotomy and cervical skin flaps in a patient with trachea invasion and necrosis presented with squamous cell carcinoma of the larynx. We investigated literature and discussed advantages and disadvantages of this technique.

Key Words: Laryngeal cancer, Tracheal resection, Tracheostoma, Reconstruction

T Klin J E N T 2002, 2:105-108

Subglottik bölgeyi ve trakeayı invaze eden larenks kanserlerinde, larenjektomi sonrası gelişen peristomal rekürrenslerde, primer servikal trakea tümörlerinde, çevre dokulara ileri derecede invaze olmuş tiroid karsinomlarında ve servikotorasik özofageal karsinomlarında ameliyat sonrası trakeostoma oluşturulması sorun yaratır (1). Bu tür olgularda hava yolunun devamlılığını sağlamak amacıyla alloplastik materyaller kullanıldığı gibi, sternotomi uygulanarak cilt flepleri yardımıyla da trakeostoma oluşturmak mümkündür (1-3).

İnvaziv larenks yassı hücreli karsinomu nedeni ile total larenjektomi ve trakea rezeksiyonu uygulanan bir hastada median sternotomi ve cilt flepleri kullanılarak trakeostoma oluşturulmuştur. Tekniğin avantaj ve dezavantajları, uygulanan diğer rekonstrüksiyon teknikleri ile karşılaştırılmıştır.

T Klin J E N T 2002, 2

Olgu Sunumu

Kırkbeş yaşında erkek hasta solunum güçlüğü nedeni ile acil servise başvurdu. Hastaya acil trakeotomi açılarak direk laringoskopi altında biyopsi yapıldı. Direk laringoskopide kitlenin hava pasajını tamama yakın daralttığı ve subglottik bölgeye uzandığı saptandı. Biyopsi sonucu iyi diferansiye yassı hücreli karsinoma olarak rapor edildi. Klinik ve patolojik bulgularla ileri evre larenks kanseri (evre 4) tanısıyla hastaya cerrahi tedavi önerildi. Ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Bunun üzerine kemo-radyoterapi tedavi planına alınarak taburcu edildi. Bir hafta sonra kendini dekanüle ederek ve tekrar solunum sıkıntısı ile acil servise başvurdu. Yeniden trakeotomi açılarak servisimize yatırıldı. Klinik takibi sırasında cerrahi tedaviyi kabul eden hastaya total larenjektomi, sol radikal boyun

105

diseksiyonu, üst mediastinal lenf nodu diseksiyonu ve trakea rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat sırasında tümörün subglottik yaklaşık 3 cm uzandığı ve daha önceden açılan trakeotomi ve sonrasında gelişen enfeksiyon sonucunda trakeanın 5. halkaya kadar nekroze olduğu gözlemlendi. Trakea rezeksiyonu 6. ve 7. halkalar arasından yapıldı. Geride kalan trakeal yapının üst cerrahi sınırından yapılan frozen section, tümör negatif olarak rapor edildi. Ameliyattan sonra, bakiye kalan trakeanın üst sınırının juguler çentiğin yaklaşık 4 cm. aşağısında olduğu belirlendi. Boyun cildi ile trakea arasındaki bu mesafe nedeniyle klasik stoma oluşturmak mümkün değildi. Bu nedenle hastaya median sternotomi yapılarak trakea ile boyun cildinden oluşturulan fleplerin anastomozu planlandı. Önce trakea çevre dokulardan künt diseksiyonla serbestleştirildi.

Şekil 1. Trakeostomannın anteriordan görünümü.

Şekil 2. Trakeostomannın lateral görünümü.

Manibrium sterni üzerine insizyon yapıldı ve sternum arkasında kalan periost elevatör ve fındık tampon yardımıyla inferiora eleve edildi. Böylece median sternotomi esnasında major vasküler yapıların yaralanması engellendi. Sternotom yardımıyla median sternotomi uygulandı ve manibrium sterninin üst 2 cm.lik kısmı 'V' şeklinde eksize edildi. Daha sonra pretrakeal, paratrakeal ve üst mediastinal lenf nodu diseksiyonu tamamlandı. Diseksiyon sırasında innominate arter ve ven gözlendi ve korundu. Boyun cildi ve manibrium sterni üzerindeki ciltten rotasyon flepleri hazırlanarak stoma oluşturuldu. Stoma dikişlerinde 1 numara Vicril kullanıldı. Sütürasyon sırasında trakeostoma ve cilt arasında gerginlik oluşturulmaya dikkat edildi. (Şekil 1-2) Postoperatif 13. günde stoma dikişleri alındı.

Tartışma

Geniş trakeal rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyonla ilgili literatürde değişik teknikler tanımlanmıştır (1-8). Cotton ve Penido; trakeal rezeksiyon sonrası oluşan büyük defektlerde steril çelik tüpler kullanarak hava yolu devamlılığı sağlamışlardır (1). Waddel ve arkadaşları ise trakea rezeksiyonu sonrası ön göğüs duvarından oluşturulan ve mediastenden geçen cilt flebi ile stoma oluşturmuşlardır (2).

Ancak, bu teknik mediastinal sepsis gelişme riski taşımaktaydı. Mediastinal enfeksiyonları takiben büyük kanamalar görülmekteydi (5). Sisson, total larenjektomi sonrası nüks olan 6 hastasında torasik trakeaya ulaşmak için klavikula ve manubrium sterni'yi çıkarmış ve anterior mediastinal trakeostomi oluşturmak için rotasyonel cilt ve pektoralis major adale fleplerini kullanmıştır. Daha sonra tekniğini geliştirerek pektoral adale flebini çift adalı hazırlayarak stoma etrafına sütüre etmiştir. Grillo ve ark iki aşamalı bir teknik tanımlamıştır (5). Birinci aşamada manubriumun tamamı, klavikulanın medial sonlanmaları, birinci ve ikinci kosta kırıklar çıkarılıp, ikinci aşamada bu defekt anterior göğüs duvarından kaldırılan iki pediküllü göğüs flebi ile kapatılıyordu. Steel ve ark, Grillo'nun tekniğini modifiye ederek, manubriumun sadece lateral kısmı çıkararak daha iyi bir kozmetik görünüm ve daha stabil bir omuz eklemi oluşturuldu (4). Watson, üçlü fleplerin oluşturulduğu ve sternumun 'V' rezeksiyonunun yapıldığı bir yöntem geliştirdi (5). Shah, trakea rezeksiyonu yaptığı hastalarda, sternuma bir delik açarak stoma ağzını buraya oluşturmuştur (6). Kuwabara ve ark, total laringoösefajektomi sonrası mediastinal traketomide omentum kullanımını yayınladılar (2).

Alloplastik materyaller destek amaçlı veya çıkarılan trakeanın yerine hava yolu devamlılığını sağlamak amacıyla kullanıldı (1,3,4). Alloplastik materyallerin kullanıldığı metodlarda; tüplerin etrafında oluşan granülasyon stenoz gelişmesine neden olmaktadır. Ayrıca, yabancı cisim kullanımına bağlı sorunlarla karşılaşılmaktadır.

Bizim vakamızda, subglottik uzanım ve trakeotomiye bağlı nekroz nedeniyle geniş trakea dokusu eksize etmek zorunda kalındı. Klasik trakeostoma oluşturmak cilt ile trakea arasındaki uzaklık nedeniyle mümkün değildi. Bu nedenle sternotomi ve üst ucundan yaklaşık 2 cm.lik sternum eksizyonu yapılarak ve boyun cilt

flepleri kullanılarak trakeostoma oluşturuldu. Stoma dikişleri alındığında, yara iyileşmesi ve hastanın solunum fonksiyonlarında bir problemle karşılaşılmadı. Bölgenin anatomik özellikleri, median sternotomi için risk oluştursa da trakea rezeksiyonunun kaçınılmaz olduğu durumlarda rekonstrüksiyonda kullanılabilir yöntem olduğunu düşünüyoruz. Tekniğin dezavantajı; büyük damar yapılarının varlığı nedeniyle sternotomi sırasında risk oluşturmaktadır. Ayrıca, sternum eksizyonu nedeniyle minimal kozmetik deformiteye neden olur. Bununla birlikte subglottik uzanım nedeniyle üst mediastinal lenf nodu diseksiyonu için kolaylık sağlamaktadır. Çünkü major yapıları görerek ve koruyarak ayrıntılı diseksiyon şansı vermektedir. Fonksiyon kaybı da diğer tekniklerle karşılaştırıldığında minimaldir. Mediasteninin dış ortamla direk olarak irtibatının olmaması da, enfeksiyonun bu bölgeye yayılıp, komplikasyon oluşturma riskini ortadan kaldırır. Başlangıçta stoma ağzının derinde olmasının, solunum için dezavantaj olduğunu düşündük. Bu noktadaki düşüncemiz, stoma bakımının iyi yapılması ile bu sorunun minimize edileceğidir. Sık aspirasyon, soğuk buhar ve yeterli hidrasyon stoma bakımında önemli noktalardır.

KAYNAKLAR

1. Waddel WR, Cannon B. A technique for subtotal excision and establishment of a sternal tracheostomy. *Ann Surg* 1959;149:1-8.
2. Kuwabara Y, Sato A, Mitani M, Shinoda N, Hattori K, Suzuki T, Fujii Y. Use of omentum for mediastinal tracheostomy after total laryngoesophagectomy. *Ann Thorac Surg* 2001;71:409-13.
3. Gomes MN, Kroll S, Spear LS. Mediastinal Tracheostomy. *Ann Thorac Surg* 1987;43:539-43.
4. Steel PM, Bickford BJ, Brown GA. Thoracotracheostomy after resection of the larynx and cervical trachea for cancer. *J Laryngol Otol* 1970; 84:1097-1102.
5. Grillo CH. Terminal or mural tracheostomy in the anterior mediastinum. *J Thora Cardiovasc Surg* 1966;51:422-7.
6. Shah JP. *Head and Neck Surgery*. 2nd ed. Barcelona, Spain, 1996:267.

7. Orringer MB, Sloan H, Arbor A. Anterior Mediastinal Tracheostomy J Thorac Cardiovasc Surg 1979;78:850-9.
8. Maipang T, Singha S, Panjapiyakul C, Totemchokhykarn P. Mediastinal tracheostomy. Am J Surg 1996; 171:581-6.

Geliş Tarihi: 16.11.2001

Yazışma Adresi: Dr.Erdinç AYGENÇ
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği
eaygenc@turk.net.