

Özefagus Atrezisi ile İlgili Klinik Deneyimlerimiz

ESOPHAGEAL ATRESIA: A 5-YEAR EXPERIENCE

Engin GÜNEL*, Alaeddin DİLSİZ*, Adnan ABASIYANIK*,
Aytekin KAYMAKÇI**, Ahmet H GÜNDOĞAN**

* Yrd.Doç.Dr.Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD,
" Dr.Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, KONYA

Ö Z E T

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1990 ile 1994 yılları arasında tedavi edilen 18 özefagus atrezili yenidoğan retrospektif incelenerek; başvuru durumları, yapılan ameliyatlara ve Waterston risk gruplarına göre mortalite ve morbidite oranları gözden geçirilmiştir.

Hastaların 16'sında (%88) proksimal özefagus atrezisi ve distal trakeoözefagal fistül, ikisinde (%12) fistülsüz özefagus atrezisi saptandı. Fistülsüz olgularda ilk girişim olarak özefagostomi ve gastrostomi uygulandı. Fistüllü olgulardan 12'sine fistülün bağlanması ve primer anastomoz yapılırken, 4'üne ise fistülün bağlanmasını izleyerek gastrostomi açıldı. On hastada majör ek anomali saptanırken, yine 10 hasta postoperatif erken dönemde kaybedildi. Mortalitenin (%56) yüksek olması, majör ek anomali (%56) yüksekliğine ve hastaların 10'unun (%56) C grubundan olmasına bağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Özefagus atrezisi, Trakeoözefagal fistül, Mortalite, Konjenital anomaliler

T Klin Pediatri 1997, 6:45-47

Özellikle trakeoözefagal fistül (TÖF) ile birlikte olan özefagus atrezisi (ÖA) tanı konulmaz ve cerrahi olarak düzeltilemez ise yenidoğan döneminde fatal seyreden bir anomalidir. ÖA'si insidansının tahmin edilmesi zor olmakla birlikte, çeşitli yayınlarda bildirilen insidanslara göre, ortalama 4500 canlı doğumda bir görülmektedir. Hastaların üçte birinin doğum ağırlığının 2500 gr'ın altında olması ve hastaların yansından fazlasında diğer sistemlere ait majör ek anomalilerin bulunması, hastaların tedavilerinin planlanmasında ve ameliyat sonrası izlemlerinde önemli sorunları ortaya koymaktadır (1-6).

Geliş Tarihi: 26.08.1996

Yazışma Adresi: Dr.Engin GÜNEL
Babalık Mah. Vatan Cad, Kartal Sitesi
No: 12/5 42040, KONYA

*XIV. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur.
Pamukkale, 26-30 Eylül, 1995.

T Klin J Pediatr 1997, 6

SUMMARY

Eighteen newborns with esophageal atresia who were treated in the Department of Pediatric Surgery, Selçuk University Medical Faculty between 1990-1994 were reviewed retrospectively. The mortality and morbidity rates of the patients due to operation type, presence of associated malformation, and Waterston classification were determined.

Of these patients 16(88%) had proximal atresia with tracheoesophageal fistula and two (12%) had isolated esophageal atresia. Esophagostomy plus gastrostomy were the initial procedures for the patients with isolated atresia. Of the 16 patients with fistula, 12 cases were performed the division of fistula plus primary esophageal anastomosis and 4 cases were performed the division of the fistula plus gastrostomy. Ten patients had associated major anomalies. There were 10 deaths during the immediate postoperative period. It is suggested that the increased mortality rate (56%) is due to the high associated malformation rate (56%) and the predominance (56%) of the group C patients.

Keywords: Esophageal atresia, Tracheoesophageal fistula, Mortality, Congenital malformations

T Klin J Pediatr 1997, 6:45-47

Bu klinik çalışma ÖA'li hastalarda tedavi yöntemlerimizi değerlendirme ve sonuçlarımıza ek anomalilerin etkisini ortaya koyma amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1990 ile 1994 yılları arasında tedavi edilen 18 özefagus atrezili yenidoğan retrospektif olarak incelenerek; başvuru durumları, yapılan ameliyatlara ve Waterston risk gruplarına göre mortalite ve morbidite oranları gözden geçirilmiş ve tartışılmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmamızdaki hastaların başvuru yaşları ortalaması 3.277±2.59 gün ve vücut ağırlığı ortalaması 2622.22±486.95 gr bulundu. Yedisi (%38) prematür, 111 (%62) terimde olan hastaların 16'sında (%88) proksimal ÖA ve distal TÖF, ikisinde (%12) fistülsüz ÖA (izole ÖA) saptandı. Yenidoğanlar Waterston risk gruplarına göre

Tablo 1. Serimizdeki ÖA ve TÖF'lü hastaların Waterston risk gruplarına göre dağılımı ve mortalité oranları

	Waterston Risk Grupları			Toplam
	A	B	C	
Hasta sayısı	6(%33)	2(%11)	10(%56)	18(%100)
Preoperatif ölüm	0	0	0	0
Postoperatif ölüm	1(%10)	1(%10)	8(%80)	10(%100)
Yaşayan hasta	5(%62)	1(%13)	2(%25)	8(%100)

Tablo 2. Serimizdeki ÖA'lı hastalarda görülen ek anomali ve mortalité oranları

	Anomali sayısı	Ölen hasta	Yaşayan hasta
Kardiyovasküler sistem	2(%10)	2(%100)	0
Anorektal sistem	8(%40)	5(%62)	3(%38)
Ürogenital sistem	5(%25)	4(%80)	1(%20)
iskelet ve kas sistemi	5(%25)	2(%40)	3(%60)

Tablo 3. Özefagus atrezili hastalarda yapılan cerrahi işlemin VWaterston risk gruplarına göre dağılımı ve mortalité oranları
(* Ölen hasta sayısı)

Cerrahi İşlem	VWaterston Risk Grupları			Toplam
	A	B	C	
TOF bağlanması + primer onarım	5	2(1*)	5(3*)	• 12(4*)
TOF bağlanması + gastrostomi	1(1*)	0	3(3*)	4(4*)
Özefagostomi + gastrostomi	0	0	2(2*)	2(2*)

sınıflandırdığında: 6 hasta (%33) A, 2 hasta (%11) B ve 10 hasta (%56) C grubundaydı (Tablo 1). Sekizinde anorektal malformasyon olmak üzere 10 hastada (%56) ek majör anomali saptandı (Tablo 2)..

Fistüllü olgulardan 12'sine fistül bağlanması ve primer anastomoz yapılabilirken, dördüne ise fistül bağlanmasını izleyerek gastrostomi yapıldı. Fistülsüz olgularda ilk girişim olarak özefagostomi ve gastrostomi uygulandı.

Fistül bağlanması ve primer anastomozun yapılabildiği 12 hastanın 51 A, ikisi B, 51 C grubunda idi. Bu hastalardan üçü C, biri B grubunda olmak üzere dört has-

ta kaybedildi. Bunlardan üçünde anorektal malformasyon saptandı.

Fistül bağlanması yapılan, ancak uçların uzaklığı nedeniyle primer anastomoz yapılamayan dört hastanın (biri A, üçü C grubunda) tümü kaybedildi. Ayrıca bunlardan ikisinde ek anomali olarak anorektal malformasyon saptandı (Tablo 3).

izole ÖAsi saptanan iki hasta C grubunda yer alıyordu ve VACTERL assosiyasyonu ile açıklayabildiğimiz ek anomalileri vardı. Özefagostomi ve gastrostomi uygulanan hastaların ikisi de erken postoperatif dönemde kaybedildi. Genel olarak kardiyovasküler sistemde ek anomalisi olan iki hastadan ikisi, ürogenital sistemde anomalisi olan 5 hastadan dördü iskelet ve kas sisteminde ek anomalisi olan 5 hastadan ikisi kaybedilmiştir.

Postoperatif dönemde komplikasyon olarak hastaların dördünde (%22) anastomoz kaçağı, üçünde darlık (%16) gelişti. Anastomoz kaçağı gelişen dört hastadan üçü sepsisten kaybedildi ve yaşayan bir hastada da darlık geliştiği gözlemlendi. Ayrıca primer anastomoz yapılan ve yaşayan hastalardan ikisinin izleminde darlık geliştiği saptanarak dilatasyon programına alındılar.

Çalışmaya alınan toplam 18 hastadan 81 (%45) yaşarken, 10 hasta (%55) erken postoperatif dönemde anastomoz kaçağı ve majör ek anomalilerin (kardiyovasküler, anorektal ve ürogenital sistem) ortaya çıkardığı sistemik komplikasyonlar sonucu gelişen solunum yetmezliği ve septisemi tablosu ile kaybedildi.

TARTIŞMA

ÖA ile birlikte görülen ek anomalilerin klinik önemleri hastalığın mortalitesini arttırmalarından kaynaklanmaktadır. Ek anomali insidansı ÖA'lı bebeklerde %30-60 arasında değişmektedir. Bu anomalilerin çoğu majör olup, hastanın o andaki ve sonraki yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. ÖA ile birlikte en sık kardiyovasküler (%30-40), gastrointestinal (%20), genitouriner (%30-50) ve iskelet sisteminde (%20-50) ek anomaliler görülür (Tablo 4). VACTERL assosiyasyonu tanımı içine giren bebeklerin %70'inin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Ek anomali insidansı, izole TÖF olgularında en düşük (%27), izole ÖA'lerinde ise yüksektir (%60) (1,2,7).

Serimizdeki hastaların 10'unda (%56), bir veya birden fazla olmak üzere, diğer sistemlere ait 20 adet ek anomali saptandı (Tablo 2). Bunlardan ikisi (%10) kardio-

Tablo 4. Bildirilen bazı serilerde özefagus atrezisi ile birlikte görülen anomalilerin yüzdesi (Myers et al.)
(*Gastrointestinal sistem anomalileri ile birlikte)

Seriler	Hasta sayısı	Anomalili hasta	Anorektal anomali	Kardiak anomali	Ürogenital anomali	Kas-iskelet anomali
Ein ve ark. (1989)	97	%53	%17*	%29	%8	%12
Myers ve ark. (1992)	584	%58	%11	%21	%22	%16
Holder ve ark. (1987)	100	%50	%15*	%25	%8	%15
Spitzve ark. (1987)	148	%47	%23*	%22	%12	%11
Serimiz	18	%56	%44	%12	%28	%28

vasküler sisteme, 8'i (%40) anorektal sisteme, 5'i (%25) ürogenital sisteme ve 51 (%25) iskelet-kas sistemine ait anomaliler idi. Diğer geniş seriler incelendiğinde anorektal malformasyonların daha az oranda, kardiovasküler sisteme ait anomalilerin daha yüksek oranda olduğu gözlenmiştir (7). (Tablo 4), Tüm hastaların %44'ünde anorektal malformasyon görülmesi ve mortalitenin bu grupta, bildirilen geniş serilerin aksine, %62 gibi yüksek değerde olması, gastrointestinal sistemdeki distansiyonun solunum sıkıntısı arttırmasına ve intestinal tıkanıklığın sepse zemin hazırlamış olmasına bağlanmıştır.

Özefagus atrezisinin cerrahi tedavisi sonucu en sık görülen komplikasyonlar arasında anastomoz kaçağı ve darlığı ilk sıraları alır. Anastomoz tekniğine bakılmadan yapılan değerlendirmelerde anastomoz kaçağı sıklığı ortalama %16'dır. Kaçağa bağlı mortalitenin ekstraplevral olgularda %40 dolayında olduğu bildirilmiştir. Anastomoz darlığı sıklığının çeşitli yayınlar gözden geçirildiğinde %18-45 arasında değiştiği görülmektedir (1,8). Hastalarımızdaki anastomoz kaçağı (%22) ve darlığının (%16) diğer serilerde bildirilen oranlarla uyumlu olduğu görülmüştür. Gastroözefagal reflü, rekürren TÖF aperistaltik distal özefagus gibi diğer komplikasyonlar yaşayan hastalarımızda gözlenmemiştir.

Hastaların hepsi göz önüne alındığında 8 hasta (%45) yaşarken, 10 hasta (%55) erken postoperatif dönemde solunum yetmezliği ve septisemi tablosu ile kaybedilmiştir. Risk gruplarına göre mortalite oranları, A grubunda %17, B grubunda %50 ve C grubunda %80 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışmaya alınan yenidoğanlardan ancak 7'sinin (%38) prematür olmasına karşın, mortalite oranının %56 gibi yüksek bir değerde olması 10 hastada (%56) ek major anomalilerin bulunmasına, dolayısı ile ölen hastaların

B ve C grubunda yoğunlaşmalarına bağlanmıştır. Saptanan ek anomaliler ÖA'lı bebeklerde mortaliteyi arttırmıştır.

Mortalite oranının yüksekliğini, major ek anomali yüzdesinin yüksekliğine ve çalışma grubundaki hastaların çoğunluğunun B ve C grubundan olmasına bağlamakla birlikte, anestezi ve yoğun bakım teknolojisinin geliştirilmesi, daha çok bilgi birikiminin sağlanması ile mortalitenin düşürülebileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Başaklar AC. Konjenital özofagus atrezisi ve trakeo-özofagal fistül. Yenidoğanın cerrahi hastalıkları. Ankara: Palme Yayıncılık, 1994: 91.
2. Cudmore RE. Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula. In: Lister J, Irving IM, eds. Neonatal surgery. London: Butterworths, 1990: 231.
3. Raffensperger JG. Esophageal atresia and tracheoesophageal stenosis. In: Raffensperger JG, ed. Swenson's pediatric surgery. Connecticut: Appleton-Lange, 1990: 697.
4. Randolph JG. Esophageal atresia and congenital stenosis. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI, eds. Pediatric surgery. London: Year Book Publishers, 1986: 682.
5. Thomas MH, Keith WA. Developments in the care of patients with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. The Surgical Clin North Am 1981; 5:1051.
6. Holder TH. Esophageal atresia and tracheoesophageal malformations. In: Ashcraft KW, Holder TM, eds. Pediatric surgery. London: WB Saunders, 1993: 249.
7. Myers NA, Beasley SW, Auld AW. Oesophageal atresia and associated anomalies: a plea for uniform documentation. Pediatr Surg Int 1992; 7:97.
8. Lister J. Oesophageal atresia and respiratory complications. Ann Chir Gyn 1985; 74:53.