

ÖZOFAGUS ATREZİSİ VE PİLOR STENOZU BİRLİKTELİĞİ: Olgu sunumu* Pyloric stenosis occurring with esophageal atresia: A case report

Ahmet Kazez¹, Mustafa Demirbağ²

Özet: Özofagus atrezisi (ÖA) ile gastrointestinal sistemin konjenital malformasyonlarının birlikte görülmesi ihtimali yüksek olmasına rağmen hipertrofik pilor stenozu (PS) ile ÖA birlikteliği nadirdir. Pilor stenozu bulguları genellikle üç ile altıncı haftalarda ortaya çıkmaktadır. Beş günlük bir erkek olguda ÖA ve trakeo-özofagial fistülle birlikte PS tesbit edildi. Primer özofagus onarımı, piloromiyotomi ve gastrotomi uygulanan olgu ameliyat sonrası beşinci gün sepsis nedeni ile öldü. Bu vaka takdimi, ÖA ile PS' nin nadir birlikteliği ve PS' nin literatürde bildirilenden çok daha erken ortaya çıkması nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Özofagus atrezisi, Pilor stenozu

Summary: Although there is a high concurrence of esophageal atresia (EA) with congenital malformation of gastrointestinal tract, hypertrophic pyloric stenosis (PS) associated with EA is very rare. The findings of PS appear usually at 3-6th weeks of life. We report a five day-old boy who had PS associated with EA and tracheo-esophageal fistula. The patient who underwent primary esophageal repair, pyloromyotomy and gastrotomy died because of sepsis in the fifth postoperative day. This case report is presented since EA is rarely associated with PS and the PS symptoms in this case appeared relatively early when compared with the cases cited in the literature.

Key Words: Esophageal atresia, Pyloric stenosis

Özofagus atrezisi (ÖA) ek anomalilerin sık görüldüğü bir konjenital malformasyondur. Gastrointestinal ek anomalilerden anorektal malformasyonlar, duodenal atrezi ve malrotasyon ÖA ile birlikte daha sık görülmektedir (1-3). Pilor stenozunun (PS) konjenital veya edinsel olduğu konusunda kesin bir fikir birliği olmamakla beraber özofagus atrezisi ile birlikteliğinin % 1-10 arasında olduğu bildirilmektedir. Pilor stenozu bulguları ÖA' nın düzeltilmesini takiben genellikle üç ile altıncı haftalarda ortaya çıkmaktadır (1,4). Özofagus atrezisi ve trakeo-özofagial fistülü (TEF) olan beş günlük bir olguda radyolojik olarak PS tesbit edilmiş ve ÖA-TEF ve PS birlikteliği gözden geçirilmiştir.

Olgu sunumu:

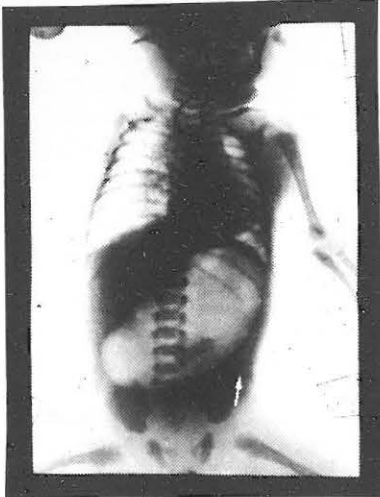
Beş günlük erkek olgu başka bir merkezden ağızdan-burnundan kanlı köpük gelmesi nedeni ile hastanemize getirildi. Olgunun hastanede ebe yardımı ile miadında, 33 yaşındaki annenin yedinci gebeliğinden altıncı canlı doğum olarak doğduğu doğar doğmaz ağladığı, morarmasının olmadığı öğrenildi. Hiç beslenememiş ve emdiklerini çıkarmış. Son üç gündür ağızdan ve burnundan kanlı sekresyonları başlamış. Ağırlığı 2780 g olan olgunun fizik muayenesinde; genel durumunun iyi olmadığı, siyanozunun ve solunum sıkıntısının olduğu tesbit edildi. Toraks muayenesinde yaygın kaba ralleri olan olgunun epigastrik distansiyonu olduğu gözlemlendi. Nazogastrik sonda konulmaya çalışıldığında mideye kadar ilerletilemediği tesbit edildi. Özofagus atrezisini teyit etmek için radyoopak işaretli kateterle yapılan radyolojik incelemede kateterin T3 vertebra hizasında kıvrıldığı görüldü. Aynı grafide midenin ileri

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ.
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi ELAZIĞ
Çocuk Cerrahisi. Y.Doç.Dr.¹, Araş. Gör.².

Geliş tarihi: 29 Mayıs 1997

derecede genişlediği ve distalinde çok az barsak gazı olduğu tesbit edildi (Resim 1). Prerenal azotemi dışında kan biyokimya değerleri ve rutin kan sayımı normal sınırlardaydı. Kan gazı değerleri hafif hipoksi ve respiratuvar tip asidozu gösterdi.

Özofagus atrezisi ve TEF' e ilave olarak mide çıkışında darlık olduğu düşünülen olguya ameliyat öncesi trakeal entübasyon uygulanarak endotrakeal aspirasyon, IV sıvı, Semi-Fowler pozisyonunda aralıklı özofagus üst poş aspirasyonu, birinci kuşak sefalosporin, aminoglikozit, ornidazol başlandı ve iki gün takip edildi. Genel durumu düzelen olguya sağ posterolateral transplevral torakotomi ile TEF ligasyonu ve primer özofagus onarımı yapıldıktan sonra göbek üstü orta hat insizyonla laparotomi yapıldı. Midenin ileri derecede genişlediği infantil hipertrofik pilor stenozu olduğu tespit edildi. Ekstramukozal piloromyotomi uygulanan olguya, ilave olarak gastrotomi yapıldı ve buradan ilerletilen 10 Fr bir kateterle mide çıkışı ve duodenum lümen içi patoloji açısından kontrol edildi. Başka bir patoloji saptanmayan olguya gastrotomi ilave edildi. Ameliyat sonrası total parenteral beslenmeye başlandı ve preoperatif başlanan antibiyotiklere devam edildi. Hasta postoperatif dördüncü günü sepsis nedeni ile öldü.



Resim 1. Olgunun radyopak nazogastrik kateterle çekilen grafisi (Ok: Distaldeki az sayıda barsak gazı).

TARTIŞMA

Özofagus atrezisi ile birlikte diğer konjenital anomalilerin görülme ihtimali % 50-70 olarak bildirilmektedir. Ek anomalilerden en fazla kardiyovasküler, gastrointestinal, genitouriner ve iskelet sistemine ait anomaliler görülmektedir. Gastrointestinal sistem anomalilerinden anorektal malformasyonlar daha fazla görülürken bunu sırası ile rotasyon anomalileri, duodenal ve jejuno-ileal atreziler, annüler pankreas ve pilor stenozu takip etmektedir. Vertabral, anorektal, kardiyak, özofajial, trakeal, renal ve ekstremitte anomalilerinin bir arada görüldüğü ve kısaca VACTERL sendromu olarak bilinen multipl ek anomaliler açısından değerlendirilen olguda PS dışında başka bir ek anomali tespit edilmedi (2,3).

Hipertrofik pilor stenozunun konjenital olup olmadığı tartışılmakla beraber birlikte ÖA, rotasyon anomalileri, diafragma hernisi, anorektal malformasyon ve konjenital megakolon gibi doğumsal hastalıklar PS' li olguların % 6-12' sinde rastlanmaktadır. Özofagus atrezisi ile PS' nin birlikteliğinin ise % 1-10 oranında olduğu bildirilmektedir. Pilor stenozu semptomları genellikle üçüncü haftada kusma ile ortaya çıkmaktadır. Olguların ancak % 17 kadarında semptomlar ilk hafta içinde görülmektedir. Özofagus atrezisi ile birlikte görülen olgularda da ÖA tamirini takiben onsekizinci gün ile dördüncü haftalar arasında kusmaların olduğu bildirilmektedir (1,3-5).

Özofagus atrezisi ile birlikte görülen gastrointestinal anomalilerde izlenecek tedavi protokolü olgunun özelliğine göre değişmekle birlikte ilk olarak genel durumu düzelineye kadar endotrakeal derin aspirasyon, üst özofagus poşu aspirasyonu, IV sıvı, antibiyotikler gibi destek tedavisinin ardından 48-72 saat sonra torakotomi ve mümkünse TEF ligasyonu ve özofagus onarımı yapılması, daha sonra da laparotomi ile ya sadece gastrotomi veya ilave olarak mevcut intraabdominal patolojiye yönelik düzeltici ameliyatlar yapılmasıdır (2,3,6,7). Sunulan olguda beşinci gün çekilen direkt grafide ileri derecede genişlemiş bir mide ve distalinde çok az

miktarda gaz bulunması mide çıkışında bir patoloji olduğunu düşündürmüştü ve bu nedenle laparotomi yapılmıştır. Olguda pilor stenozu literatüre göre çok daha erken bulgu vermiş ve bu durumun aynı zamanda mide asit içeriğinin TEF yolu ile daha şiddetli bir şimik pnömone oluşturarak klinik tablonun ağırlaşmasına yol açtığı düşünülmüştür.

Özofagus atrezisinin erken tanımlanması mortalite ve morbidite açısından önemlidir. Özofagus atrezisi ve TEF' li olgularda fistülden geçen hava gastrointestinal sisteme ait ek anomalileri tanımlamak için genellikle yeterlidir. İleri derecede mide dilatasyonu pilor stenozunu akla getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Magilner AD. *Esophageal atresia and hypertrophic pyloric stenosis: Sequential coexistence of disease (Case report)*. AJR 1986; 147: 329-330.
2. Rowe MI. *Congenital Abnormalities of the Esophagus*. In: Rowe MI, O'Neill Jr.JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds), *Essentials of Pediatric Surgery*. Mosby, St.Louis 1995, pp 397-408.
3. Başaklar AC. *Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları*. Palme Yayıncılık, Ankara 1994, ss 137-150.
4. Qvist N, Rasmussen L, Hansen LP, Pedersen SA. *Development of infantile hypertrophic pyloric stenosis in patients treated for oesophageal atresia*. Acta Chir Scand 1986; 152: 237-238.
5. Chuang JH, Chen MJ. *Membranous atresia of esophagus associated with pyloric stenosis*. J Pediatr Surg 1987; 22: 988-990.
6. Mollitt DL, Golladay ES. *Management of the newborn with gastrointestinal anomalies and tracheoesophageal fistula*. Am J Surg 1983; 146: 792-795.
7. Küçükaydın M. *Özofagus atrezisi ve trakeo-özofageal fistül*. Erciyes Tıp Dergisi 1992; 14 (Ek-1): 148-153.