

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Apron fleple total larenjektomi yapılan vakada gelişen geniş fistülün primer kapatılması: Olgu sunumu

M. Paksoy, A. Şanlı, R. Öztürk, C. Evren

The primary closure of the large fistula occurred after total laryngectomy operation with apron flap incision: a case report

Pharyngocutaneous fistula can be seen as a complication after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy or after the tongue base operations performed through the neck. The fistulas may result in tissue loss then potential risk for the life. It is accepted that even small fistula can be easily closed by local treatment but larger ones need further complex operations such as regional flap, gastric pull-up or jejunal flap transposition in which high morbidity presents. It is widely accepted that large fistula can not be closed by primarily. We are presenting a case of large fistula as a complication of total laryngectomy operation which closed successfully with two-step primary closure technique.

Key Words: Pharyngocutaneous fistula, pharyngolaryngectomy, two-step primary fistula closure.

Türk Arch Otolaryngol, 2010;48(4):159-163

Özet

Farengokutanöz fistüller, total larenjektomi, farengolarenjektomi veya boyun üzerinden yapılan dil kökü rezeksiyonları sonrası gelişebilmektedirler. Büyük oranda doku kaybına ve hayati riske neden olabilmektedirler. Küçük fistüller lokal bakım ve takiple kapanırken geniş fistüllerin rejyonal flepler, gastrik pull-up, jejunale flep transpozisyonu gibi morbiditesi yüksek cerrahi tekniklerle tedavi edilebileceği görüşü hakimdir. Bu tip fistüllerin primer kapama ile kapatılamayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle kliniğimizde opere olan ve operasyon sonrası büyük fistülü gelişen bir hastada uyguladığımız ve başarılı olan 2 aşamalı primer kapama tekniğini sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Sözcükler: Farengokutanöz fistül, farengolarenjektomi, iki aşamalı primer fistül kapatma tekniği.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2010;48(4):159-163

Giriş

Farengokutanöz fistül, baş ve boyun cerrahisi operasyonları sonrasında gelişebilecek komplikasyonlardan birisidir.¹⁻³ Morbiditesi önemli olup hem sosyal hem de ekonomik olumsuz yan etkilere sahiptir. Sıklıkla da hastanın genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir. Rad-

yoterapi (RT) veya kemoterapi gibi uygulanacak diğer tedavi modalitelerinin gecikmesine ve daha ileri komplikasyonların oluşmasına yol açarak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı cerrahi prensip fistül gelişimini önlemek; ortaya çıktığı zaman ise en hızlı ve en etkin tekniği uygulamak olmalıdır.⁴ Fistül gelişme oranı %10-30 arası değişir.⁵ Patogenezinde larenjektomi sonrası rekonstrüksiyon için boyundaki alıcı yatak, geri kalan farengeal mukozanın primer kapanması ve flep uyarlaması fistül gelişiminde etkilidir. Rezeksiyon sınırında rezidüel tümör varlığı erken dehissans ve fistülün hızlı gelişiminde etkindir. Preoperatif 5000 Rad ve üzeri radyoterapi alanlarda yara komplikasyonları 4 kat daha fazla görülür.¹ Mukozal yüzeylerde aşırı gerginlik, bükülme, uygun olmayan kapama tekniği gibi faktörler de etkindir. Fistülün kontrol altına alınması komplikasyonlarını önlemek için önemlidir. Çoğu yerde myokutanöz flepler fistülün kontrolünü sağlamak için gerekli olmaktadır.⁴ Tedavinin başarısı için fistülün erken tanısı önemlidir. Eritem ve şişlik, ateşin ani yükselişi fistül gelişimini akla getirmelidir. Fistül genelde operasyonun 5-7 günü başlar, fakat dışı açılım 7-10 günlerde özellikle oral beslenmeye geçilmesiyle olur. Fistülün cerrahi kapatımı boyutuna ve radyoterapi almış doku varlığına bağlıdır. Geniş fistüllerin primer kapanamayıp rekonstrüktif tekniklere ihtiyaç gösterdiği görüşü hakimdir.²

Olgu Sunumu

68 yaşındaki erkek hasta (H.A.I.) ses kısıklığı ve solunum güclüğü şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. 45 yıldır günde 2 paket sigara içen hastanın muayenesinde solunum pasajını tama yakın kapatan supraglottik kitle saptandı. Direkt laringoskopi sonucu patolojik tanısı yassı hücreli karsinom olarak saptandı. Klinik ve bilgisayarlı tomografi sonucuna göre stage'i T4N0MX olarak değerlendirildi. Preoperatif

dönemde dental tedavisi yapıldı ve oral hijyeni sağlamak amacıyla antiseptik gargaraya başlandı.

Bir hafta sonra hastaya total larenjektomi ve bilateral fonksiyonel boyun disseksiyonu uygulandı. Operasyon toplam 6 saat sürdü. Operasyon süresince flepler optimal beslenmeleri için ıslak gazlı bezle örtüldü. Ameliyat esnasında saha ılık serum fizyolojik ile yıkandı. Cilt altı ve cilt sütürleri 3:0 krome kat güt ve 3:0 ipekle atıldı. Operasyon süresince hastaya 2 ünite tam kan, 4500 cc kristaloid, 1000 cc koloidal sıvı verildi. Toplam 500 cc kanama, 1900 cc idrar çıkışı oldu. Ameliyat öncesi ve sonrası döneminde hemogram değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ameliyat sonrası 4. günde 25 cc altında seröz mayi gelmesi üzerine hemovaklar çekildi. Total proteinin 5.5 g/dl, albüminin 2.4 g/dl gelmesi üzerine albümin solüsyonu tedaviye eklendi. Nazogastrikten beslenmesi için proteinden zengin diyeti düzenlendi. Uygulanan destek tedavisiyle taburcu olana kadar kan biyokimyası normal sınırlarda tutuldu. Profilaksi için sefazolin sodyum 2x1 g, metronidazol 3x 0.5 g parenteral verildi. Beşinci günde farengokutanöz fistül gelişti. Farenks ve ösefagusa konan tüm sütürler açılarak, boyun dokularında nekroz ve enfeksiyon ortaya çıktı. Apron flep şeklindeki boyun flebinde beslenme bozukluğu ve enfeksiyona bağlı doku kaybı ve küçülme başladı.

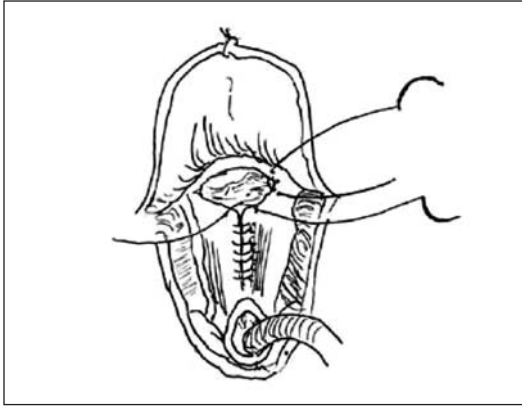
Hastaya iki aşamalı primer fistül tamir girişimi uygulandı. Birinci aşamada lokal anestezi ile ösefageal ve farengeal doku kenarları debride edilip, nekrotik dokulardan temizlenerek avive edildi. 3:0

Tablo 1. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemin hemogram değerlerinin karşılaştırılması.

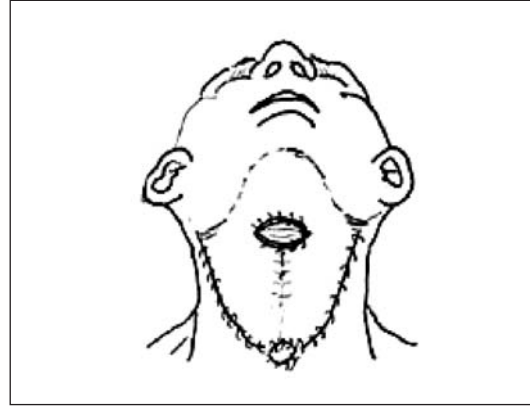
	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası
Hematokrit (%)	31.2	39.6
Hemoglobin (g/dl)	11.5	13.6
Trombosit (THSD/CU)	139.000	178.000
Lökosit (THSD/CU)	5.200	9.000

vicril ile önce mukoza devamlı suture ile T şeklinde suture edildi (Şekil 1A). Daha sonra submukoza ve kas tabakası 3:0 krome katgüt separe suturelerle suture edilip desteklendi. Hasta yutkündürülup suture hattından sekresyon kaçığının varlığı kontrol edildi. Herhangi bir sekresyon kaçığı gözlenmedi. Dil kökünde yeterli doku olmaması nedeniyle suture hattı gergin durumda idi. Apron flep yara kenarları debride edilip ciltaltı 3:0 krome katgüt ve cilt 3:0 ipekle suture edildi. Cilt altına penrose dren konup baskılı sargı yapıldı. Hastaya başını ekstansiyona getirmemesi ve fleksiyonda bırakması önerildi. İlk 3 günde fistül gözlenmedi. 3. günden itibaren cilt al-

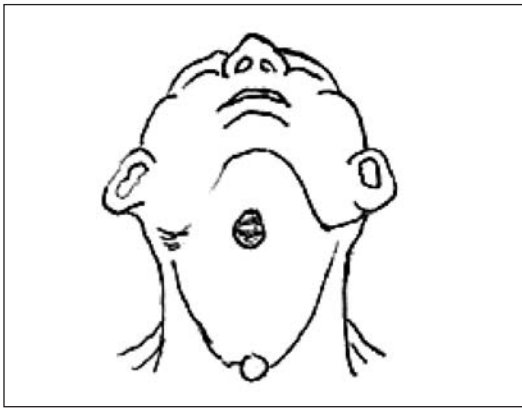
tında birikim saptandı. Baskı ile suture yerinden mukopürulan sekresyon geldi. Fistül rekürrensi düşünülüp cilt sutureleri açılarak ösefagus ve farenks suturelerinin durumu gözlendi. Dil kökündeki suturelerin atmış olduğu ve T suture'nin horizontal kısmının fonksiyonel olmadığı saptandı. Bunun üzerine apron cilt flebinin kaybını önlemek için dil köküne yakın hyoid kemik seviyesine uyan cilde horizontal olarak 4 cm kadar insizyon yapıldı. Cilt ve cilt altı geçildi. İnsizyonun üst dudağı dil köküne, alt dudağı ise faringoösefageal bileşkedeki mukozaya 3:0 vicryl ile suture edildi. Fistül dışı ağızlaştırıldı (Şekil 1B). Alttaki kalan apron flep kısmına açılan sutureler



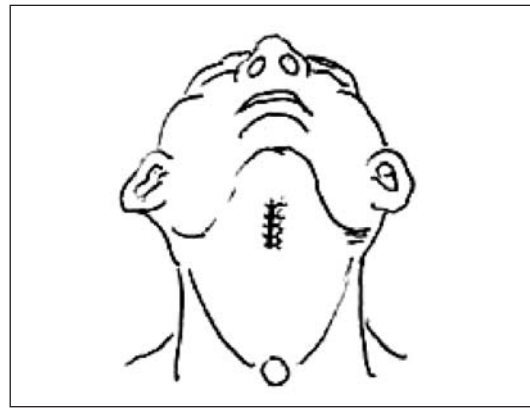
Şekil 1A. Ösefagus ve farenksin "T" şeklinde primer mukozal kapatılması.



Şekil 1B. Apron flep üzerinde hyoid kemik seviyesinde horizontal insizyonla yeni faringostoma oluşturulması.



Şekil 1C. Faringostomanın suture alınımı sonrası durumu ve apron flep'in son durumu.



Şekil 1D. Faringostoma ağzının sirküler avivasyonunu ve vertikal planda iki tabakalı kapatılması.

yenilenip baskılı bandaj uygulandı. Oral beslenme tamamen kesildi. 4 gün sonraki yapılan kontrolde alt flebin oturduğu ve beslenmesinin düzeldiği gözlemlendi. Dil kökünde açılmış olan sekonder fistül 2.5 cm boyutuna küçüldü. 3 gün süreyle lokal bakım yapıldı. Fistül boyutu 2 cm boyutuna indi. Hastanın genel durumu düzeldi. Daha sonra bu fistül ağzının epitelizasyonu ve mukozanın iyileşmesinin tamamlandığının gözlenmesi üzerine daire şeklinde avive edildi (Şekil 1C). Vertikal düzlemde mukozaya yüzeysel mukozaya gelecek şekilde 3:0 vicryl ile, ciltte cilde gelecek şekilde 3:0 ipekle matriks sütürlerle sütüre edildi. Sütür yerinden sekresyon kaçağı olmadığı gözlemlendi. 7 gün sonrası sütürler alınıp oral beslenmeye geçildi. Komplikasyon ve fistül nüksü izlenmedi (Şekil 1D, Resim 1).

Hasta ameliyat sonrası 40. gün radyoterapi alması amacıyla radyasyon onkolojisi kliniğine sevk edildi. Çıkarılan larenjektomi materyalinin patolojisinde cerrahi sınırdaki tümör izlenmedi.

Tartışma

Apron flep yaklaşımı ile boyun disseksiyonu ve total larenjektomi sonrası gelişen farenks ve ösofagus rekonstrüksiyonunu başarısız kılan fistüller hem flep açısından hem de hastanın genel durumu açısından son derece riskli ve istenmeyen bir durum oluşturmaktadır.⁵ Vakamızda da fistül nedeniyle tüm boyun dokuları enfekte oldu. Elektrolit ve protein kaybına bağlı genel durumu bozulmuştu. Yaptığımız fistül tamirinin kısa sürede başarılı olması fistül nedeniyle gecikebilecek olan RT'nin daha erken zamanda uygulanmasına olanak sağlamıştır.

Hastanın ameliyat öncesi genel durumu ve yaşa bağlı doku beslenme düzeyi gibi faktörlerle birlikte mukozal yüzeyde aşırı gerginlik, sütür hattında katlanma olması, dokuların düzenli ve en az 2-3 kat sütüre edilmesi gibi teknik faktörlerde fistül gelişim ve boyutunda önemli rol oynar. Sunulan olgu 68 yaşın-



Resim 1. Oluşan geniş fistülün kapatılmış son hali.
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

da, T4 larenks tümörü nedeniyle dil köküne yakın bölgeden aşırı doku eksize edilmek zorunda kalınan bir olgu idi. Bizim hastamız gibi ileri evreli hastalara yapılan operasyonlar boyun anatomik yapılarını travma, enfeksiyon ve beslenme bozukluğu problemi ile karşı karşıya bırakır. Bu tür operasyonların yapıldığı hastanın lezyonları geniş sahaya yayılmaları nedeniyle aşırı doku rezeksiyonunu gerekli kılar. Buna bağlı olarak faringoösofageal defektin rekonstrüksiyonunda istenen boyutta destekleyici doku bulunmayabilir. Yetersiz ve gergin yüzeylerin yaklaşımı doku beslenmesinin zorluğunda beraberinde getirir.¹

Fistül daima yeni yapılan neofarenksin lateral sütürleri yerinde bulunan derinin enfeksiyonu şeklinde olur. Çevre dokuların enfeksiyonuna, nekrozuna ve buna bağlı olarak doku kaybına neden olabilir.² Vakamızda apron flebin doku kaybına uğrayıp küçüldüğü ve stoma çevresi doku tahribatının başladığı gözlenmişti. Tüm boyun dokuları ve trakeastoma çevresi enfeksiyon ve beslenme yetersizliği nedeniyle maserasyona uğramıştı.

Başlangıçta kültür ve antibiyogram, gram(-) basile etkin parenteral antibiyotik tedavi gerekir. Fistül bir drenle kontrol edilebiliyorsa diğer dren çekilir. Kalan dren 5-7 gün daha durabilir. Şayet dren kontrol edemiyorsa yara açılmalı ve direkt kontrol sağlanmalıdır. Erken fistül traktunda serbest drenaja müsaade edilmelidir. Sargı yapımı diğer cildinde elevasyonuna yol açar. Fistül saptanırsa hemen bu bölge eksteriyorize edilmelidir. Deri flebinin elevasyonuna ve buna bağlı doku kaybına müsaade edilmemelidir.² Fistül stabilize olup geri kalan yara iyileşmişse baskılı bandaj kullanılabilir. Küçük fistüller 2-4 haftada kapanır. Fistülün cerrahi kapatımı boyutuna ve radyoterapi almış doku varlığına bağlıdır. Geniş fistüller primer kapanamazlar ve rekonstrüktif tekniklere ihtiyaç gösterirler.² Lokalize ve RT almamış boyundaki 2-3 cm'lik fistüller doku çevirme ve ilerletme flepleriyle tamir edilir. Fistül geniş ise deltopektoral, pektoralis major gibi rejyonal fleplerle veya serbest jejunal vasküler pediküllü fleple, gastrik pull-up teknikleriyle kapanımı sağlanabilmektedir.^{1,6,7} Primer kapatımı pek mümkün olamamaktadır.¹ Gastrik transpozisyon radyasyona uygulanmış olgularda güvenle uygulanabilir. Mide fundusu dil köküne anastomoze edilir. Bu teknik pnömotoraks, kanama, fistül oluşumu, regürjitasyon problemleri risklerine sahiptir. Fiziki durumu kötü hastalarda bunun yerine tek aşamada uygulanabilen tüp pektoralis major veya başka bir fleple tedavi önerilmektedir. Bu flepte yüksek oranda fistül oluşumu, distal anastomozda striktür gelişimi, flep kitlesinin fazla olmasına

bağlı disfaji görülebilir. Jejunal flep reperasyonunda fistül gelişimi küçüktür ve daima spontan kapanır. %5-10 oranında başarısızlık olabilir. Bu da arteriyel ve venöz anastomoza bağlı olarak gelişir. Yutkunma restorasyonunda %72 oranında başarı sağlar.^{4,8}

Uyguladığımız bu teknikle, apron flep insizyonu ile boyun disseksiyonu ve total larenjektomi uygulanan hastalarda gelişen geniş fistüllerde ek bir cerrahi girişime gereksinim duyulmadan ve daha az morbidite ile sonuçlanan 2 aşamalı primer fistül kapama tekniğimizin başarılı olduğu belirlenmiştir.

Kaynaklar

1. **Hamaker RC, Singer MI, Charles AG.** Pharyngocutaneous fistula. The method of the indianapolis head and neck surgery associates. Current therapy in otolaryngology head and neck surgery. 1st ed. Toronto-Philadelphia: Decker Inc; 1990. p. 258-61.
2. **Stanley E, Thawley M.** Cysts and tumors of the larynx. Vol. 3. Otolaryngology head and neck surgery. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. p. 1338-9.
3. **Silver CE, Rubin JS.** Atlas of head and neck surgery. 2nd ed. 1999. Churchill Livingstone; 1999. p. 255-63.
4. **Naumann HH.** Reconstruction of the neck. Head and Neck Surgery. 3rd ed. Vol. 3. New York: Thieme Medical Publishers; 1998. p. 330-1.
5. **Soprinho JC, Barbosa JF.** Psychologic preparation of the patient. Pre-trans-postoperative care. 1st ed. Surgical treatment of Head and Neck Tumors. 1998. p. 11.
6. **Myers EN.** The management of pharyngocutaneous fistula. *Arch Otolaryngol* 1972; 95: 10-7.
7. **Schuller DE.** Limitations of the pectoralis major myocutaneous flap in head and neck cancer reconstruction. *Arch Otolaryngol* 1980; 106: 709-14.
8. **de Vries EJ, Myers EN, Johnson JT, et al.** Jejunal interposition for repair of stricture or fistula after laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99: 496-8.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Resul Öztürk

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği
Şemsi Denizler Cad. E-5 Karayolu Cevizli Mevkii
Kartal 34890 İSTANBUL
Tel: (0216) 441 39 00
e-posta: drozturk@hotmail.com