

Korosif Özefajit Nedeniyle Yapılan Kolon İnterpozisyonda Gelişen Geç Komplikasyon: Retrosternal Kolon Obstrüksiyonu

Dr. Zafer FERAHKOŞE, Dr. Candan TUNCER, Dr. Selahattin ÜNAL, Dr. Ferit TANERİ

Özet: Koresiv özefajit nedeniyle, kolon interpozisyonu yapılan bir vakada 18 yıl sonra retrosternal kolonda ülser ve striktür gelişerek obstrüksiyon meydana gelmiştir. Kolon obstrüksiyonuna sebep olan redundant kolon, striktür segmenti ile birlikte çıkarılarak yeniden kologastrik anastomoz yapılmıştır. Kolon interpozisyonu sonrası gelişen komplikasyonlar sık olmasına rağmen (%20) torasik kolon obstrüksiyonunun nadir meydana geldiği ve nedenleri tartışılmıştır.

Summary: A LATE COMPLICATION OF COLONIC INTERPOSITION PERFORMED FOR CORROSIVE EOSOPHAGITIS: RETROSTERNAL COLONIC OBSTRUCTION

A case exemplifying obstruction due to ulcer and stricture formation in the retrosternal colon which was interposed 18 years ago for corrosive esophagitis is presented. The redundant colonic segment causing the obstruction was excised including the stricture region and cologastric reanastomosis was accomplished. Although complications following colon interposition are frequent (about 20%), this case of thoracic colonic obstruction, appearing 18 years postoperatively, was discussed for being a very rare and interesting late complication.

Anahtar Kelimeler: Koresiv özefajit, kolon interpozisyonu, kolon obstrüksiyonu

Key Words: Benign stricture, colon interposition, colon obstruction

Özefagusun benign ve malign striktürlerinde, yutma güçlüğünün düzeltilmesi, sindirim kanalının devamlılığının sağlanması tedavinin ana hedefidir. Benign striktürlerde, özellikle koresiv madde içiminden sonra, özefagus replasmanı, kolon veya jejunum ile gerçekleştirilmektedir. Özefagus karsinomalarında ise, rezeksiyondan sonra veya rezeke edilemeyen özefagus karsinomalarında, günümüzde mide replasmanı ilk seçilecek yöntemdir. Buna karşın, gastrik operasyon geçirmiş veya senkron gastrik malignite bulunanlarda, kolon veya jejunum transplant olarak kullanılmaktadır. (1)

İnterpozisyon operasyonları normal fonksiyonel bir yutma sağlamasına karşın, ortalama %5 oranda yüksek operatif mortalite ve %20 oranında morbiditeye sebep olmaktadır. Uzun süreli takiplerde, striktür en sık rastlanan komplikas-

yondur. Retrosternal kolon obstrüksiyonu nadir, fakat önemli komplikasyonlardan biridir. (2,3)

Bu yazıda, koresiv özefajit nedeniyle 22 yıl önce kolon interpozisyonu uygulanan bir hastada geç ve nadir bir komplikasyon olarak gelişen, retrosternal kolon obstrüksiyonu, vakası takdim edilecektir.

Vaka Takdimi

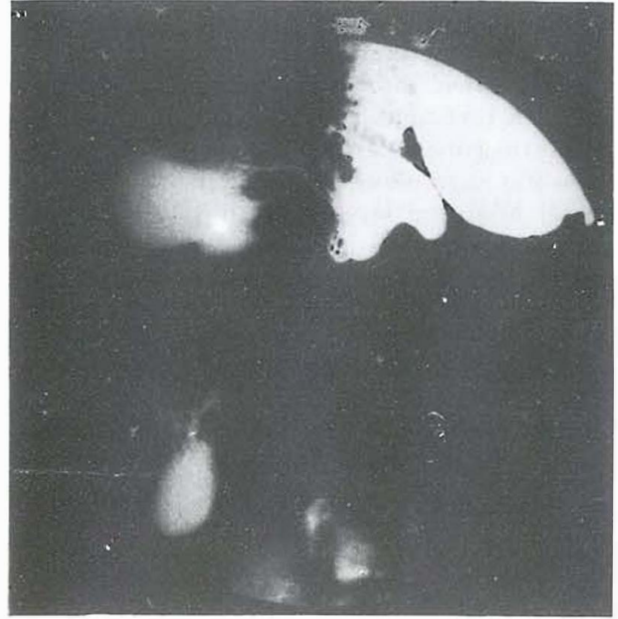
Gülseren Çakmak; 25 yaşında kadın hasta, yutma güçlüğü, retrosternal yanma ve yemek sonrası sırt üstü yatınca kusma şikayeti ile Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji kliniğine 3.11.1992 tarihinde yatırıldı. 3 yaşında koresiv madde içen hastaya bir ay sonra özefagus striktürü nedeniyle Hacettepe Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde retrosternal kolon interpozisyonu yapılmış. Son 3 yıl içinde, 5-6 kez hematemez ve melena şikayeti olduğu, son bir

Gazi Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi, Gastroenteroloji, ANB.

Tablo I: Kolon İnterpozisyonu Yapılan Olguda Görülen Postoperatif Komplikasyonlar

	%
Mantallite	5
Morbidite	20
Striktür	20
Redundansi	3
Gastrik boşalma obst	8
İB obst	2
Kolon nekrozu	8
Disfaji	61
Gastrik Ülser	3
Leak	14
Transplant Ülser	4
Geç reoperasyon rate	37

yıl içinde progresif olarak önce katı, sonra da sıvı gıdalara karşı yutma gücünü ve kusma geliştiği öğrenildi. 2 kez yapılan endoskopide 35 cm den ileriye endoskopun geçmediği ve anastomoz bölgesinde ülserasyonlar olduğu görüldü. Gıda artıklarının temizlenmesinden sonra yapılan baryumlu özefagus grafisinde mediastende ve sağ torax içinde dilate kolon segmentleri izlenmiş ve kolonik segmentlerde peristaltizmin olmadığı dikkati çekmişti. Opak maddenin mideye geçişinin 5 saatin sonunda ve minimal düzeyde olduğu tesbit edildi. (Resim 1). 45 gün oral beslenmeyen hastaya kliniğimize yatışından itibaren TPN uygulandı ve Genel Cerrahi kliniğine devredildi. Interpoze redundan kolon ve kologastrik anastomoz striktürüne bağlı obstrüksiyon ön tanısı ile 8.12.1992 tarihinde operasyona alındı. Eski orta hat insizyonundan karına girildiğinde; yapışıklıklar ayrıldıktan sonra sol kolonun transplante edildiği ve beslenmenin orta kolik arter orijinli olduğu, özefagus grafisinde mide zannedilen segmentin obstrüksiyon distalindeki kolon segmenti olduğu, kologastrik anastomozun mide ön yüzünde antrum-korpus bölgesine yapıldığı, anastomozun ve midenin normal olduğu tesbit edildi. Yukarı seviyedeki obstrüksiyona ulaşabilmek için sternotomi yapıldı. Dilate kolon segmentleri, obstrüksiyon yeri ve birbirine yapışmış kolon segmentleri serbestleştirildi. Redundansi düzeltilerek, obstrüksiyon bölgesini içine alacak şekilde rezeksiyon ve kologastrik reanastomoz yapıldı. Post operatif TPN sine devam edilen hastaya 9. gün n/g çekilerek oral başlandı.



Şekil 1 : Retrosternal toraks içinde obstrüksiyon posterer kolon.

Tartışma

Kolon interpozisyonu 1911 Kelling tarafından ilk defa uygulanmış sol kolik arterle beslenen transvers kolon kullanılmıştır. 1914 de Von Hacker ilk defa başarılı kolon interpozisyonunu bildirmiştir. Dale ve Sherman 1955 de ağ kolonu substernal olarak kullanmışlardır. (4)

Özefagus Ca ve bazı benign striktürlerde midenin aktif olarak kullanıldığı bildirilmektedir. Bunun başlıca nedeni, midenin arterial beslenmesinin mükemmel olması, tek anastomozun yeterli olması retrosternal redundansi ve obstrüksiyonun az görülmesidir. (1)

Korosiv striktürlerde ve midenin kullanılmadığı özefagus Ca larda kolon interpozisyonu tercih edilmektedir. Başarılı kolon interpozisyonu yeterli kan akımına ve yeterli kolon segmentine bağlıdır. Sağ kolonda marginal arter anomalisinin fazla olması nedeniyle, sol kolon sağ kolona nazaran daha çok tercih edilmektedir. (4)

Sağ kolon interpozisyonu kullanıldığında, terminal ileumun özefagusla anastomozunun

uyum sağladığı ve ileoçekal valvin regürjitasyonu önlediği bildirilmesine rağmen, sol kolonun marjinal beslenmesinin mükemmel ve duvar kalınlığının sağa nazaran daha iyi olduğu bildirilmiştir. Kolon interpozisyonunda izo ve anizo segment tartışması vardır. Sigeal ve Sigeal manometrik çalışmalarında kolon peristaltik aktivitesinin zayıf olduğunu, gıdanın yer çekimi ile indiği bildirilmişse de, asitli veya fazla gıda alımında propulsiv hareketin hakim olduğu ispatlanmış, buna göre izoperistaltik segmentin anzioperistaltik segmente göre daha üstün olduğu bildirilmiştir. (5,6) Eğer, retrosternal yol kullanılacaksa, retrosternal yeterli açıklık sağlanmalıdır. Torasik obstruksiyonu önlemek için angulasyon ve redundansi oluşturulmamalıdır. Retrosternal mortalite ve morbiditenin subkutan yola nazaran daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kaçak ve transplant nekrozu olduğu zaman emin bir yol olarak gözükmeyişi, eğer plevraya herniasyon olursa tarsplant nekrozu geliştiği Hung Seel, Dietrik, Mullen tarafından bildirilmiştir. (2,5)

Subkutanyol ise kozmetik olarak kötü bir görünüm sağlar ve uzun pedikul gerektirir. Özefago-kolonik anastomozda darlık meydana gelirse dilatasyonun güçlükle yapıldığı, oysa retrosternal yoldan daha emin bir yol olduğu, perforasyon ve nekrozun erken tanımlandığı ve mediastinal kontaminasyonun meydana gelmediği bildirilmiştir. (2)

Jejunum interpozisyonu ise, dar bir pedikul, geniş bir segment oluşturarak redundansi ve ar-

terial beslenme bozukluğuna sebep olduğu bildirilmiştir. (1) Kolon interpozisyonunda yukarıda bildirilen durumlar sağlanmasına karşın, ortalama %5 mortalite ve %20 morbidite bildirilmektedir. Literatürde saptanan mortalitenin %0-22 arasında olduğu, benign striktürlerde %3.8 malignitelerde % 21.8 olduğu aradaki farkın yaşlılık ve genel durum bozukluğundan kaynaklandığı bildirilmektedir. (Tablo 1).

Striktürün (%20-29) genellikle kaçak ile ilgili olduğu %90 nının dilatasyonla düzeldiği bildirilmiştir. (1-10) Kolon nekrozunun (ort %8) arteri- la pedikul torsiyonuna bağlı olduğu bazı durumlarda arterial kan akımı normal olmasına karşın minimal rotasyonun venoz emboliye neden olduğu rapor edilmektedir. (5,7)

Kolon obstruksiyonunun ise, vakamızda da belirtildiği gibi, diafragma seviyesinde veya torasik inlette meydana geldiği, asıl nedenin kolonun redundan bırakılmasına bağlı olduğu ve %1,7 oranında rastlanıldığı tesbit edilmektedir. Literatürde saptanan 4 redundan kolon vakasından 1 vakada obstruksiyonun 28 yıl sonra torasik inlette meydana geldiği ve dekompresyonla açıldığı, 84 vakalık diğer bir seride de, semptomatik redundansinin %1 vakada meydana geldiği fakat tam obstruksiyona neden olmadığı bildirilmiştir. (8-10)

Sonuç olarak, bu tür vakalarda ideal prosedür, komplet ve permanent disfajiyi ortadan kaldırmalı minimal komplikasyon ile gastrointestinal kanalın devamlılığı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Shackelford RT. Surgery of the Alimentary tract. Vol I Second edition. W.B Saunders p 881-845 1978.
2. Mullen DC, Postlethwait RW, Dillon ML. Complications of substernal Colon interposition. Am Surg 36: 2 80-84, 1970.
3. Demeester TR, Johanson KE. Indications, surgical technique and long term functional results of colon interposition or By pass Ann Surg 28: 4, 460-474, 1988.
4. Dawson JH: Subcutaneous placement of the left colon for esophageal By pass Am Surg 35: 8, 574-579, 1969.
5. Huang MH, Sung CV, Hsu HK: Reconstruction of the esophagus with the left colon. Ann Thorac Surg 48: 660-664, 1989.
6. Belsey R: Reconstruction of the esophagus with left colon. J. Thoracic and Cardiovas Surg. 49: 1 33-55,1965.
7. Isolauri J, Markkula H, Autio V: Colon interposition in the treatment of carcinoma of the esophagus and gastric cardia. Ann Thorac Surg 43: 420-424, 1987.
8. Kelly JP, Shackelford GD, Roper CL: Esophageal replacement with colon in children: Functional results and long-term growth Ann of Thorac Surg 36:6 634-643, 1983.
9. El-Domeiri A, Martini N, Beattie EJ: Esophageal reconstruction by colon interposition. Arch Surg 100: 358-362, 1970.
10. Neville WE, Najem AZ: Colon replacement of the esophagus for congenital and benign disease Ann Thorac Surg 36:6 626-633, 1983.