

FARİNGOKUTANÖZ FİSTÜLÜN TEDAVİSİNDE BASİT GÜVENLİ BİR YÖNTEM: LOKAL TURNOVER FLEP KULLANIMI

A SIMPLE AND RELIABLE REPAIR METHOD FOR PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA: TURNOVER FLAP PROCEDURE

*Cenk Demirdöver, **Barış Şahin, **Heval Selman Özkan, **Hasan Yücel Öztan

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

**İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

ÖZET

Berberinde boyun diseksiyonlarının da yapıldığı tümör rezeksiyonları sonrasında faringokutanöz fistül oluşumu hiç de seyrek değildir. Bu bölgedeki lokal dokuların sınırlı olması, baş-boyun bölgesinin kompleks anatomik yapısı, tümör eksizeyonu öncesi ya da sonrasında radyoterapi uygulanması, çevre dokuların kontamine olması, hipersalivasyon, eşlik eden sistemik hastalıklar bu fistüllerin tedavisini güçleştirmektedir. Bu çalışmada, geniş faringokutanöz fistülü olan bir olguda fistülün, basit ve göreceli olarak güvenli bir yöntemle kapatılması sunulmaktadır.

ABSTRACT

Pharyngo-cutaneous fistulas are not uncommon after tumor resections and/or neck dissections. Due to limited local tissue sources, complex anatomy of the region, pre- or post-operative radiotherapy, highly contaminated environment, patient related factors such as hypersalivation, and comorbid diseases, reconstruction of these defects might be challenging. In this study, we present a simple and relatively reliable method used in repair of an extensive pharyngo-cutaneous fistula.

GİRİŞ

Total larinjektomi sonrasında gelişen faringokutanöz fistüllerin insidansı %7,4 ile %65 arasında değişmektedir.¹ Bu tür fistüllerin tedavisi birçok zorluk içermektedir. Küçük fistüller genellikle kendiliğinden iyileşmekte, ancak geniş olanlarının kapanması için cerrahi girişim gerektirmektedir. Geçirilmiş operasyonlar, cerrahi tedavi sonrası uygulanan radyoterapi bu hastaların tedavisini güçleştirmektedir. Öte yandan bu tür hastalarda sıkça görülen malnütrisyon ve devam eden tükürük kaçağı da yara iyileşmesine olumsuz yönde etkilemektedir. Önceki cerrahi girişimler ve/veya radyoterapiye bağlı gelişen yoğun fibrozis, lokal pediküllü flep kullanımını ya da serbest doku aktarımı için alıcı damar bulunmasını zorlaştırmaktadır.^{2,3} Bütün olumsuz etkenler göz önünde bulundurulduğunda, yapılacak rekonstrüktif girişimin majör komplikasyon yüzdesi düşük olmalı, hastanın günlük hayatına operasyon sonrasında en kısa zamanda dönmesi amaçlanmalıdır.

Bu çalışmada, supraglottik larinks karsinomu nedeni ile total larinjektomi uygulanmış ve sonrasında oldukça geniş bir faringokutanöz fistül oluşmuş ve fistülü kapatmaya yönelik birçok cerrahi girişimin başarısız olduğu olgunun özefagus ön duvarındaki defektinin lokal turnover flepleri ile rekonstrükte edilmesi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU VE CERRAHİ TEKNİK

Supraglottik larinks karsinomu nedeniyle total larinjektomi, bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu ve postoperatif radyoterapi alan 60 yaşındaki erkek olgu, farinks-servikal özefagus bileşkesinden başlayan, 3x8 cm.lik faringokutanöz fistül nedeniyle kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Hastanın 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın tümör rezeksiyonunun yapıldığı klinikte primer onarım da dahil olmak üzere, her defasında fistül büyüklüğünün daha da arttığı birçok başarısız cerrahi girişim söz konusuydu. Hasta kayıtlarından, fistül onarımı için başvurduğu bir başka klinikte pektoralis major kas-deri flebi ile özefagus rekonstrüksiyonu uygulandığı, ancak postoperatif dönemde flepte herhangi bir problem olmadığı halde flebin farinks ile ağızlaştırılan ucundan ayrılma olduğu öğrenildi.

Lokal muayenede, trakeostomi stomasının 3 cm süperioründen başlayan 3x8 cm.lik fistül ağzı ve çevre dokularda yaygın fibrozis saptandı. Genel durum bozukluğu ve ağır malnütrisyon nedeniyle hastanın uzun süreli bir operasyonu tolere edemeyecek olduğu düşünüldü ve lokal turnover fleplerle mevcut fistülün kapatılmasına karar verildi. Bunun üzerine fistülün her iki tarafından medial bazlı turnover flepler eleve edildi. Flepler, orta hatta birbirle-



Şekil 1: Total larinjektomi sonrasında gelişen faringokutanöz fistülün preoperatif görünümü



Şekil 2: Lokal turnover flepler ve fasyokutan flep ile çift kat kapamanın ardından hastanın postoperatif 1. yıl görünümü

rine, süperiorde faringeal mukozaya, inferiorde ise servikal özefagus mukozasına sütüre edildi. Bu tek kat kapamanın üzeri de süperior bazlı fasyokutan transpozisyon flebi ile kapatıldı (Şekil 2). Erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmeyen olguya, 3. haftada per oral sıvı alımına izin verildi. Olgunun postoperatif 3. yıl izleminde servikal özefagus segmentinde stenoz ya da yutma güçlüğü saptanmadı.

TARTIŞMA

Faringokutanöz fistül gelişmesi, total larinjektomi sonrasında göreceli olarak sık bir komplikasyondur. Bu tür fistüllerin insidansı %7,4 ile %65 arasında değişmektedir.¹ Radyoterapi, geçirilmiş boyun diseksiyonu, trakeostomi, malnütrisyon fistül oluşmasında etkilidir. Uygun yara bakımı, baskılı pansuman, sık aspirasyon, nekrotik dokuların debridmanı, nazogastrik besleme ve gerektiğinde antibiyoterapi, fistül tedavisinde yapılması gereken ilk basamak tedavilerindendir. Bu yöntemlerle küçük ve orta boyuttaki fistüllerin kendiliğinden iyileşmesi beklenebilir.^{2,3}

Konservatif tedavinin başarısız olduğu durumlarda rekonstrüktif cerrahi girişimler gerekmektedir. Fistülü kapatabilmek için yeterli mukozanın bulunduğu durumlarda nazogastrik tüp çevresinde primer kapama yapılabilir. Primer kapamanın uygun olmadığı durumlarda submental flep gibi lokal cilt flepleri kullanılabilir.³ Deltopektoral flep, pektoralis major, latissimus dorsi flepleri pediküllü flep alternatiflerindedir.⁴ Fabrizio ve ark. faringokutanöz fistülü onarmak için ada şeklinde süperfisiyal temporal arter flebi kullanmıştır.² Tek seansta geniş fistüller onarımında serbest intestinal flepler, kolon interpozisyonu kullanılabilir, ancak bu yöntemlerde abdominal bir cerrahi girişim gerekmekte ve bu durum da morbidite ve komplikasyon oranını artırmaktadır. Bu nedenle bu operasyonlar geniş bir uygulama alanı bulamamıştır.⁵ Radyal önkol flebi gibi serbest fasyokutanöz flepler, hastanın genel durumu uygun olduğunda tercih edilen rekonstrüksiyon seçenekleri arasındadır.⁶

Faringokutanöz fistül tedavisinde ideal bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Seçilecek cerrahi teknik, normal anatomiyi oluşturabilmeli, hasta, gıdaları aspire etmeden yutma fonksiyonunu yerine getirebilmelidir. Ancak ne yazık ki her hasta için geçerli tek bir cerrahi yöntem mevcut değildir. Her hasta ayrı ayrı değerlendirilerek tedavi seçeneği hastaya göre belirlenmelidir. Tedavi planlanırken; hastaya ait risk faktörleri göz önünde bulundurularak düşük morbidite ve mortaliteye sahip, oral beslenmeye en hızlı sürede geçişe olanak veren, hastanede kalış süresi en az olan yöntemler tercih edilmelidir.

Bu çalışmada sunulan hastaya geniş bir tümör rezeksiyonu uygulanmış olması, sonrasında aldığı radyoterapi, fistülün kapatılmasına yönelik çok sayıda başarısız cerrahi girişimler ve bütün bunların oluşturduğu yaygın fibrozis, başarı şansını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna ek olarak, uzun süreli malnütrisyon maruz kalma, hastanın genel durumunu ve yara iyileşmesini de etkilemektedir. Bütün bu etkenler göz önünde bulundurulduğunda, bu olguda kullanılan lokal turnover flepler ile fistül kapatılması basit ve güvenli bir seçenek olarak ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ

Operasyon süresinin kısa olması, oral beslenmeye kısa sürede geçişe olanak vermesi, kolay ve basitçe uygulanabilir olması, özel bir ekipman gerektirmemesi gibi sahip olduğu avantajlar nedeniyle, uzun süreli cerrahi girişimleri tolere edemeyecek hastalarda lokal turnover fleplerin bu tür geniş faringokutanöz fistüllerin onarımında tedavi seçenekleri arasında bulundurulabileceği kanaatindeyiz.

Dr. Barış ŞAHİN
215 Sk No:58/5 Basınsitesi
İzmir/Türkiye
Tel: 0232 245122
E-posta: drbsahin@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Abood A, Halvorson E, Pusic A, Mehrara B. A modified 'paddle-flap' for reconstruction of a large pharyngo-cutaneous fistula and anterior neck defect. Another tool in the anterolateral thigh's box. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009 Jun;62(6):e142-4. Epub 2008 Nov 5.
2. Fabrizio T, Donati V, Nava M. Repair of the pharyngocutaneous fistula with a fasciocutaneous island flap pedicled on the superficial temporalis artery. Plast Reconstr Surg. 2000 Dec;106(7):1573-6.
3. Demir Z, Velidedeoğlu H, Celebioğlu S. Repair of pharyngocutaneous fistulas with the submental artery island flap. Plast Reconstr Surg. 2005 Jan;115(1):38-44.
4. Robb, G. L., and Swartz, W. M. Pharyngocutaneous fistulas: Management with one-stage flap reconstruction. Ann. Plast. Surg. 1986;16: 125
5. McCarthy CM, Kraus DH, Cordeiro PG Tracheostomal and cervical esophageal reconstruction with combined deltopectoral flap and microvascular free jejunal transfer after central neck exenteration. Plast Reconstr Surg. 2005 Apr 15;115(5):1304-10
6. Yu P. One-stage reconstruction of complex pharyngoesophageal, tracheal, and anterior neck defects Plast Reconstr Surg. 2005 Sep 15;116(4):949-56