

ÇOCUKLARDA ÖZEFAGUS STRİKTÜRLERİ

Erdoğan Yalav*

Dünya çocuk yılı olarak belirlenen bu yılda kendi çalışma açımız yönünden bir değerlendirme yaptığımızda çocuklara ait koroziv madde özefageal striktürlerinin son yıllarda büyük bir artış gösterdiğini görmekteyiz. Sosyal ve ekonomik değişen faktörlerin hemen her eve soktuğu çamaşır suyu ve diğer temizleyicilerin çokluğu kadar satış için gereken atraktiv görünümününinde bu problemin ortaya çıkmasında bir neden olduğu muhakkaktır. Piyasadaki maddelerin saflığı ile orantılı olarak meydana çıkan hastalık tablosu trajektir.

Özefageal yanıklara sebep olan şimik maddeler istatistik olarak en fazla alkaliyen kostiklerdir. Bu kostik maddelerin temizleyici nitelikte bir çok deriveleri bulunmasına rağmen evlerde günlük işlerde kullanılan çeşitleri, sodyum karbonat yani çamaşır sodası ile sodyum metasilikat yani bulaşık deterjanı, amonyum suyu (lavabo temizleyicisi) alkaliyenleridir. Asitler daha az oranda kullanıldığı için daha az problemlere rastlanmaktadır. Bu arada yine temizlik işlerinde kullanılan nitrik, sülfürik, hidroklorik gibi asit maddeler bulunmaktadır.

Bu koroziv maddelerin özefagusta ne kadar zarar getirebileceği belirlenemez. Alınan maddelerin konsantrasyonu, miktarı, hemen acil olarak yapılan tedavinin etkinliği patolojiyi değiştiren önemli faktörlerdir. Alkaliyen koroziv maddeler dokularda likefaksiyon nekrozu meydana getirirler. Doku yağları ve proteinler hemen sabunlaşır. Kan damarları süratle tromboze olur, sellüler derin nekroz ve degenerasyon meydana gelir. Alkaliyen dokuya asitlerden daha fazla penetre olma özelliğine sahiptirler. Dokunun bütün kalınlığına etkin bir biçimde nekroza sebep olurlar. Yapılan deneylerde % 3.8 konsantrasyondaki NaOH solüsyonunun 10 dakika teması ile özefagus mukoza, submukoza ve longitudinal liflerinde nekroz husule geldiği görülmektedir. Konsantrasyon % 10 olunca özefagus bütün derinliğince nekroz olmakta, % 20 lik konsantrasyonda ise süratle perforasyonlar husule gelmektedir. Halen piyasada derişik olarak bulunan çamaşır sularının konsantrasyo-

* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs ve Kalp Cer. Kürsüsü Profesörü

nunun % 3,5-4 civarında olduğu fakat bazı ilave ilâçlarla daha fazla miktarda sodyum aktive ettiği bilinmektedir.

Deneylerde koroziv madde alındığı zaman cricofarengeal adelede spazmın geliştiği görülmektedir. Böylelikle koroziv maddenin özefagusa girmemesi temin edilmiş olur. Ancak bu spazm ile birlikte gelişen koordinasyon bozukluğu ile koroziv maddenin larenkse aspire edilmesi büyük bir oranda meydana gelmektedir. Özefagusa geçebilen koroziv madde hızla mideye doğru itilir. Bu normalin çok üstündeki geçişi hemen ters peristaltizm takip ederek içilen muhteva tekrar özefagusa geçer. Deney hayvanında bu periodik çalkantı 3-5 dakika süre ile devam eder ve sonra plor gevşiyerek antegrad peristaltizmle sıvı duodenuma geçer. Anestezi altında yapılan bu deneylerin fizyopatolojisinin insanlarda da aynı olduğu kanısına varmak yanlış olmayacaktır. Çünkü hayvanlarda gelişen striktürler insanlardakine tıpatıp uymaktadır.

Koroziv özefagus yanıklarını 3 dereceli olarak tanımlamak gerekir. 1° de yanık süperfisiyel olup mukozada hiperemi ve ödem olarak kendini belli eder. 2° de transmukozal ülserasyon ve mukoza kaybı mevcuttur, 3° yanıklarda ise bütün özefagus dokusunun içine alan ve perforasyonlara sebep olan doku kaybı mevcuttur. Genellikle ilk 4 gün içerisinde akut inflamatuvar bir oluşum gözükür, hücre proteinleri kuagüle olur. Hücre nekrozu gelişir, kan damarları Trombozedir. Mukozada hemoraji vardır. Süratle bakteriyel infiltrasyon tabloya hakim olur. 4. günden sonra 15 gün kadar süren bir subakut dönem başlar nekrotik dokular düşer, granülasyon yeni doku özefagusun normal fizyolojik yapısı olan sekresyon yapıcı elastisite ve dedir. 3 ve 4. haftalardan sonra skatrizasyon dönemine girilir. Submukoza ve muskular tabaka fibröz dokuya dönüşür. Özefagus çevre dokularda yapışıklıklar meydana getirir. 6. haftadan sonra reepitelizasyon tamamlanır. Ancak meydana gelen yeni doku özefagusun normal fizyolojik yapısı olan sekresyon yapıcı elastisite ve peristaltizm özelliklerini kaybeder. Meydana gelen striktür annüler kısa segmentli, uzun bir segmenti tutan, tek veya başka başka seviyelerde meydana gelebilir. Genellikle özefagusun sol ana bronküsü çaprazladığı ve alt 1/3 anatomik darlığında striktürlerin daha büyük oranda olduğu görülmektedir.

Ciddi yanıklarda ağız çevresinden yani labio-orofarengeal bölgeden patoloji başlıyarak bütün özefagus boyunca hatta mideye kadar yanıklar meydana gelebilmektedir. Hastaların gösterdiği klinik tabloya göre perforasyon ihtimalini daima hatıra getirmek faydalı olmaktadır.

Tedavide tartışılan 3 önemli konu vardır :

1. Acil tedavi
2. Striktür tedavisi
3. Muvaffak olunamıyan vakalarda cerrahi tedavi,

ACİL TEDAVİ :

Alkalenler için hastaya hemen o anda süt, su, meyva suları, dilüe sirke içirmeli, yumurta beyazı, tereyağı, zeytin veya mineral yağlar denenmelidir. Hastaları kusturmaya çalışmak, gastrik lavaj yapmak ve emetik kullanmak büyük hatalara sebep olmaktadır.

Asidler için : aynı maddeler kullanılmakta yalnız sirke yerine dilüe sabun süsyonları aleminyum hidroksit kullanılmalıdır. Hadise olur olmaz alınan bu acil tedbirler yanı sıra hemen geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanıp piyasada bulunan antiasid ve absorban maddelerle, teskin edici ilaçların kullanılması gerekir. Ciddi sorunların ortaya çıkabileceği vakalarda hasta hastaneye kabul edilip şok tedavisi uygulanması gerekir. İntravenöz sıvı, sedasyon ve antibiyotik kullanılması, rutin yapılmalıdır. Faringolärengal seviyede meydana gelmiş yanıklarda hastada süratle gelişen dispne ve stridorun ortadan kaldırılması için trakeostomi uygulanmalıdır. Hastalığın bu devresinde birçok klinisyenler tarafından münakaşa konusu olan iki önemli sorun vardır. 1. Kortikosteroidlerin kullanılması ve 2. özefagoskopinin yapılıp yapılmaması keyfiyetidir. Kortikosteroidlerin kullanılması striktür teşekkülüne mani olması bakımından faydalıdır. Antibiyotiklerin kullanılması nasıl bakteriyel enfeksiyonlardan ve enfeksiyonun yayılmasından hastayı kurtarıyorsa steroidlerde striktür gelişimini inhibe etmesi yönünden faydalı olmaktadır, ancak steroidlerin mediastinal dokuların enfeksiyon semptomlarını maskeleymesi, iyilişmeyi geciktirmesi göz önüne alınmalıdır.

İnfeksiyonunda striktür gelişiminde önemli bir etken olacağı gözönüne alınırsa enfeksiyon destekleyici steroidlerin ancak zamanında kullanılması ve antibiyotik kortikosteroid kombinasyonunun çok iyi değerlendirilerek zamanında kullanılması gerekmektedir. İstatistik olarak 1977 yayınının Campbell'e ait vakalarını gözönüne getirerek önemli hakikatleri görürüz. Sadece observe edilen ve hiçbir ilaç verilmeyen 18 hastanın 15 inde % 83 striktür gelişmiştir. Sadece kortikosteroid verilen 4 hastanın hiçbirinde gelişmemiş sadece antibiyotik verilen 2 hastadan 1 inde striktür (% 50) gelişmiş kortikosteroid ve antibiyotiklerin beraber verildiği 16 vakadan 2 vakada striktür % 13 vakada gelişmiştir. Bu istatistikler bize kortikostereoid ve antibiyotik kullanmanın başarısını açık olarak ortaya koymaktadır.

Özefagustaki hadisenin mevcudiyeti, derecesi ve ona göre antibiyotik ve kortikosteroidlerin kullanılıp kullanılmaması lezyonun görülmesiyle karar verilecek hususlardır. Bu ise özefagoskopik inceleme ile kabildir. Acaba özefagoskopi yapılmalı mı veyahutta geciktirilerek mi yapılmalıdır?. Burada şahsı kanımız özefagoskopinin akut fazda kullanılmasının fevkalade zararlı olacağıdır, hatta varsayımlar üzerinde bir tedavinin özefagoskopiden daha emin bir metod olduğu kabul etmenin faydalı olacağı kanısındayız. Striktüre mani olunması için bujinaj veya hastaları beslemek için nazogastrik tüp tatbikide kesin perforasyon riski taşımaktadır. Erken bujinajın başarılı olmasına rağmen riski yanında hemen kullanılmaması lazımdır. Ayrıca steroid kullanıldığı için vakalarda bu tip girişimlerin geciktirilmesi mecburiyeti vardır. Steroid tedavisi 4-6 hafta devam ettikten sonra kesilmelidir. Bujinaj hadiseden 3-4 hafta sonra yapılmalıdır. Hatta imkan olursa hasta steroid alıyorken yapılmamalıdır. Bujinajda peroral gastrostomi yoluyla retrograd bujinajlar denebilir, değişik çapta Maloney veya Hurst civa dolu bujileri kullanılabilir.

Röntgenografik çalışmalar özefageal yanığın yaygınlığını göstermede yardımcıdır ancak özefagoskopik inceleme tanıda daha büyük etkinlik taşır.

Özefagus dokusunun büyük zarara uğradığı durumlarda dilatasyon yerine cerrahi metodlarla rezeksiyon ve rekonstrüksiyonu düşünmek gerekir. Birçok otorlerin üzerinde çalıştığı ve münakaşa ettiği yanık özefagusun çıkarılıp çıkarılmama keyfiyeti kanımızca münakaşaya açık olmayacak şekilde tümöral gelişmeye sebep olacakları için çıkarılmalıdır. Problem ağız ile mide arasındaki harabolmuş ve çıkartılmış özefagusun yerine bir replasman yapmaktır. Farenks mide arasında pasajı temin için mide, jejunum veya kolon segmenti seçilebilir. Bu organlar antesternal subcutane, retrosternal veya torakal yolla tatbik edilir. Her cerrahi ünitenin kendi kabul ettiği ve diğer usullere göre daha muaffak olduğu metodlar vardır. Biz bu metodlar içerisinde midneyi çıkarılan özefagusun anatomik yerine uygun olarak koymayı ve rekonstrüksiyonu bu yönde uygulamayı öngörmekteyiz. Midenin özefagusa yakın olması, midenin bütün cerrahi travmalara mukavim olması, iyi beslenmesi kendi ünitemizde mortalitenin düşük olması ve yaptığımız fizyolojik incelemelerde mide boşalmasının bir problem teşkil etmemesi ile bu metodu geniş bir oranda kullanmaktayız.

Serimizdeki vakaların incelenmesine gelince : İlk ve acil tedaviye tabi tutulan hasta sayısı çok azdır. Bunda halkın kültür düzeyinin düşük olması herhalde baş etkindir. Grubumuzda bu yüzden tedavi daha ziyade striktür ve rekonstrüktif cerrahi tedavi üzerinde yoğunlaştırılmıştır. Uzun süre kendi çevresel imkânları ile iyileştirilmeye çalışılan ve kaşektik durumda müracaat eden vakaların beslenebilmesi için birçoklarında gastrostomi uygulanması mecburiyetinde kalınmış ancak bu şekilde bir yaklaşım ile sitriktürlerin durumları saptanabilmiş ve gereken tedavi yöntemleri uygulanabilmiştir.

Serimizde yaş ortalaması şu şekilde görülmektedir :

0 - 10 yaş arası	12 vaka
11 - 20 yaş arası	7 vaka
21 - 30 yaş arası	5 vaka
31 - 40 yaş arası	2 vaka
41 - 50 yaş arası	2 vaka yaş ortalaması 18.9

Erkek/Kadın oranı 17/11 idi.

Kaza ile koroziv madde içenlerin sayısı 25, bilerek intihar kasdı ile koroziv madde içenlerin sayısı 3 dür. Kaza ile içenlerin yaş ortalaması 9.6 intihar kasdı ile içenlerin yaş ortalaması 28.4 dür.

Her iki grupta ilk tedavinin hekimlerce uygulanması % 55 vak'ada tesbit edilmiştir.

Hastaların koroziv maddeleri alımından hemen sonra kliniğimize müracaatı ancak 3 vakada olduğu için antibiyotik ve kortizon kullanımının değerini tam olarak saptayamadık. Hastalar kliniğimize koroziv madde alımından sonra 20 gün ila 6 ay arasında müracaat etmişlerdir. Kliniğimize müracaattan sonra yalnız antibiyotik alanlar 3 vak'ada, yalnız kortizon alanlar 1 vakada, her ikisini birden alanlar 11 vakada tesbit edilmiştir.

Vakalarımızda içilen maddeler	:
Sudkostik (NaOH)	: 6
Çamaşır suyu (sodyum hipoclorid)	: 11
Asid	: 6
Sublime	: 1
Amonyak	: 1
Tesbit edilemeyenler	: 5

Hastalardaki semptomlar :

Disfaji	28 hastada
Zayıflama	19 hastada
Retrosternal ağrı	14 hastada

Regürjitasyon 12 hastada

Hematemez 8 hastada

Sulu gıda ile oluşan öksürük 5 hastada

Ağızda pis koku 4 hastada tesbit edilmiştir.

Striktür şikayetlerinin ortaya çıkış süresi genel olarak hastaların kliniğimize müracaatları sırasında dolmuştur. 5. günden sonra granülasyon dokusu oluşumunu beklediğimiz hastaların büyük bir ekseriyeti 20. günden sonra müracaat etmişlerdir. Farenkste koroziv yanık olan 1 vaka kazadan hemen sonra servikal darlık olan 6 vaka ise 1-20 gün sonra müracaat etmişlerdi, bu vak'a ardan 5 inde striktür formasyonu gelişmişti. Orta 1/3 darlıkta striktür bulunan 9 vaka ortalama 2 ay sonra ve alt 1/3 darlıkta koroziv yanık olan 12 vakada striktür şikâyetleri ile kliniğimize müracaatları 1-3 ay arasında değişmekte idi.

Gıda alamama ve devamlı iyon kaybını telafi edebilme için 12 vakada İV tedavi uygulanmıştır. Yapılan laboratuvar kontroller ile sıvı ve elektrolit kayıpları bu yolla temin edilmiştir. Protein ve karbonhidrat kaybı ise pasaja müsait olmayan 6 vakada gastrostomi ile yaşa ve kiloya göre diyetisyenlerin kontrolünde günde 5000 kaloriye kadar çıkan diyet ile temin edilmiştir.

Tedavi için kliniğimize müracaat eden hastaların hepsinde striktür gelişmişti. Striktürlerin tedavisinde 14 hastaya dilatasyon uygulanmıştır. Bunlarda 10 hastaya buji ile 2 hastaya rijid özefagoskop ile 2 hastayada retrograd (gastrostomi) yoluyla dilatasyon uygulanmıştır. Dilatasyon en kısa 3 hafta en uzun 6 ay devam etmiştir. Dilatasyon uygulananlarda şifa nisbeti % 65 olmuş ve hastalar bir daha takibe gelmemişlerdir. Dilatasyonla tedavi edilmeyen 14 striktür cerrahi tedaviye alınmış ve rekonstrüktif cerrahi olarak özefagogastrostomi yapılmıştır. Cerrahi tedavi uygulanan vak'aların hemen hepsi postoperatif dönemi komplikasyonsuz olarak geçirmişler ve 6 ay içerisinde süratle kilo almışlardır. Bu cerrahi seri içerisinde ölüm olmamıştır.

Bütün Dünyada çocuk yılı olarak kabul edilmiş bu yılda evlerimize büyük reklamlarla ve çekici renklerle sunulan temizleyici maddelerin çocuklardan korunabilir tarzda yazılar ihtiva etmemesi ve büyüklerin dikkatini çekici yönde bir eğitime gidilmemesi üzücüdür.