

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

## İzole H Tipi Trakeo-Özofageal Fistül Olgusu

A Case of H Type Isolated Tracheo-oesophageal Fistula

Hıdır ESME<sup>1</sup>, Ferdane Melike DURAN<sup>1</sup>, Mustafa ÇALIK<sup>1</sup>, Nuri DÜZGÜN, Süleyman Emre AKIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

Geliş Tarihi / Received: 13.06.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 02.12.2013

### ÖZET

H-tipi fistül, nadir görülen izole bir trakea-özofageal fistül (TÖF) şeklindedir. Bu terim, trakea arka duvarı ve yemek borusu ön duvarı arasında 'H' şekli oluşturan oblik bir bağlantıdan gelir. Tipik olarak, tanı yaşamın üçüncü yılından önce konulur. Ancak bazı raporlarda kronik öksürük ve sık solunum yolu enfeksiyonu tanıları ile takip edilen ve yetişkin yaş grubunda tanı alan olgular da bildirilmiştir. Bu yazımızda izole H tipi trakeo-özofageal fistüllü, beslenme ile morarma ve hırıltı şikayeti olan 13 aylık bir erkek hasta literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital; trakeo-özofageal fistül; H tipi fistül.

### ABSTRACT

H-type fistula is a rare, isolated form of tracheo-oesophageal fistula (TEF). This term refers to a connection at an oblique course between the posterior wall of the trachea and the anterior wall of the esophagus, presenting as an 'H' form. Typically, the diagnosis is made before the third year of life; however, some reports have been made of late presentation in adults who present chronic cough and frequent respiratory infections. We present thirteen month-old male patient, complaints of wheezing and bruising of the diet with a H type TEF.

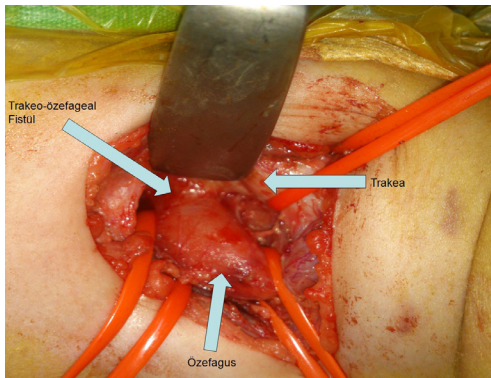
**Keywords:** Congenital; tracheo-oesophageal fistula; H-type fistula.

## GİRİŞ

Trakeoözofageal fistül (TÖF), konjenital özofagus anomalilerinin % 1'den azını oluşturur (1). TÖF tanısı genellikle neonatal dönemde konmaktadır (2). Bununla birlikte konjenital TÖF olgularının 1/4'ü adölesan ve erişkin dönemde ortaya çıkabilmektedir (3). H-tipi fistül çoğunlukla çocuklarda görülür. Yetişkinlerde nadir olarak karşımıza çıkar. Klinik bulgular arasında sıvı gıdalarla oluşan şiddetli öksürük, yiyeceklerle karışık balgam ekspektorasyonu sık karşımıza çıkarken; göğüs ağrısı ve hemoptizi ise nadir olarak görülür (4). Bu yazımızda beslenme ile morarma ve hırıltı şikayeti olan izole H tipi trakeo-özofageal fistüllü, 13 aylık bir erkek hasta literatür eşliğinde sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Onüç aylık erkek hasta, özellikle beslenmeyle oluşan öksürük, hırıltı ve morarma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede tüm zonlarda solunum seslerinde kabalaşma dışında patolojik bulgu saptanmadı. Mevcut akciğer enfeksiyonu için medikal tedavi verildi. Tanı amaçlı baryumlu Özofagus grafisi çekilmeye çalışıldı, ancak baryumu aspire eden hastada işlem sonlandırıldı. Ardından hastaya tanısal rijid bronkoskopi yapıldı ve eş zamanlı takılan nazogastrik sondadan metilen mavisi verildi. İşlem sırasında metilen mavisinin trakea orta kısmı posteriorduvarı geldiği görüldü. Bunun üzerine hasta preoperatif hazırlandıktan sonra sol presternokleidomastoid insizyonla boyun açıldı. Önce trakea ardından özofagus askıya alındıktan sonra; trakea orta hat poseterolateral duvar ile özofagus arasında uzanan fistül ortaya çıkarıldı (**Şekil 1**). Endoskopik lineer



**Şekil 1:** Trakea ve özofagus arasında uzanan 'H' tipi fistül görülmekte.

stapler kullanılarak fistül kesildi. Strep kaslar serbestleştirilerek trake ve özofagus arasından prevertebral fasyaya dikildi. 7 gün TPN ile beslenen hastaya 8. gün oral başlandı, komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Hastanın takiplerinde nüks görülmedi.

## TARTIŞMA

Özofagusun en sık görülen konjenital anomalileri özofagus atrezisi ve TÖF'dür. H-tipi fistülde özofagus atrezisi olmadığı için teşhis gecikebilir. Tanıda gecikmenin asıl nedeni 'H' tipi olarak bilinen fistülün aslında şekil olarak 'N' şeklinde olması ve trakeal ağzın yukarıda olması nedeni ile aspirasyonun az veya seyrek olmasına bağlıdır (5). Yine de belirgin klinik özellikleri olan H tipi TÖF genellikle doğumdan kısa bir süre sonra teşhis edilir. H tipi TÖF'de her iki yapı arasındaki basınç değişiklikleri nedeni ile yemek borusu içerisine hava ya da trakea içerisine besin artıkları girmesine neden olabilir. Bu durumda klinik bulgular siyanoz, öksürük, boğulma, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları şeklindedir.

TÖF'de erken tanının amacı; aspirasyon pnömonisinin ve oluşabilecek gelişme geriliğinin önlenmesidir. İzole TÖF tanısında, sinefloroskopi, baryumlu özofagus incelemesi, özofagoskopi veya bronkoskopiden yararlanılır. Baryumlu grafiler ile tanı konulamayan olgularda metilen mavisi eşliğinde yapılan özofagoskopi ve bronkoskopi tanıya yardımcı olur.

TÖF çocukluk çağına genellikle cerrahi olarak onarılmaktadır. H-tipi fistül cerrahi onarımı ilk olarak 1939 yılında Imperatori tarafından bildirilmiştir (6, 7). Cerrahi sırasında özofagus explore edilirken rekürren laringeal sinir dikkatle korunmalıdır. Özofagus içinden geçirilen kateter yardımıyla fistül ortaya konduktan sonra kesilerek özofagus ve trakeal ağzlar 5/0 prolent ya da ipek sütürler ile kapatılır. Biz ise branşımızda olan teknolojik gelişmeleri çalışmalarımıza adapte ederek fistülü stapler ile kestik ve diktik. Özofagus atrezisiyle birlikte olan TÖF'ün cerrahi tedavisinde fistül onarımı ve primer uç-uca anastomoz uygulanmaktadır. Fistülün klavikula ve üst hizasında yer aldığı olgularda servikal

girişim, daha aşağıda bulunduğu olgularda ise sağ torakotomi tavsiye edilir. Hastalarda postoperatif en sık komplikasyon, trakeomalazidir. Trakeomalazi tanısı bronksokopi ile konmaktadır. Bu hastalarda sıklıkla minör trakeomalazi görülmekte ve palyatif tedavi yeterli olmaktadır (5, 8). Fistülün nüksü görülebilen diğer komplikasyonlar arasındadır, biz olgumuzda nüksü önleme amaçlı strep kaslarını serbestleştirerek trakea ve özofagus arasından prevertebral fas-yaya diktik.

Sonuç olarak konjenital trakeo-özofageal fistül nadir görülen bir anomalidir. TÖF sık akciğer enfeksiyonu geçiren hastalarda mutlaka düşünülmesi, tanıya yönelik incelemeler yapılmalıdır. Tanı konduğunda vakit kaybetmeden yapılan cerrahi onarım hayat kurtarıcıdır. Tedavide konvansiyonel yöntemlerin yanı sıra günümüz teknolojik gelişmelerinin de tedaviye adapte edilmesi faydalı olacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Bedard P, Girvan DP. Shandling congenital H type tracheoesophageal fistule. J Pediatr Surg 1974;9(5):663-8.
2. Kirk JME, Dicks-Mireaux C. Difficulties in diagnosis of congenital H-type tracheoesophageal fistule. Clin Radiol 1989;40(2):150-3.
3. Vasquez RE, Landay M, Kilman WC, et al. Bening esophagorespiratory fistulas in adults. Radiology 1988;167(1):93-6.
4. Kirtland Sh, Winterbauer RH. Slowly resolving, chronic and recurrent pneumonia. Clin Chest Med 1991;12(2):303-18.
5. Roth B, Rose KG, Benz-Bohm G, Günther H. Laryngo-tracheo-oesophageal cleft. Clinical features, diagnosis and therapy. Eur J Pediatr 1983;140(1):41-6.
6. Chueh H, Kim MJ, Jung JA. A case of acute respiratory distress syndrome associated with congenital H-type tracheoesophageal fistula and gastroesophageal reflux. Korean J Pediatr APSP J Case Rep 2012;3(1):4.
7. Imperatori CJ. Congenital tracheo-esophageal fistula without atresia of the esophagus. Arch Otolaryngol 1939;30(3):352-9.
8. Shields TW (Editor). General thoracic surgery. In: Rothstein D, Reynolds M. Congenital anomalies of the esophagus. 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000;1785-801.