



Trakeözofageal Fistül: Olgu Sunumu

Okan Özden, İsmet Gün

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Trakeözofageal fistül: Olgu sunumu

Trakeözofageal fistül (TÖF) özofagus ve trakea arasında anormal bir bağlantıdır ve oldukça nadir görülen bir patolojidir. Erken gebelik haftalarında prenatal ultrasonografide fetal midenin gözlenmemesi veya normalden küçük gözlenmesi ve ileri gebelik haftalarında polihidramnios varlığı ultrasonografik değerlendirmenin yegâne bulgularıdır. Ek olarak anomalinin tipine göre servikal veya mediastinal bölgede, trakea komşuluğunda özofagus kör ucunun poş belirtisini görmek mümkün olabilir. Gebelik dönemi ultrasonografi takibinde tanı koyma oranı yaklaşık olarak %42'dir, %58 hastanın tanısı postpartum dönemde koyulur. Biz bu makalede nadir görülmesi nedeniyle, TÖF tanısı konulan bebek hastayı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Trakeözofageal fistül, özofageal atrezi, polihidramniyos

ABSTRACT

Tracheoesophageal fistula: a case report

A tracheoesophageal fistula (TEF) is an abnormal connection between the esophagus and the trachea and is a rarely seen pathology. The absence of the fetal stomach or visualization of the fetal stomach smaller than normal by ultrasound in early gestation, and detection of polyhydramnios in third trimester are the most valuable signs in ultrasonographic examination. In addition to this, depending on the type of the anomaly, blind pouch sign of the esophagus can be detected at the mediastinum or in the neck, next to trachea. The rate of diagnosis in the ultrasonographic examination during pregnancy is about %42, and %58 of the patients diagnoses in postpartum period. In this paper we aimed to present a baby diagnosed TEF, as a rare entity.

Key words: Tracheoesophageal fistula, esophageal atresia, polyhydramnios

Bakırköy Tıp Dergisi 2014;10:82-84

GİRİŞ

Özofagus embriyolojik gelişimin başlarında ilkel ön barsağın üst kısmının uzamasıyla meydana gelir. Ventral tüp ile dorsal özofagus arasındaki septumun gelişimindeki bir anormallik, genellikle trakeözofageal fistül (TÖF) ile birlikte görülen özofagus atrezisini (ÖA) meydana getirir, ve yaklaşık 5500-6000 doğumda bir gözlenir (1-3). Erken gebelik haftalarında prenatal ultrasonografide midenin gözlenmemesi ve ileri gebelik haftalarında polihidramnios varlığı erken klinik bulgularıdır. Bunları daha sonra postpartum dönemde aşırı tükürük salgısı, solunum sıkıntısı, öksürük ve ilk beslemeden sonra gelişen kusma ve siyanoz izler. Tanı doğum sonrası nazogastrik sondanın ilerletilememesi ve şüphe

üzerine radyolojik yöntemlerle konabilir. Nadir görülen bir hastalık olması ve erken tanı imkanı büyük oranda şüpheye dayanarak yapılabilen bir hastalık olması nedeniyle kliniğimizde görülen bir TÖF-ÖA olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

24 yaşında G1 P0 olan hasta adet gecikmesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografik muayenede 1. çocuğuna 7 haftalık gebelik tespit edildi. Hastanın geçmiş anamnezinde sigara alışkanlığı dışında (10-15 adet/gün) özellik arz eden bir duruma rastlanmadı. 11 hafta 5 günlük gebelik mevcut iken yapılan ultrasonografik değerlendirmede mide ve mesane izlenirken, NT: 1,4 mm olarak ölçüldü, ikili test sonuçları normal olarak değerlendirildi. 24 hafta iken yapılan 50 mg OGTT 71/170 mg/dl olarak ölçülürken, 100 mg OGTT 72/166/148/141mg/dl olarak ölçüldü. 34 hafta 2 günlük iken yapılan ultrasonografik değerlendirmede polihidramnios saptandı. Fakat bunu açıklayacak bir patoloji

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Okan Özden
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-532-393-6668

Elektronik posta adresi / E-mail address: okanozden@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 1 Kasım 2011 / November 1, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Mart 2013 / March 12, 2013

saptanmadı. Hasta 36 hafta 4 günlük iken suyunun gelmesi nedeniyle kliniğe yatırılarak spontan vajinal yol ile 2800 gr ağırlığında Apgar skoru 8 olan canlı bir kız bebek doğurtuldu. Bebeğin doğum sonrası kontrolleri normaldi. Postpartum 1.günde anne ve bebek şifa ile taburcu edildi. Postpartum ikinci günde beslenme sonrası kusma, morarma ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine çocuk hekimleri tarafından bebek tekrar değerlendirildi. Yapılan muayenede nazogastrik sondanın ilerletilemesi ve kesin tanı için çekilen baryumlu grafi sonrası TÖF tanısı konarak operasyon planlandı. Bebek postpartum 5. günde opere edildi.

TARTIŞMA

Özefageal atrezi 5500-6000 doğumda bir görülen, ve %90'dan fazla TÖF ile eşlik eden bir patolojik durumdur (1-3). Bu anomalinin 5 temel tipi vardır. En sık görülen tipi (%82) bizim olgumuzda da olduğu gibi üst özofagusun kör bir pošta sonlandığı ve TEF'ün distal özofagusa bağlandığı tiptir. Bu olguların %64'ü VACTERL (vertebra: hemivertebra-hipoplazik vertebra, anorektal: anal atrezi-imperfore anus, kardiyak: VSD-ASD-Fallot tetralojisi, trakea-özofagus: özefageal atrezi-trakeözefageal fistül, renal ve ekstremiteler: polidaktili-sindaktili-radial agenezi vs.) olarak nitelendirilen başka anomalilerle birliktelik gösterebilir (1-3). Bizim hastamızda TEF'e eşlik eden başka bir patolojiye rastlanmadı.

Prenatal tanıda ultrasonografi (USG) en değerli erken tanı yöntemidir. Fakat ultrasonografi ile saptanabilen patolojik bulgu azdır ve gebelik döneminde tespit edilme yüzdeleri %39 ve %56 arasında değişmektedir (4). Bu vakaların tanısının büyük bir kısmı hem gebelik döneminde hem de postpartum dönemde şüphe üzerine konulmaktadır. USG'de erken dönemde en önemli neredeyse tek bulgu mide varlığının gösterilememesidir. Fakat olguların büyük bir kısmında mide sekresyonu veya kör özefagus poşu mide varlığı sanılarak yanlışlıkla neden olabilir. Yine muhtemelen bizim vakamızda da olduğu gibi olguların yaklaşık %90'ına eşlik eden trakeözefageal fistül, amnion sıvısının mideye dolmasına izin vererek ve erken haftada mide varlığı izlenmesine neden

olmuştur. Ayrıca midenin boşalma zamanları da tanıda mutlaka göz önüne alınmalıdır. Midenin görülmediği durumlarda hemen tanı koymak yerine 80-90 dakika sonra tekrar hastada fetus midenin var olup olmadığını kontrol ederek tanıyı netleştirmeliyiz. Çünkü mide boşalma süresi 60-80 dakika arasında değişmektedir. Ek olarak ilerleyen gebelik haftalarında polihidramnios da tabloya eklenmektedir.

USG'nin prediktif değerinin yeterli olmamasından dolayı bazı araştırmacılar manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile tanı koyma yoluna gitseler de, bu tanı yönteminin yeterliliğini ortaya koyacak veri, çalışma ve olgu sayısı henüz yeterli değildir (5).

Postpartum dönem, tanısı atlanmış bu bebekler için en tehlikeli dönemdir. Eğer bu bebeklerde tanı daha da gecikirse akciğer enfeksiyonu, beslenme yetersizliği, güç kaybı, dehidratasyon ve ölümlerle sonuçlanabilir. Bu bebeklerde postpartum dönemde en sık klinik bulgular aşırı tükürük salgısı, nefes darlığı, öksürük, beslenme güçlüğü ve siyanozdur. Bebekler beslendiklerinde yutkunmaları normaldir, ancak daha sonra öksürme ve kusma ataklarıyla besinleri ağız ve burundan çıkarırlar. Kör poştan gelen sıvının aspire edilmesine bağlı siyanoz da gözlemlenebilir.

Burada en büyük görev çocuk hekimine düşmektedir. Nazogastrik sonda dikkatli olmayan bir çocuk hekimi için önemli bir tanı aracı olmayabilir. Keza bizim vakamızda da doğumdan hemen sonra bu tanı konulamamıştır. Postpartum ikinci günde beslenme sonrası yaşanan sıkıntılara bağlı olarak ikinci kez değerlendirilen bebekte TÖF'den şüphelenilmesi üzerine tanı netleştirilmiştir.

Sonuç olarak TÖF tanısı gebelik takipleri esnasında nadiren konulabilmektedir. Eğer postpartum dönemde gözden kaçarsa bebek için postpartum mortalite ve morbidite riski yüksektir. Bu tür vakaların atlanmaması için gebelik dönemindeki ultrasonografik kontrollerde midenin varlığı, polihidramnios ve tek umbilikal arter varlığı durumunda detaylı inceleme yapılmalı, doğumdan sonra bu tür şüpheli bulguları olan bebekler mutlaka nazogastrik sonda ile özefagus devamlılığı ve mideye geçiş varlığı açısından değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Torfs CP, Curry CJ, Bateson TF, Bateson TF, Curry CJ: Population-based study of tracheoesophageal fistula and esophageal atresia. *Teratology* 1995; 55: 220-222.
2. Sparey C, Jawaheer G, Barrett AM, Robson SC: Esophageal atresia in the Northern Region Congenital Anomaly Survey, 1985-1997: Prenatal diagnosis and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 427-431.

3. Forrester MB, Merz RD: Epidemiology of oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula in Hawaii, 1986-2000. *Public Health* 2005;119: 483-488.
4. Stringer MD, McKenna KM, Goldstein RB, Filly RA, Adzick NS, Harrison MR: Prenatal diagnosis of esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1258-1263.
5. Matsuoka S, Takeuchi K, Yamanaka Y, Kaji Y, Sugimura K, Maruo T: Comparison of magnetic resonance imaging and ultrasonography in the prenatal diagnosis of congenital thoracic abnormalities. *Fetal Diagn Ther* 2003; 18: 447-453.