

VAKA TAKDİMİ

Dr. Feyza Aysenur PAÇ
Dr. Mustafa PAÇ
Dr. Faruk SUNGUR
Dr. Muzaffer KÜRKÇÜOĞLU

TRAKEAYI TIKAYAN BİR RETİKÜLOHİSTİOSİTOMA OLGUSU

Hızla trakeal obstrüksiyona yolaçan bir retikülohistiositoma olgusu sunulmuştur:

Hasta K.Ö., 5 yaşında, Erzincan'lı, nefes alamama, hırıltılı solunum ve morarma şikayeti ile acilen yatırıldı. 3 gün önce morarma ve nefes darlığı nedeniyle Erzincan Devlet Hastanesine yatırılan hasta antibiyotik ve kortizon tedavisiyle düzelmediği için hastanemize sevk edilmiştir. Hastanın muayenesinde ileri derecede siyanoz, hırıltılı solunum, takipne, interkostal çekilmeler gözlemlendi. Dinlemekle her iki akciğerde zorlu bronşial solunum, inspirasyon ve eksprasyonda uzama mevcuttu. Nabız 140/dakika, solunum sayısı 52/d. TA : 105-70 mmHg, boyun omuz ve kollara yayılan amfizem belirlendi. Çekilen acil göğüs grafisinde sağda karina hizasında yarım cm çapta para trakeal gölge koyuluğu belirlendi. Endotrakeal kitle veya yabancı cisim olabileceği kanısı ile acil bronkoskopiye alındı. Genel anesteziden sonra trakeaya girildi. Gözlemlenilen karinanın hemen üzerinde trakeayı tama yakın tıkayan, sarı-sedefi renkli, kanamaya eğilimli, yumuşak tümöral kitle belirlendi. Trakeada tıkanıklığı açmak için biopsi forsepsi ile kitle çıkarıldı. Çok az kanaması oldu ve aspire edildi. Hasta rahatladı, siyanozu geçti. Hasta serviste yakın takibe alındı. Yapılan labratuar tetkiklerinde patoloji saptanamadı.

Çıkarılan kitleye Hematoksilen-Eosin boyası yapıp, histopatolojik olarak değerlendirilmeye çalışıldı. Rabdomyosarkom öntanısı alabileceği, ancak kesin tanının bu aşamada tartışılır olduğu belirtildi.

Hastanın çıkarılan kitesinin parafin kesiti The Children's Hospital, Boston, ABD'nin patoloji departmanına gönderildi. Bu arada hastaya yumuşak doku malignitesi kuşkusu ve kitlenin çıkarılamayan kısmının tekrar büyüyerek trakeayı

tıkamasını önlemek amacıyla kemoterapi başlandı. Hastaya Vinkristmin 2/g m²İV, Siklofosamid 2.5 mg/kg oral, Daktinomisin 0.015 mikrogr/kg İV tedavi şemasına göre uygulandı. Bir kür sonunda hastada tüm semptomlar kayboldu ve hastanın ailesi iyileşti bahanesi ile kesin patolojik tanıyı beklemeden hastasını taburcu ettirdi.

Hastanın bir ay sonra Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesine gittiği ve rabdomyosarkom tanısına dayanarak aynı kürün birkez daha tekrarlandığı, genel durumunun çok iyi olduğu öğrenildi.

Patolojik tanı Boston'dan geldi. Buna göre yapılan HE, Retik., PAS , GT, Lizozim, S-100, Myogloblin, Desmin, Keratin, Epitelial Membran Antijeni çalışmalarına göre kesitin mikroskopik olarak yorumu histiositik bir lezyon, Retikülohistiositomaya bağlı olduğu, iskelet yahut düz kas orijinli olmadığı saptandı. Lezyon en azından lokal olarak malign değerlendirildi. Myelojen lösemiye çok az benzediği belirtildi (Gordon F. Vawter, MD, Associate Pathologist-in chief, The Children's Hospital, Boston, Mass).

Hasta tekrar değerlendirilmek için mektupla kliniğe davet edildiyse de ancak bir yıl sonra hastanın iyi olduğu ama ekonomik kısıtlılık nedeniyle hastaneye gelemediklerine ait mektup alınabildi. Trakeada retikülohistiostitoma ile ilgili kaynak taramasında veri bulunamadı. Ancak daha önce tarafımızdan (1983) sağ ana bronşta fibröz histiositoma (fibroksantom) tanısı alan, bu olguya benzer ama malign olmayan ender bir vaka yayınlanmıştır(1).

KAYNAK

- 1- İçöz V, Paç M ve ark: Bronş fibroksantomu. Tüber Toraks Derg 31:131, 1983

A RETICULDHISTIOCYTOMA CASE OBSTRUCTING TRACHEA

VAKA TAKDİMİ

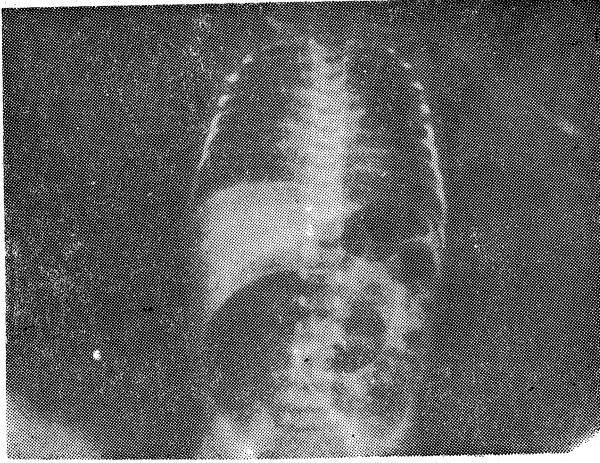
Dr. Feyza Ayşenur PAÇ
Dr. Mustafa PAÇ
Dr. Meltem ENERĞİN
Dr. Muzaffer KÜRKCÜOĞLU

TRAKEOÖZOFAGAL FİSTÜLLER

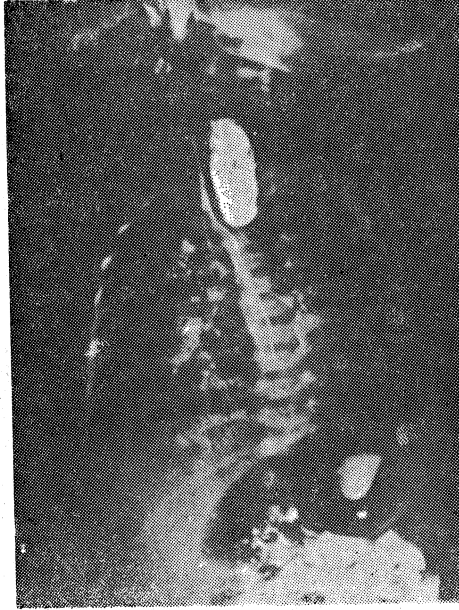
Yenidoğanın acil girişim gerektiren konjenital anomalilerinden birisini trakeoözofagal fistüller oluşturur. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1985-1987 yılları arasında tanı konmuş 3,7 ve 13 günlük üç aynı tip özofagus atrezeli trakeoözofagal fistül olgusundan birisi takdim edilmiştir:

Evde doğum yapmış bir annenin 7 günlük bir bebeği beslenememe, annesini emerken öksürük ve morarma nedeniyle Numune Hastanesinden sevkle yatırıldı. Miadından önce doğan 2100 gr ağırlığındaki bebekte nabız 180/dk, ateş 35.5 C, solunum 68/dk, parmaklar hafif siyanoze, turgor, tonüs bozuk, dinlemekle akciğer bazallerinde kreptan raller ve yenidoğan reflekslerinde hipoaktivite belirlendi. Hastada özofagus atrezisi ve trakeoözofagal fistül düşünülerek besleme tüpü nazal olarak yutturulmaya çalışıldı, başarılı olunamadı. Tüpten Dianosil aquosum verilerek çekilen özofagus grafisinde proksimal özofagusun güdük tarzında kapalı olduğu, trakeaya kaçan opak maçdenin distal trakeoözofagal fistülden mideye geçtiği, mide ve barsaklarda bol miktarda hava bulunduğu görüldü (Şekil 1 ve 2). Olgunun A tipi trakeoözofagal fistül olduğuna karar verildi.

Hastanın üst özofagus poş aspirasyonu, antibiotik ve İV tedavi sonrası 10. gününde ameliyatına karar verildi. Sağ torakotomi yapıp retroplevral gidilerek üst özofagal poşu ve trakeoözofagal fistül yeri bulunup diseke edildi. Özofagusun ucuca anastomoz yapılabileceği görüldü. Trakeoözofagal fistül kesilip, trakea 4-0 prolenle tek sıra kapatıldı. Üst özofagus poşu özofagusa tek sıra 4-0 ipek ile anastomoz edildi. Hastaya nazogastrik tüp yerleştirildi, küveze alınıp, İV tedavie geçildi. Akciğer problemi ve solunum yetmezliği nedeniyle hasta postoperatif 4. gün kaybedildi.



Şekil 1-



Şekil 2-

Özofagus atrezisi ABD de her 2500 doğumda (1), Avustalya'da her 4500 doğumda bir olarak bildirilmiştir (2). Genetik faktörlerin önemi bilinmemektedir. Ohkuma indentik ikizlerin yalnız birinde bu olguya rastlamıştır (3). Anomalinin fötal hayatın 3-6. haftasında meydana geldiği düşünülür (4). Özofagus atrezili bebeklerin % 30-40 ında en çok kardiovasküler lezyonlar olmak üzere diğer anomalilere rastlanır.

Tarakeoözofagal fistüllerin tipleri şöyle sınıflandırılır. Tip A: Özofagus atrezisi ve trakeoözofagal fistül: En sık görülen tiptir (%80). Bizim üç hastamız da bu tipe uymaktadır.

Tip B: Gerçek özofagus atrezisi. Fistül yoktur, "Long-gap Syndrome" olarak adlandırılır. % 7-10 u oluşturur.

Tip C : H tipi fistüller. Genellikle doğumda belirlenemez, % 4-7 dir.

Tip D : Proksimal trakeoözofagal fistüllü özofagus atrezisidir ve nadir görülür.

Tip E : Proksimal ve Distal trakeoözofagal fistüllü özofagus atrezisi. Çok nadir bir tiptir.

Konjenital özofagal atrezili bebeklerin semptomları asıl olarak özofagus obstrüksiyon ve ikincil olarak ta solunum yolunun olaya katılmasına bağlıdır. Tükrük salgısı kapalı özofagustan trakeaya kaçar. Bu bebeklerde asıl problem gastrik muhtevanın tarakeaya regürjitasyonudur. Bu nedenle şimik pnomonitis gelişir. Bu bebekler genellikle prematüredir ve idiopatik respiratuar distres sendromu sık görülür (4).

Annede polihidroamnios gelişmesi bebeğin sindirim yolunda tıkanıklık olacağını akla getirmelidir. Doğum sonrası bebekte aşırı sekresyon, aralıklı siyanoz atakları ve fistül genişse abdominal distansiyon belirir. Nazoözofagal kateterin özofagusta takılması özofagus atrezisini akla getirir. Çekilen düz film ve özofagus grafisi ile tanı konur. Bu hastalar aspirasyon, İV beslenme ve pnomoninin acilen tedavisi sonrası cerrahi düzeltmeye alınmalıdır.

KAYNAKLAR :

- 1- Holder TM, Aschraft KW: Esophageal atresia and tracheosophageal fistula. Ann Torac Surg 9: 445, 1970.
- 2- Myers NA: Esophageal atresia: the epitome of modern surgery. Ann R Coll Surg Engl 54: 277, 1974.
- 3- Ohkuma R: Congenital esophageal atresia with tracheosophageal fistula in identical twins. J Pediatr Surg 13: 361, 1978.
- 4- Shields TW: Congenital anomalies of the esophagus. Second ed. Lea and Febiger Comp. Philadelphia, p. 807-817, 1983.

TRACHEOEUSAPHGIAL FİSTULAS