

# Postoperatif özofagojejunostomi kaçağının endoskopik yolla tedavisi

## Endoscopic treatment of postoperative esophagojejunostomy leak

Mehmet İBIŞ, Erkan PARLAK

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

*Gastrointestinal sistem cerrahisinde postoperatif anastomoz kaçaklarına nadiren rastlanmaktadır. Bunların reoperasyonu oldukça zor ve riskli bir işlemdir. Bu nedenle noninvaziv yöntemlerle tedavi son dönemlerde önem kazanmıştır. Endoskopik tedavi seçenekleri bu amacı karşılayan en önemli işlemlerden biridir. Burada total gastrektomi ve özofagojejunostomi yapılan bir olguda erken anastomoz kaçağının başarılı şekilde endoskopik klip ile tedavisi sunulmuştur.*

**Anahtar kelimeler:** Endoskopi, klip uygulaması, özofagojejunostomi

*Postoperative anastomotic leaks are rare after gastrointestinal system surgery. Their reoperation processes are usually very difficult and risky and as a result, non-invasive methods for this purpose have gained in importance in recent years. Endoscopic treatments are among the most important options for meeting this goal. We describe a case of early postoperative anastomotic leak after total gastrectomy with esophagojejunostomy, successfully managed by using endoclips.*

**Key words:** Endoscopy, clip application, esophagojejunostomy

## GİRİŞ

Gastrointestinal sistem cerrahisinde postoperatif anastomoz kaçaklarına nadiren rastlanmaktadır ve bunların noninvaziv yöntemlerle tedavisi son dönemlerde oldukça önem kazanmıştır. Endoskopik tedavi seçenekleri bu amacı karşılayan en önemli işlemlerden biridir. Bu işlemde kullanılan metalik klipler gastrointestinal endoskopi esnasında dokuların birbirine yaklaştırılması için geliştirilmiş yardımcı araçlardır ve ilk kez gastrointestinal sistemdeki fokal kanamaları durdurmak için kullanılmıştır (1-3). Daha sonra fistül ve perforasyonları kapatmak için, bir marker olarak, kateter veya stentleri sabitlemek gibi pek çok alanda kullanılmıştır. Girişimsel endoskopik işlemlere bağlı kanama veya perforasyon gibi komplikasyonların tedavisinde de büyük oranda başarılı sonuçlar alınmıştır (4). Özellikle özofagusa yönelik klip uygulamaları buraya yönelik cerrahi girişimin oldukça zor olmasından dolayı çok önemli olmuştur (5). Erken postoperatif dönemdeki özofagus cerrahisi geçirmiş olan hastalarda bu işlem daha da önem kazanmaktadır.

Burada bir hafta önce total gastrektomi ve özofagojejunostomi yapılan bir olguda anastomoz kaçağının endoskopik yolla tedavisi sunulmuştur.

## OLGU

Altmışbir yaşında erkek hasta, 7 gün önce proksimal midede (kardia-korpus arasında) saptanan, yaklaşık 3 cm çaplı, polibe, frajil, infiltrate izlenimi veren lezyonun histolojik değerlendirilmesinin adenokarsinom olması nedeniyle total mide rezeksiyonu ve özofagojejunostomi yapılmış. Postoperatif erken takiplerde sorunu olmayan hastada, sıvı gıdalarla oral almaya başladıktan sonra oral aldığı sıvının loj dreninden geldiği fark ediliyor. Bunun üzerine metilen mavisi ile karıştırılmış su içirilmesi sonrası bunun loj dreninden gelmesi nedeniyle endoskopik tedavi için kliniğimize yönlendiriliyor.

Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus distalinde; üzerinde sütür materyalleri olan özofagojejunostomi hattı izlendi. Anastomoz hattından sonraki jejunum anslarının devamlılığı normaldi. Anastomoz hattında sütür materyalleri arasında açıklığı yaklaşık 1 cm'lik bir alan vardı (Resim 1). Endoskopi su veya hava verilmesi ile açıklık ancak görülmekte idi. Bu alana endoskopik yolla her iki mukozal alanı birleştirecek şekilde metalik klipler (Olympus XH-600-135) uygulandı (Resim 2). Üç gün sonraki kontrolde oral sıvı alımına (klip uygulaması sonrası 1. günde başlanmış olmasına) rağmen loj dreninden sıvı gelişi gözlenmedi. Hastanın 5 gün izlemde oral sıvı alımına devam ettiği halde loj dreninden gelen yeni bir sıvı olmaması üzerinde dreni çekilerek taburcu edildi.

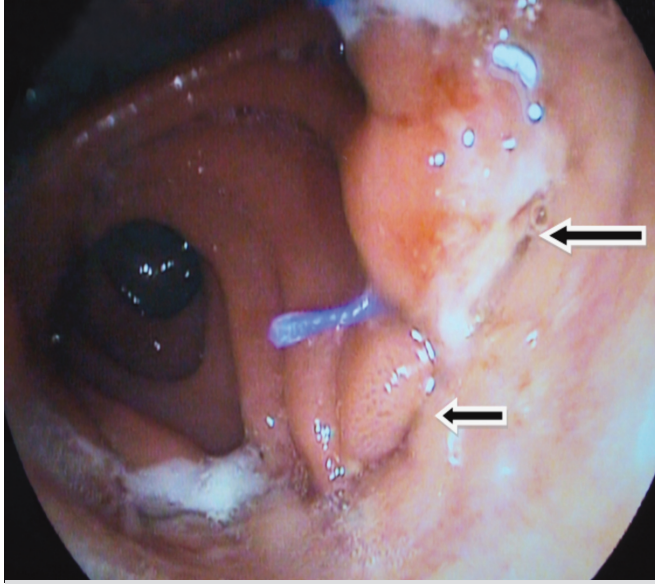
Birinci ayın sonunda yapılan kontrolde genel durumu iyi olan hastanın bu süreçte sıvı ve katı gıdalar almasına rağmen hiçbir yakınması olmamıştır. Taburculuğu sonrası ilk ay içinde 3 kg kadar kilo alımı olan hasta takip edilmektedir.

**İletişim:** Mehmet İBIŞ

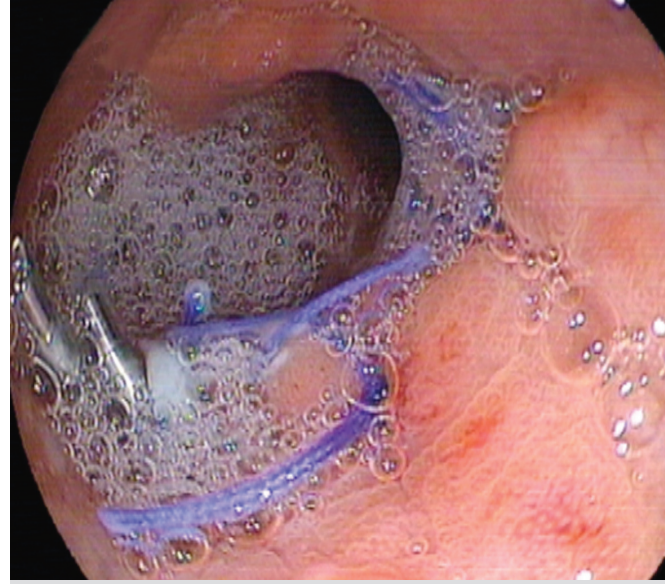
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği Sıhhiye, Ankara, Türkiye

Tel: + 90 312 310 13 20 • Faks: + 90 312 312 21 40

E-mail: ibismehmet@yahoo.com



Resim 1. Özofagojejunostomi hattında anastomoz kaçağı alanı



Resim 2. Özofagojejunostomi hattına klip uygulaması sonrası görüntü

## TARTIŞMA

Günümüzde minimal invaziv girişimler olarak adlandırılan yeni yaklaşımlar ile, en kısa zamanda hastalığın ortadan kaldırılması ve hastanın erken dönemde günlük hayatına kavuşması amaçlanmaktadır. Endoskopik işlemler bu alanda en geniş yeri kaplayan uygulamalardır. Özofagusa yönelik girişimsel endoskopik işlemler ile cerrahi olarak başarılı olunamayan vakalarda dahi başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Kronik özofagoperitoneal fistülün birkaç defa başarısız cerrahi girişim ve endoskopik stent uygulamasından sonra endoskopik klip uygulaması ile kapatılması vakaları bildirilmiştir (6). Bizim vakamızda da cerrahi sonrası gelişen erken dönem anastomoz kaçağının olması nedeniyle buraya yönelik başarılı bir endoskopik klip uygulaması ile kaçak tamamen kapatılmıştır.

Kronik perforasyon veya fistüllerde yara dudaklarının epitelize olduğu durumlarda fistül veya perforasyon alanına yönelik heater veya argon plazma koagülasyonu uygulayarak klip uygulanacak alanda epitelizasyonu yeniden başlatmak gereklidir (6). Bizim vakamızda erken postoperatif dönemde olunması ve anastomoz hattının birbirine çok yakın olması nedeniyle argon veya heater uygulama ile yeniden epitelizasyonu başlatmak gereği olmamıştır. Bu nedenle de yara iyileşmesi oldukça kısa sürede olmuş ve 24 saat sonra oral sıvı alımına başlanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Hatashi T, Yonezawa M, Kawabara T. The study on staunch clip for the treatment by endoscopy. *Gastroenterol Endosc* 1975;17:92-101.
2. Hachisu T. Evaluation of endoscopic hemostasis using an improved clipping apparatus. *Surg Endosc* 1988;2:13-7.
3. Hachisu T, Miyazaki S, Hamaguchi K. Endoscopic clip-marking of lesions using the newly development HX-3L clip. *Surg Endosc* 1989;3:142-7.
4. Masaki E, Masaaki I, Torahiko T et al. New endoscopic technique to close large mucosal defects after endoscopic mucosal resection in patients with gastric mucosal tumors. *Digestive Endoscopy* 2004;6: 372-5.
5. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, et al. Endoscopic clipping of perforation following pneumatic dilation of esophagojejunal anastomotic strictures. *Endoscopy* 2000;32:720-2.

Özofagusun akut perforasyonları yaşamı tehdit edicidir. Kısa süre içinde ve tam olarak perforasyon alanının kapatılması visseral aralığın kontaminasyonunu önlemek için çok önemlidir. Önemli oranda kontaminasyonun olması durumunda ise konservatif tedaviler yetersiz olmakta ve cerrahi girişim gerekmektedir (7).

Bizim vakamızın cerrahiye sekonder gelişmiş olması ve loj bölgesinde drenin olması nedeniyle olası kontaminasyon alanını drene etmek mümkündür.

Özofagus perforasyonlarının tedavisinde endoskopik tedavi seçeneği olarak; fibrin glue, stent, endoklip veya klip ile birlikte naylon endoloop uygulanabilir. Fibrin glue ilk kez trakeoözofageal fistüllerin tedavisinde kullanılmıştır. Stentler de benzer şekilde cerrahi sonrası fistülleri kapatmak için kullanılmıştır (8, 9). Stent ve glue uygulamaları fistül hattının epitelizasyonu nedeniyle kronik perforasyonlarda iyi sonuçlar vermemiştir. Bizim vakamızda yara ağızlarının birbirine yakın olması, cerrahi sonrası erken dönemde olunması, stent ve glue uygulamalarına göre daha yüksek başarı oranlarının olması nedeniyle endoklip uygulanmıştır.

Endoskopik işlemlere veya cerrahiye sekonder komplikasyonların tedavisinde endoskopik tedavi uygulamaları ilk seçenek olarak yerini koruyacaktır.

6. Qadeer MA, Dumot JA, Vargo JJ et al. Endoscopic clips for closing esophageal perforations: case report and pooled analysis. *Gastrointest Endosc* 2007;66:605-11.
7. Ohri SK, Liakakos TA, Pathi V, et al. Primary repair of iatrogenic thoracic esophageal perforation and Boerhaave's syndrome. *Ann Thorac Surg* 1993;55: 603-6.
8. Gutierrez San Roman C, Barrios JE, Lluna J, et al. Long-term assessment of the treatment of recurrent tracheoesophageal fistula with fibrin glue associated with diathermy. *J Pediatr Surg* 2006;41: 1870-3.
9. Messmann H, Schmidbaur W, Jackle J, et al. Endoscopic and surgical management of leakage and mediastinitis after esophageal surgery. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:809-27.