

TRANSPOZE KOLONDA REDUNDANSİ : OLGU SUNUMU

REDUNDANCY IN TRANSPOSED COLON : A CASE REPORT

Yasin PEKER¹ Mustafa ÖZER²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, İzmir

²Eşrefpaşa Belediye Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Anahtar Sözcükler: Özefagus kanseri, özefajektomi, kolonik redundansi

Key Words: Esophageal cancer, esophagectomy, colonic redundancy

ÖZET

Özefagus rezeksiyonlarından sonra kolon transpozisyonu, intestinal devamlılığın sağlanması amacıyla en sık uygulanan girişimlerden biridir. Bu yöntemin ayrıntıları çok iyi tanımlanmıştır. Buna rağmen komplikasyonlarla karşılaşmaktadır. Redundansi en az görülen komplikasyonlardan olmasına karşın, oluştuğunda hasta ve hekim için tedavisi büyük güçlükler taşır. Üzerinde fikir birliğine varılmış tedavi yöntemi de yoktur. Operasyon sırasında redundansiye yol açabilecek işlemlerden uzak durulması, bu güçlükleri yaşamamak için en emin yöntemdir. Kliniğimizde yatan bir hastamızda gelişen redundansi olgusu sunuldu.

SUMMARY

Colon transposition after esophagus resection is one of the most frequently used procedures in order to maintain intestinal continuity. The details of this method are well-described. However, complications are not uncommon. Although redundancy is one of the rarest complications, when it occurs its treatment raises great difficulties to both patient and physician. There is no consensus about treatment procedure. The safest method in order not to meet with these difficulties is to avoid procedures which may cause redundancy during operation. A redundancy case occurring in a patient in our clinic was reported.

GİRİŞ

Özefagusun benign ve malign darlıklarına bağlı özefajektomilerden sonra midenin özefagus yerine kullanılması en sık tercih edilen yöntemdir (1). Midenin cerrahi girişim geçirmiş veya rezeke olması bu işleme izin vermez. Midenin kullanılmadığı durumlarda en iyi seçimin kolon interpozisyonu olduğu düşünülmektedir (2,3).

Kolonun özefagus yerine transpoze edilmesindeki teknik ayrıntılar literatürde iyi bir şekilde tarif edilmiş (4) olmasına karşın yinede bazı problemlerle karşılaşmaktadır. Kolo-

nun yeterli uzunluktan daha uzun olması olan kolonik redundansi, bu problemlerden belki de en az karşılaşılanlardandır. Oluşturduğunda tedavisinde büyük güçlüklerle karşılaşmaktadır. Fikir birliği oluşmuş bir tedavi yöntemi de yoktur. Primer operasyon sırasında transpoze edilecek kolonda bu sorunun oluşmaması için dikkat etmek en emin yöntemdir(5). Yazımızda, bir olgumuzda yaşadığımız sorunu ve çözüm önerilerimizi sunmayı amaçladık.

OLGU

Hastamız H.A., 40 yaşında bayan olup kliniğimize yutma güçlüğü ve ses kısıklığı yakınması ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde larinks infiltrate eden hipofarinks tümörü ve

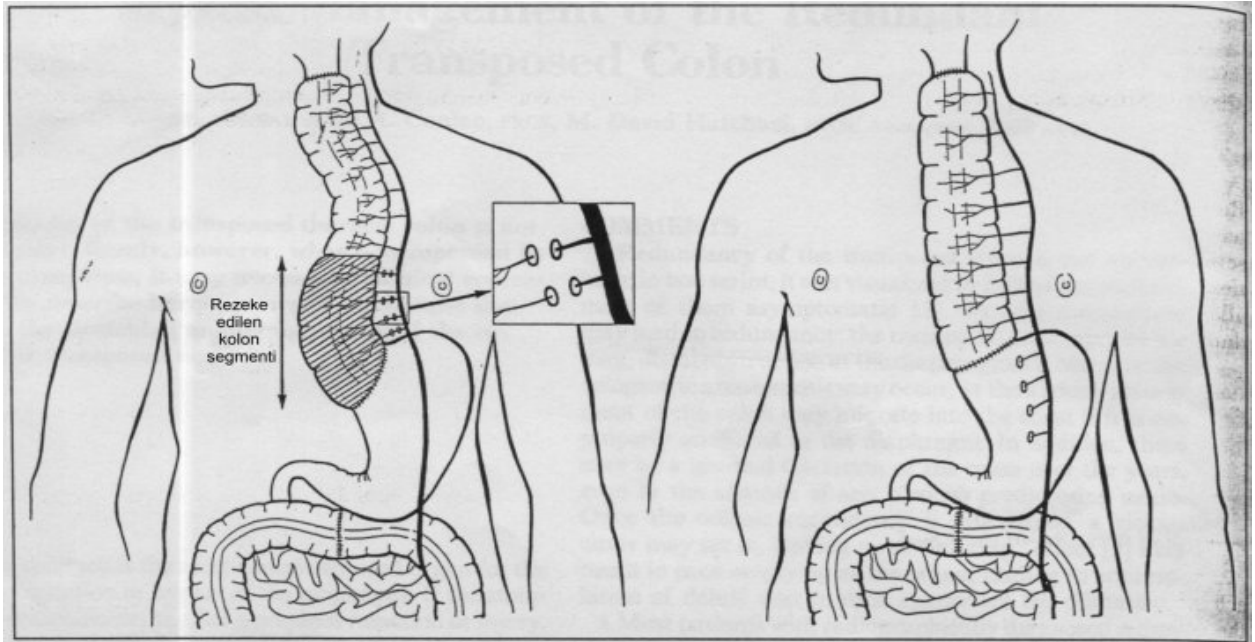
Yazışma adresi: Yasin Peker, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, İzmir
Makalenin geliş tarihi: 25. 09. 2002 ; kabul tarihi: 11. 03. 2003

servikal lenf nod metastazı saptandı. Alınan biyopsi epidermoid karsinom olarak rapor edildi.

Operasyona alınan hastaya faringo-larino-özefajektomi ve sol radikal boyun diseksiyonu yapıldı. İntestinal devamlılık transvers kolonun isoperistaltik transpozisyonu, faringo-kolo-gastrostomi ve uç-uca kolo-kolostomi ile sağlandı.

Postoperatif 4. gün oral gıda başlandı. 14. günden itibaren hastada yutma güçlüğü ve kusma gelişti. Şikayetlerin giderek artması üzerine çekilen baryumlu pasaj grafisinde kolo-gastrostomi yerinde tam kesilme saptandı. Anastomoz darlığı düşünülerek postoperatif 24. günde relaparo-

tomu yapıldı. Anastomozun normal olduğu görüldü. Sadece transpoze kolon hiatus özefajikus seviyesinde diyafragma tespit edildi. Operasyon sonrası hastanın yakınmaları geçmedi. Yinelenen pasaj grafisinde mideye geçiş yine yoktu. Transpoze kolonda redundansi ve sakkulasyon ön tanısı ile ikinci operasyondan 25 gün sonra yine operasyona alındı. Hastaya transpoze kolonun abdominal parçası ile mide arasına latero-lateral anastomoz yapıldı. Postoperatif 7. gün anastomoz yerinde sütür yetmezliği gelişti. Hemen operasyona alınarak anastomoz onarıldı. Ancak hastanın genel durumu giderek bozuldu. Tüm çabalara karşın son operasyondan 20 gün sonra hasta kaybedildi.



Şekil 1. Redundan kolonun bir segmentinin rezeke edilmesi

TARTIŞMA

Özefajektomi sonrası gastrointestinal sistemin devamlılığı, mide veya kolonik interpozisyon ile sağlanır. Anastomoz sayısının daha az olması, teknik olarak daha kolay ve kısa olması nedeniyle gastrik interpozisyon ilk tercih edilen yöntemdir. Mide operasyonu geçirmiş kişilerde, gastrik vaskülarizasyonun sorunlu olduğu kişilerde ve uzun yaşam süresi beklenen genç hastalarda kolonik interpozisyon tercih edilir.

Özefagus yerine transpoze edilen kolonda redundansi ve sakkulasyon nadir görülen bir komplikasyon değildir. Radyolojik olarak saptananların da büyük çoğunluğu asemptomatiktir (6). Transpoze kolonda redundansa sebep olabilen nedenler; transpoze kolonun fazla uzun olması, hiatus özefajikusta darlık, kolo-gastrik anastomozda darlık, kolo-

nun toraks veya batına yer değiştirmesidir. Redundansa bağlı oluşan kıvrım özefagusun boşalmasını zorlaştırır. Özefagustaki birikim de, dilatasyona neden olur. Belirgin neden olmadan da yıllar içinde dilatasyon olabilir.

Transpoze redundant kolonda semptomlar, yutma güçlüğü, regürjitasyon ve göğüste dolgunluk hissidir (7). Çoğunlukla hastalar gıda alımından bir süre sonra mukus ve gıda kusarlar. Bulgular erken postoperatif dönemde çıkabildiği gibi aylar sonra da ortaya çıkabilir.

Tanı radyolojik inceleme ile konur (7-9). Endoskopik tetkik olguların yarısında tanı koydurabilse de risk taşıyan bir yöntemdir (6,7).

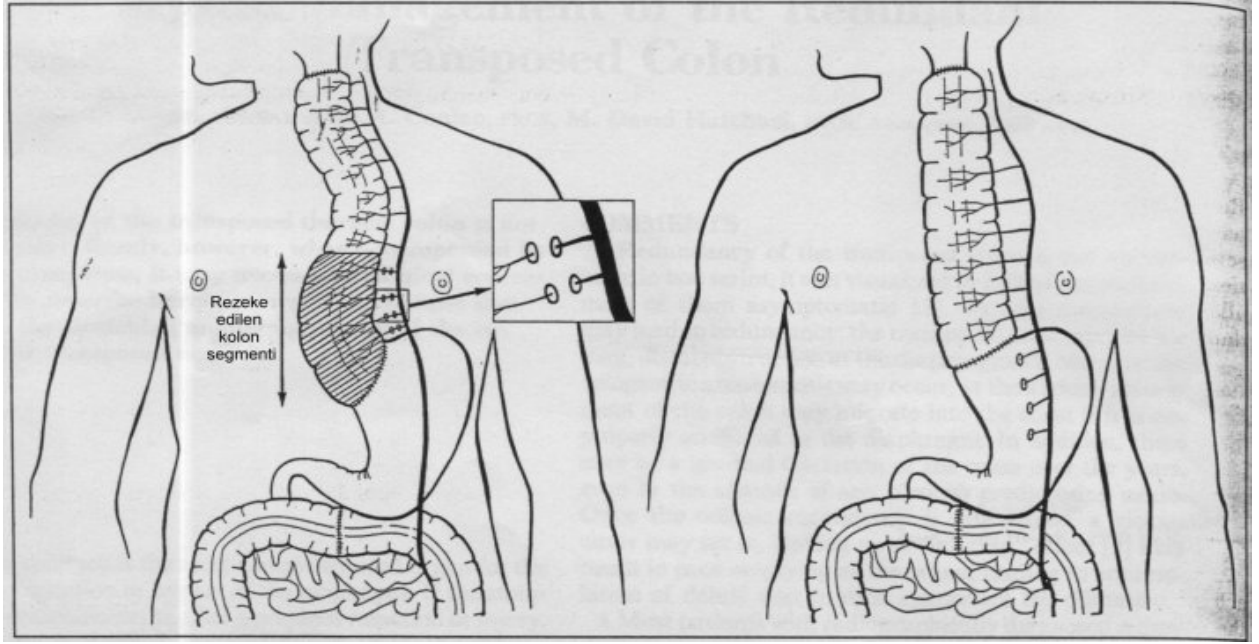
Kolon transpozisyonu yapılan bir hastada redundans ve sakkulasyon saptanırsa tedavi ne olmalıdır? Asempto-

matik olguların izlenmesi yeterlidir. Ancak hiatus özefajikus ve/veya kolo-gastrik anastomoz seviyesindeki ileri darlıklarda erken cerrahi girişim düşünölmelidir (5,6). Semptomatik transpoze kolon redundansının tedavisinde nasıl bir işlem uygulanması gerektiği konusunda fikir birliği yoktur. Transpoze kolonun distal kısmının rezeke edilmesini (Şekil 1) önerenler (5) olduğu gibi transpoze kolonun abdominal parçası ile mide arasında yeni anastomozu önerenler de vardır (7). Ancak bu işlemleri kolonun

damarlanmasını bozmadan uygulayabilmek pek kolay değildir. O nedenle primer işlem sırasında redundans oluşturabilecek etkenlerin oluşmamasına dikkat etmek en kolay yöntemdir. Komplikasyon gelişmesini önlemek için transpoze kolonun fazla uzun olmamasına çok dikkat edilmesi, anastomozlar yeterli genişlikte olması ve kolonun hiatus özefajikus seviyesinde diyafragmaya tespit edilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Kolh P, Honore P, Degauque C, et al. Early stage results after oesophageal resection for malignancy - colon interposition vs. gastric pull-up. *Eur J Cardiorac Surg* 2000; 18(3):293-300.
2. Larson TC 3rd, Shuman LS, Libshitz HI, McMurtrey MJ. Complications of colonic interposition. *Cancer* 1985; 56 (3):681-90.
3. Furst H, Hartl WH, Lohe F, Schildberg FW. Colon interposition for esophageal replacement: an alternative technique based on the use of the right colon. *Ann Surg* 2000; 231(2):173-8.
4. Postlethwait RW. Colonic interposition for esophageal substitution. *Surg Gyn Obst* 1983; 156:377-83.
5. Scehein M, Conlan AA, Hatchuel MD. Surgical management of the redundant transposed colon. *Am J Surg* 1990; 160:529-30.
6. Kelly JP, Shockeyford GD, Ropert CL. Esophageal replacement with colon in children: functional results and long term growth. *Ann Thorax Surg* 1983; 36:365-73.
7. Isolauri J, Harju E, Markkula H. Gastrointestinal symptoms after colon interposition. *Am J Gastroent* 1986; 81:1055-8.
8. Christensen LR, Shapir J. Radiology of colonic interposition and its associated complications. *Gastrointest Radiol* 1986; 11(3):233-40.
9. Brassow F, Crone-Munzbrock W, Vogel H, Werner B. Diagnosis of the functioning of an interposed part of the colon substituting part of the oesophagus after oesophageal resection. *Rontgenblatter* 1981; 34 (11):434-7.



Şekil 1: Redundan kolonun bir segmentinin rezeke edilişi