

# ÖZOFAGEAL STENTİN PENETRASYONUNA BAĞLI GENİŞ TRAKEA-ÖZOFAGEAL FİSTÜL

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 06.07.2015

Kabul: 14.08.2015

Yayın: 14.08.2015

Suat Terzi<sup>1</sup>, Abdulkadir Özgür<sup>1</sup>, Fatma Beyazal Çeliker<sup>1</sup>, Metin Çeliker<sup>2</sup>, Engin Dursun<sup>1</sup><sup>1</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi<sup>2</sup> Rize Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

## Özet

### ÖZOFAGEAL STENTİN PENETRASYONUNA BAĞLI GENİŞ TRAKEA-ÖZOFAGEAL FİSTÜL

Özofageal darlıklara bağlı disfajiler sıklıkla dilatasyonlarla tedavi edilse de, dirençli vakalarda özofageal stent yerleştirilmesi gerekebilmektedir. Bu stentlerin endoskopik olarak yerleştirilmesi basit olsa da, stentin kendisi çevre dokularda ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu yazımızda, solunum sıkıntısı ve öksürük şikayetiyle başvuran, 58 yaşında bir kadın hastayı sunduk. Tıbbi geçmişinde 20 yıl önce geçirilmiş total larenjektomi operasyonu ve 5 yıl önce yerleştirilmiş özofageal stent mevcuttu. Trakeal stomadan girilerek yapılan fleksibl endoskopik muayenede trakea arka duvarında 5 cm genişliğinde erozyon, ve özofagus stentin trakea içine penetre olduğu gözlemlendi. Cerrahi müdahalenin yüksek riskli olması nedeniyle hastaya semptomatik medikal tedavi uygulandı. Özofageal stentlerin çevre dokuları erozyona uğratabildiği ve ciddi komplikasyonlara sebep olabildiği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Trakea-özofageal fistül, Özofageal stent

## Abstract

### WIDE TRACHEO-ESOPHAGEAL FISTULA DUE TO PENETRATION OF AN ESOPHAGEAL STENT

Although dysphagia due to esophageal strictures is common treated with esophageal dilations, esophageal stent placement may be required in resistant cases. While endoscopic placement of these stents is not complicated, stents themselves may cause serious complications in adjacent organs. We present a 58-years-old female patient, who presents with dyspnea, cough. Medical history consisted of total laryngectomy operation 20 years ago, and esophageal stent placement 5 years ago. Flexible endoscopic examination through the tracheal stoma revealed a 5 cm wide erosion at the posterior wall of trachea, and the esophageal stent penetrating into the trachea. Due to high risk of surgery, the patient received symptomatic medical treatment. It should be kept in mind that esophageal stents may erode adjacent structures and cause serious complications.

**Keywords:** Tracheo-esophageal fistula, Esophageal stent

## Giriş

Baş-boyun kanserlerinin tedavisinden sonra %20-50 oranında görülebilen özofageal darlıklar çoğunlukla endoskopik bujiler veya balon yardımı ile dilate edilerek tedavi edilmektedir. Ancak dirençli darlıklarda özofageal stent uygulamaları gerekebilmektedir [1,2].

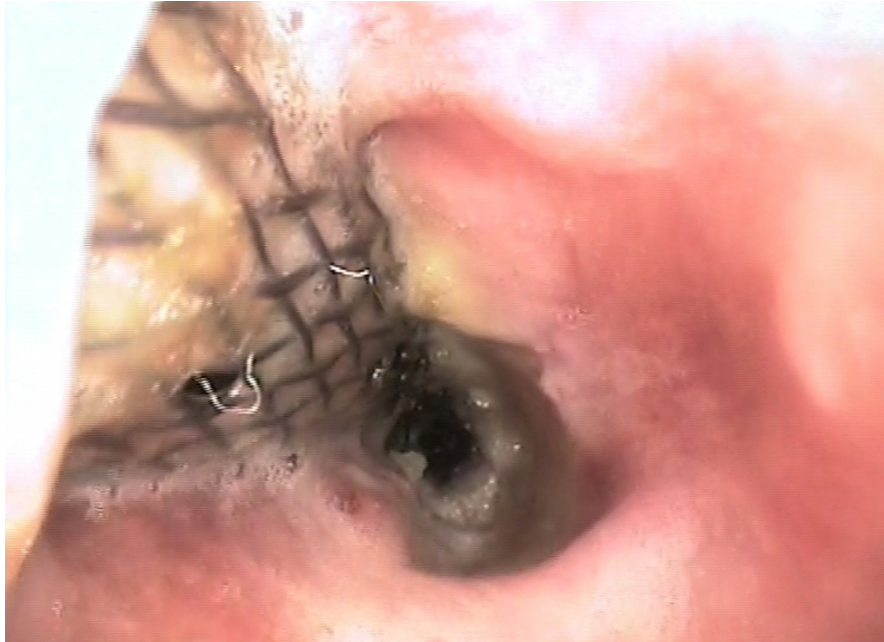
Son yıllarda endikasyonları giderek artan bir şekilde açık yada kapalı genişleyebilen özofageal stentler, malignitelere bağlı özofagus obstrüksiyonları, özofagus perforasyonları, trakea-özofageal fistüller ve tekrarlayan dilatasyonlara yanıtın zayıf olduğu benign sebepli özofagus darlıklarında disfajiyi hafifletmek için kullanılmaktadırlar[3]. Floroskopik veya endoskopik olarak kolay ve başarılı bir şekilde koyulabilen özofageal stentler, nadiren komplikasyonlara sebep olsa da, etrafında bulunan önemli yapıları invaze ederek hayati tehlike yaratabilirler [4-11].

Biz de total larenjektomi bir hastada, geniş trakea-özofageal fistül ve trakeal penetrasyon gösteren bir özofageal stent vakasını sunmayı amaçladık.

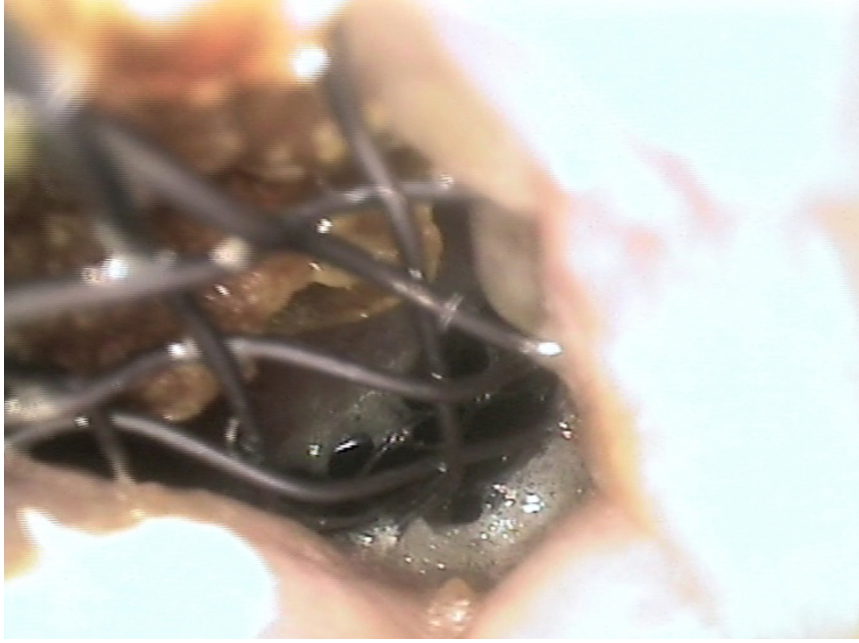
## Olgu Sunumu

58 yaşında bayan hasta solunum sıkıntısı ve öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden 20 yıl önce larenks kanseri nedeni ile total larenjektomi ve sonrasında 1 ay radyoterapi alan hastanın sonraki dönemlerde progresif şekilde disfaji problemi olduğu, tekrarlayan aylık dilatasyon işlemleri uygulandığı ancak yeterli bir iyileşme olmaması sebebiyle 5 yıl önce endoskopik olarak genişleyebilen metal özofageal stent koyulduğu öğrenildi. Stent sonrası ilk 2 yıl rahatlama görülen hastanın sonrasında tekrar yutma güçlüğü, öksürük ve solunum problemleri görülen hastaya beslenmesi için gastrostomi açıldığı öğrenildi.

Hastanın trakeal stomadan yapılan fiberoptik endoskopik görüntülemesinde metal özofagus stentinin, trakea arka duvarını erode ederek yaklaşık 5 cm geniş bir trakea-özofageal fistül oluşturduğu (Şekil 1) ve stentin trakea lümenine geçerek trakea ön duvara dayandığı gözlemlendi (Şekil 2).

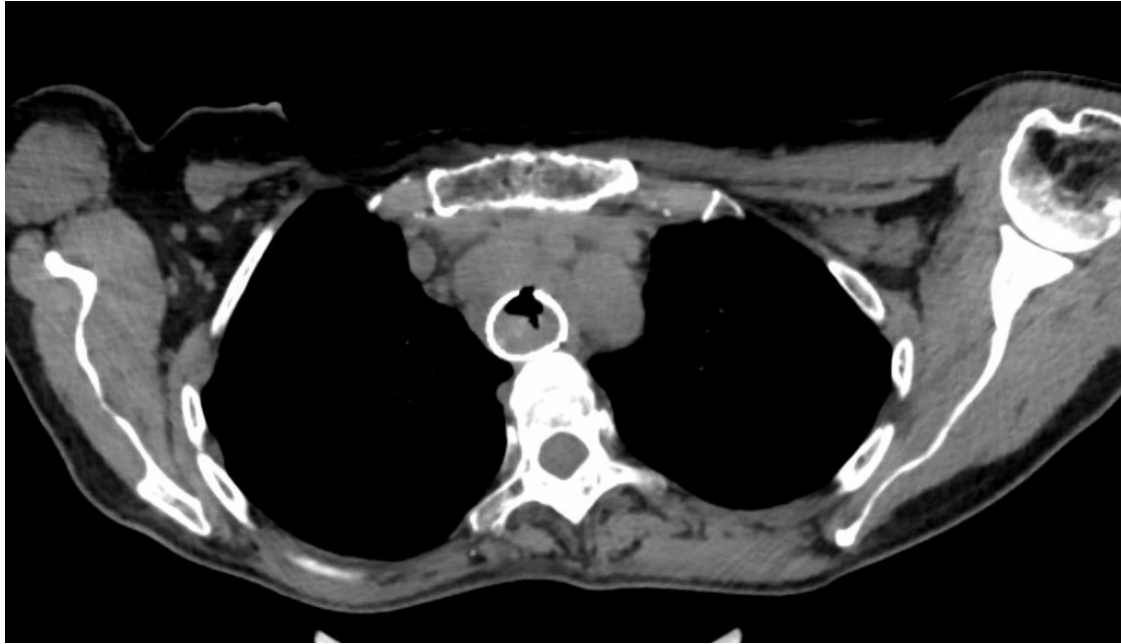


**Şekil 1** : Fleksibl fiberoptik endoskopik bakıda görülen geniş trakea-özofageal fistül görülmekte



**Şekil 2** : Trakea içine penetre olarak trakea ön duvarına dayanmış metal stent görülmekte

Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde de stentin, özofagus ön ve trakea arka duvarını erode ederek trakea içine ilerlediği görülmekte (Şekil 3 a-b).



**Şekil 3A** : Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde trakea lümenine penetre olmuş metal stent izlenmekte.



**Şekil 3B** : Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde trakea lümenine penetre olmuş metal stent izlenmekte.

Hastanın akciğer parankim algoritmasından elde edilen multiplanar rekon görüntülemesinde trakea hava pasajında stente bağlı daralma olduğu izlenmekte (Şekil 4).



**Şekil 4** : Multiplanar rekon görüntülemesinde trakea hava pasajında stente bağlı daralma olduğu izlenmekte (siyah ok)

Göğüs cerrahisine konsülte edilen hastada, stentin trakea içerisine geniş bir şekilde penetre olarak trakea ön duvarına invaze olması ve stentin trakea lümenini kafes şeklinde kapatarak, hava pasajında entübasyon için yeterli açıklık bırakmamasından dolayı, olası bir cerrahi müdahale yüksek hayati riskli görülüp yapılamadı. Medikal tedavi ve buhar uygulaması ile rahatlatma sağlanarak taburcu edilen hasta 3 aydır rutin kontrollerle takip altında tutulmaktadır.

## Tartışma

Larenjektomi sonrası hastaların büyük çoğunluğunda görülebilen disfaji hasta konforunu ciddi oranda bozmakta ve morbiditeyi artırmaktadır. Bu hastaların büyük kısmında tekrarlayan dilatasyonlar ile rahatlama sağlanabilmektedir. Ancak dilatasyona yanıt alınamayan küçük bir hasta grubunda ek tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulabilmektedir [2]. İlk defa 2001 yılında sheahan ve ark. tarafından larengofarenjektomi sonrası inatçı disfaji nedeni ile koyulmaya başlanan genişleyebilen özofageal stentler uzun süreli nazogastrik sonda, gastrotomi yada jejunostomi gibi durumların önüne geçtiği için faydalı olabilmektedir [12]. Ancak bu stentlere bağlı özellikle radyasyon alan dokulara teması sonucu, bitişik dokularda erozyon yaparak, trakea, aorta, karotid arter ve vertebralar gibi önemli yapılarda hasarlanma yaptığı ve hayati komplikasyonlara neden oldukları rapor edilmiştir [6, 7, 9-11, 13]. Bizim olgumuzda özofageal yerleştirilen stentin yol açtığı erozyona bağlı trakea arka duvarı tamamen açılmış ve stent trakea lümenine penetre olmuş durumda idi.

Literatürdeki özofageal stente bağlı komplikasyon vakaların tamamı malign hastalıklara bağlı, radyoterapi ve/veya kemoterapi sonrası stent uygulanan vakalar oluşturmaktadır [4-8]. Bizim sunduğumuz olgu ise total larenjektomi sonrası görülen inatçı disfaji nedeniyle stent koyulan bir hasta idi.

Özofageal stente bağlı trakea-özofageal fistül vakalarında tedavinin amacı sindirim yolu ile trakea-bronşial yolu kaçak olmayacak şekilde kapatmak olmalıdır. Literatürdeki sınırlı sayıdaki vaka incelendiğinde olguların çoğunda trakeal ve özofageal yolu ayırmak için trakeal kapalı stent uygulaması ve beslenme amaçlı gastrotomi açıldığı görülmektedir [4, 7, 8]. Conti ve ark.'nın sunduğu olguda stent torakotomi ile çıkarılmış, trakea posteriorundaki defekt serratus kas flebi ve serbest deri grefti ile onarılmış, özofagus onarımı dört ay sonra gastrik interpozisyon ile proksimal özofagus anastomozu ile sağlanmıştır [5]. Katsanos ve ark.'nın sunduğu bir olguda stent cerrahi olarak çıkarılıp trakeal defekt primer suture edilmiş, özofagus defektli alanı ise rezeke edilip iki ay sonra kolon interpozisyonu ile rekonstrüksiyon yapılmıştır [7]. Fiorelli ve ark.'nın olgusunda ise cerrahi müdahale hayati risk oluşturabileceğinden palyatif medikal tedavi uygulanmıştır [6]. Bizim olgumuzda da olası bir cerrahi müdahale yüksek hayati riskli olarak değerlendirildiğinden, stent çıkarımı yada trakeal kapalı stent uygulaması yapılmadı.

Sonuç olarak biz sunduğumuz bu nadir görülebilecek vakayla uygulaması kolay olan özofageal stentlerin çok ciddi komplikasyonlara sebebiyet verebileceğini vurgulamak istedik.

## Kaynaklar

1. Conio M, et al. A modified self-expanding Niti-S stent for the management of benign hypopharyngeal strictures. *Gastrointestinal endoscopy*. 2007;65(4):714-20.
2. Piotet E, Escher A, Monnier P. Esophageal and pharyngeal strictures: report on 1,862 endoscopic dilatations using the Savary-Gilliard technique. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies*. 2008;265(3):357-64.
3. Sabharwal T, et al. Cardiovascular C, Interventional Radiological Society of E. Quality improvement guidelines for placement of esophageal stents. *Cardiovascular and interventional radiology*. 2005;28(3):284-8.
4. Chawla RK, Madan A, Chawla K. Tracheo-esophageal fistula: Successful palliation after failed esophageal stent. *Lung India : official organ of Indian Chest Society*. 2012;29(3):289-92.
5. Conti M, et al. Esophageal stent migration into the trachea. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2007;134(4):1084-5.
6. Fiorelli A, et al. Large tracheobronchial fistula due to esophageal stent migration: Let it be! *Asian cardiovascular & thoracic annals*. 2015.
7. Katsanos K, et al. Direct erosion and prolapse of esophageal stents into the tracheobronchial tree leading to

- life-threatening airway compromise. *Journal of vascular and interventional radiology : JVIR*. 2009;20(11):1491-5.
8. Madan K, et al. Tracheal penetration and tracheoesophageal fistula caused by an esophageal self-expanding metallic stent. *Case reports in pulmonology*. 2014;2014:567582.
  9. Reddy V, et al. Self-expanding metallic stent for the palliation of malignant esophageal obstruction complicated by vertebral erosion and esophagorespiratory fistula. *Gastrointestinal endoscopy*. 2000;51(1):83-5.
  10. Grundy A, Glees JP. Aorto-oesophageal fistula: a complication of oesophageal stenting. *The British journal of radiology*. 1997;70(836):846-9.
  11. Ali AT, et al. Esophageal stent erosion into the common carotid artery. *Vascular and endovascular surgery*. 2007;41(1):80-2.
  12. Sheahan P, Walsh MA. Use of a nitinol stent to treat dysphagia post-laryngopharyngectomy. *The Journal of laryngology and otology*. 2003;117(1):78-9.
  13. Hendra KP, Saukkonen JJ. Erosion of the right mainstem bronchus by an esophageal stent. *Chest*. 1996;110(3):857-8.