

TOTAL LARİNJEKTOMİ SONRASI ORAL BESLENMEYE GEÇİŞ ZAMANLAMASI VE FARİNGO-KUTANÖZ FİSTÜLLER

PHARYNGOCUTANEOUS FISTULAS AND TIMING OF ORAL FEEDING FOLLOWING TOTAL LARYNGECTOMY

Dr. Levent SAYDAM (*), Dr. Levent ÖZLÜOĞLU (*), Dr. Nihat AKÇAYÖZ (**)
Dr. Mehmet TAŞEL (***), Dr. Ayhan GÖKLER (**)

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 137-139

ÖZET : Total larinjektomi larinks kanseri nedeniyle halen en sık kullanılan cerrahi tekniklerden biridir. Bu ameliyatın en önemli morbidite nedenlerinden biri olan postoperatif faringokutanöz fistüllerin gelişiminde erken oral beslenmeye geçiş ve nazogastrik sonda kullanılmaması sıklıkla öne sürülen faktörlerdir. Serimizde hiç nazogastrik sonda takılmadan, postoperatif 1. günde oral beslenmeye geçilen 38 hastada karşılaştığımız fistül oranlarımız gözden geçirilmiş ve literatür bulgularıyla karşılaştırılmıştır. Sonuçlarımız postoperatif erken dönemde oral beslenmeye geçişin fistül gelişmesini provoke eden bir faktör olmadığını, bu komplikasyonda rol oynayan gerçek faktörlerin preoperatif radyoterapi, farinjektomi, farinks rekonstrüksiyon tekniği gibi tekniğe ilişkin ya da doku kanlanmasını bozan faktörler olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler : Total Larenjektomi, faringokatünöz fistül,

SUMMARY : Total laryngectomy is still one of the most frequently performed surgical techniques to treat the laryngeal cancer. Early beginning of oral feeding is commonly implicated in postoperative pharyngocutaneous fistulas which create a significant morbidity and even mortality following total laryngectomy. In our series of 38 patients, we started oral feeding is not a contributing factor in development of pharyngocutaneous fistulas despite to common belief. Preoperative radiotherapy, pharyngectomy, and T type pharyngeal reconstruction seem to be the real factors leading to fistula formation.

Key Words : Total laryngectomy, pharyngocutaneous fistulas

GİRİŞ

Larinksin konservatif kanser cerrahisindeki çok önemli gelişmelere karşın total larinjektomi halen en sık uygulanan cerrahi seçenek olmaya devam etmektedir. Şüphesiz bu majör cerrahi girişimin kendisine has problemleri de mevcuttur. Postoperatif faringo-kutanöz fistüller, hastada yarattıkları rahatsızlık, hastanede kalış süresini uzatmaları ve karotid arter kanamalarına zemin hazırlamaları nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir grubu teşkil ederler. Fis-

tül oluşmasında, preoperatif radyoterapi uygulanmış olması, residü tümör, beslenme bozukluğu, postoperatif hemoglobun seviyesi düşüklüğü, cerrahi teknikteki aksamalar, larinjektomiyle beraber farinjektomi veya boyun diseksiyonu yapılması gibi çeşitli predispozan faktörler sayılmaktadır. Bütün bu faktörlerin dışında postoperatif erken beslenmeye geçişin de çoğu zaman fistül gelişmesinde rol oynadığı ileri sürülmektedir. Total larinjektomili bir grup hastada yapılan bu çalışmanın amacı erken oral gıdalara başlanması ve postoperatif fistül gelişme oranı arasındaki ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

(*) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Bölümü, MALATYA

(**) S.S.K. Dışkapı Hastanesi, ANKARA

(***) Ankara Onkoloji Hastanesi, ANKARA

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada 1988-1991 yılları arasında Ankara Onkoloji Hastanesi ve Ankara S.S.K. Dışkapı Hastanesi K.B.B. Kliniklerinde, Larinks kanseri nedeniyle Total larinjektomi yapılmış olan 38 hasta incelenmiştir. Hastaların en genci 35, en yaşlısı ise 68 yaşındadır. 7 hastaya sadece total larinjektomi, 29 hastaya total larinjektomi ve beraberinde boyun diseksiyonu, 2 hastaya ise total larinjektomi ve boyun diseksiyonuna ek olarak parsiyel farinjektomi yapılmıştır.

Preoperatif olarak herhangi bir nedenle sistemik antibiyotik kullanan hastalar çalışmaya alınmamışlardır. Profilaktik olarak hastaların tümüne tek doz 3. kuşak sefalosporin uygulanmıştır.

Boyun diseksiyonunun tedaviye eklendiği hastalarda larinks ve boyun spesmenleri en blok olarak çıkarılmıştır. Spesmenin çıkarılmasını takiben ameliyat sahası bol ılık serum fizyolojik olarak yıkanmış ve rekonstrüksiyona geçilmiştir. Farinksdeki defekt 3/0 vicryl kullanılarak transvers tarzda dikilmiştir. Hastaların hiçbirinde postoperatif nazogastrik sonda uygulanmamış ve tüm hastalarda postoperatif 1. günde su verilerek oral beslenmeye geçilmiştir. Postoperatif 2. ve 3. günlerde suya ek olarak tanesiz komposto sultan, süt, ayran gibi gıdalara geçilmiş, 5.-7. günler arasında ise yumuşak gıdalara geçilmiştir. Tükürük fistülü tespit edilen vakalarda oral beslenme kesilerek nazogastrik sonda yoluyla gavaj diyetine başlanmıştır.

BULGULAR

38 hastadan 4'ünde (%10,5) ameliyat sonrasında 2.-15. günler arasında faringokutanöz fistül gelişmiştir. Bu gruptaki hastaların tümünde total larinjektomiye ek olarak radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Yalnızca total larinjektomi yapılan 7 hastada ise fistül görülmemiştir.

Tümörün larinks içine sınırlı olduğu 30 hastadan 1'inde (%3.3) fistül gelişirken, dil kökü yada hipofarinks ekstansiyonu gösteren 8 vakanın 3'ünde (%37.5) fistül görülmüştür.

Preoperatif radyoterapi alan 9 hastada fistül sayısı 4'dür. (%44)

Fistül gelişmeyen 34 hastada ortalama yatış süresi 14 gün, fistül görülen vakalarda ise ortalama 34 gündür. Bu grupta 1 vaka karotis arter ruptürü nedeniyle postop, 8. günde kaybedilmiştir.

TARTIŞMA

Total larinjektomiye takiben faringokutanöz fistül gelişme ihtimali değişik yayınlarda %3.9-25 arasında değişmektedir, (1, 3, 8) Postoperatif oral beslenmeye geçiş zamanlaması ve fistül gelişme riski arasında bağlantı olup olmadığı halen tartışmalı olan bir konudur. Oral beslenmeye geçişin geciktirilmesinin fistül ihtimalini azaltacağını düşünenler olduğu gibi (2, 5, 6), bu zamanlamayla fistül ihtimali arasında ilişki olmadığı savunular da vardır (1) Bu komplikasyonun gelişmesinde, preoperatif radyoterapi, larinjektomiye ek olarak boyun diseksiyonu yapılması, cerrahi teknikteki farklılıklar, larinjektomi gibi bir dizi diğer faktörlerin de rol oynaması ihtimali nedeniyle tek başına oral beslenmeye geçiş zamanının, fistül formasyonundaki etkisinden bahsetmek hayli zordur. 38 hastalık serimizde diğer risk faktörleri gözönüne alınmaksızın tüm hastalarda rutin olarak postoperatif 1. günde oral beslenmeye geçilmiştir. Tüm hastalar değerlendirilmeye alındığında %10.5 olan fistül oranı, radyoterapili grupta %44'e, total larinjektomi ve boyun diseksiyonu yapılan grupta %13'e, hipofarinks veya dil kökü ekstansiyonu olan grupta %37.5'a çıkmaktadır. Yalnızca total larinjektomi yapılan hastaların hiçbirinde fistül gelişmezken, lezyonun larinks içine sınırlı olduğu vakalarda ise cerrahi tedavinin cinsine bağlı olmaksızın fistül oranı %3.3 olarak bulunmuştur. Bu bulgular ışığında literatüre paralel olarak, preoperatif radyoterapi, radikal boyun diseksiyonu yapılması, farinjektomi gibi faktörlerin bizim serimizde de bu komplikasyonun gelişmesi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Buradan erken oral beslenmeye geçilmesinin yararlı olması üzerinde negatif bir etkisi olmadığı ortaya çıkmaktadır. Erken oral beslenmenin karşısında olanlarca en fazla üzerinde durulan konu farinksdeki taze sütür hattının yutma hareketiyle aşırı yük altında kalacağıdır. (5) Burada gözden kaçan, larinjektomi den sonra yutma

fizyolojisinde oluşan önemli değişikliklerdir. En önemlisi larinks elevator kaslarının devreden çıkması sonucu, motor işleyişindeki yavaşlamaya bağlı olarak, farinks büyük ölçüde dinamik bir pasaj olmaktan çıkmakla ve lokmanın ilerleyişi daha çok dil kökünün hareketleriyle sağlanmaktadır. (1) Ayrıca yapılan çalışmalar total larinjektomi sonrası faringeal ve alt ösefageal sfinkter basınçlarının azaldığını göstermiştir (7) Bu ise bollusun ilerlemesi için daha az kaslar aktivite demektir.

Esasen larinjektomili hastalar postoperatif dönemde devamlı olarak tükürüklerini yutmaktadırlar, yani farinks aslında hiçbir zaman tam anlamıyla istirahatte değildir (1) Bu nedenle erken oral sıvı gıdalara başlamanın sütür hattına zararlı olmasının, nazogastrik sondanın devamlı olarak taze sütür hattına yapacağı irritatif etkinin yanında belki sadece teorik düzeyde sözü edilebilecek. Takat pratikte hiç karşılaşılmayacak bir ihtimal olduğu gayet açıktır. (4)

Total larinjektomiye ek olarak farinjektomi yapılan ve preoperatif radyoterapi verilen vakalardaki yüksek fistül oranları (%37.5 ve %44). sütür hattındaki gerginlik ve doku yatağındaki kanlanma bozukluğu gibi teknik ve fizyolojik faktörlerin, bu komplikasyonunun gelişmesinde rol oynayan gerçek faktörlerin en azından önemli bir kısmını teşkil ettiğini göstermektedir. Bu nedenle hastalarda tedavi planlaması yapılırken bu faktörlerin göz önüne alınması, preoperatif radyoterapiden (özellikle radikal boyun diseksiyonu yapılacak vakalarda) kaçınılması, fa-

rinksdeki doku kaybının fazla olduğu vakalarda sütür hattındaki gerginliğe engel olmak için onarımda kullanılmak üzere sahaya vaskülarize dokuların (mykokutan flepler gibi) getirilmesi gibi opsiyonlara yönelinmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak postoperatif erken (1. gün) dönemde oral beslenmeye geçine şeklindeki yaklaşımımız fistül gelişmesinde olumsuz bir etki yaratmadığı gibi nazogastrik sondanın irritasyonundan hastayı korumakta ve büyük bir ameliyatın hemen ertesinde ağızdan beslenebilmesi, hastanın moral düzeyi ve postoperatif klinik seyri üzerinde çok olumlu bir etki yapmaktadır.

Yazışma Adresi : Dr. Levent SAYDAM
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Kliniği MALATYA

KAYNAKLAR

1. BOYCE SE, MEYERS AD; Oral feeding after total laryngectomy. Head Neck II : 269-273, 19B9,
2. BRIANT TD : Spontaneous pharyngeal fistula and wound infection following laryngectomy. Laryngoscope 85 : 829 - 834, 1975.
3. HORGAN EC. DEDO HH : Prevention of major and minor fistulae after laryngectomy. Laryngoscope 89 : 250-260, 1979.
4. HOŞALN. TURAN E : Larinjektomilerde postoperatif ağızdan beslenme. XV, Türk Otolaringoloji Derneği Milli Kongresi tutanakları, Çeltüt Matbaası, İstanbul, 1982.
5. KIRCHNER JA. SCATIJJFF JH. DEY FL ve ark. : The after laryngectomy. Laryngoscope 73 : 18-33, 1963.
6. LUNDGREN J : Haryngoculaneous fistulas following total laryngectomy. Clin Otolaryngol 4:13-23, 1979,
7. SANDBERG M : Mobility of the pharynx and esophagus after laryngectomy. Acta Otolaryngol 263: 124-127, 1970.
8. STELLPM, COONEY TC : Management of fistulae of the head and neck after radical surgery. J laryngol OLol 88 : 819 -833, 1974.