

Total Larenjektomi Sonrası Ağızdan Erken Beslenmenin Farengokütanöz Fistül Gelişimi Üzerine Etkisi

Ü. Gürel, D. Özkul, İ. Çukurova, S. Kaptaner, B. Altar, Ö. Uğur, A. Tatar, M. İber, E. Ciğer

The effect of the early oral feeding after total laryngectomy on the development of the pharyngocutaneous fistulae

Objectives: The time to begin oral feeding after total laryngectomy remains a subject of debate among head and neck surgeons. Widely accepted consideration about this subject is early feeding may facilitate the development of pharyngocutaneous fistulae.

Methods: 68 patients who had been totally laryngectomized between January 1, 1998 and December 31, 2002 in SSK Tepecik Training Hospital, ENT - Head and Neck Surgery Clinic were included in this study. Patients were divided into two groups as control and study. 36 patients who had been totally laryngectomized between January 1998 and June 2001 formed the control group, who were orally fed 7 to 10 days after total laryngectomy. 32 patients consisted the study group that underwent total laryngectomy between August 2001 and December 2002. The oral feeding of this group began between the 24th and 72nd postoperative hours (average 2.1 days).

Results: The developmental and the predispositional factors of the fistulae were evaluated. Pharyngocutaneous fistulae ratio was found to be 9.4% for the early feeding group (24 to 72 hours) and 13.9% for the late feeding group (7 to 10 days). The mean time for fistula to be formed was considered to be 7 days for the early feeding group and 10 days for the late feeding group. Hospitalization period of the patients without fistulae after the operation was found to be 9 days for early feeding group and 11.5 days for the late feeding group.

Conclusion: The difference between these two groups is not statistically significant ($p>0.05$).

Key Words: Pharyngocutaneous fistulae, total laryngectomy, early feeding, fistulae.

Özet

Amaç: Total larenjektomi sonrası ağızdan beslenmeye başlama zamanı, günümüzde tartışma konusu olan bir durumdur. Bu konudaki yaygın düşünce ağızdan erken beslenmenin farengokütanöz fistül gelişimini kolaylaştırabileceği şeklindedir.

Yöntem: Tepecik SSK Eğitim Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği'nde 1.1.1998-31.10.2002 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 68 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalar kontrol grubu ve çalışma grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Kontrol grubunu, Ocak 1998 - Haziran 2001 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 36 hasta oluşturmuştur. Bunlar ameliyat sonrası 7-10 günler (ortalama 7.4 gün) arasında ağızdan beslenmiştir. Çalışma grubunu Ağustos 20001- Aralık 2002 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 32 hastada oluşturmuştur. Bu grup 24-72 saat sonra (ortalama 2.1 gün) ağızdan beslenmeye başlanmıştır.

Bulgular: Hastalarda farengokütanöz fistül gelişip gelişmediği ve fistül oluşumuna predispozan diğer faktörler de incelenmiştir. Total larenjektomi sonrası farengokütanöz fistül oranı ağızdan erken (24-72 saat) beslenen çalışma grubunda %9.4 ve ağızdan geç (7-10 gün) beslenenlerde %13.9 bulunmuştur. Fistülün ortaya çıkış süresi ortalaması ağızdan erken beslenen grupta 7. gün ve ağızdan geç beslenen grupta 10. gün olarak belirlenmiştir. Hastanede kalış süreleri; fistül gelişmeyen hastalarda ağızdan erken beslenen grupta ortalama 9 gün, ağızdan geç beslenen grupta ise ortalama 11.5 gün olarak saptanmıştır.

Sonuç: İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anahtar Sözcükler: Farengokütanöz fistül, total larenjektomi, erken beslenme, fistül.

Türk Arch Otolaryngol, 2005; 43(3): 145-149

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2005; 43(3): 145-149

Dr. Ünal Gürel, Dr. Doğan Özkul, Dr. İbrahim Çukurova, Dr. Suat Kaptaner, Dr. Bedri Altar, Dr. Ömer Uğur, Dr. Alper Tatar, Dr. Metin İber, Dr. Ejder Ciğer
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İzmir

Giriş

Total larenjektomi sonrası ağızdan beslenmeye başlama zamanı, kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi

ları arasında tartışma konusudur. Bu konuyla ilgili yaygın görüş ağızdan erken beslenmeye başlanmasının farengokütanöz fistül gelişimine neden olabileceğidir.^{1,2} Bu nedenle ağızdan beslenmeye 7-10 gün sonra başlanması alışlagelmiş bir uygulamadır. Yaygın düşüncenin aksi 24-72 saat sonra ağızdan erken beslemeye başlanmasıdır.^{1,2} Ağızdan erken beslenmenin, farengokütanöz fistül oluşumuna önemli etkisi olmayacağı gibi nazogastrik sondanın yaptığı tahrişten hastayı koruma, hastanın morali ve klinik seyrine olumlu etki yapması, hastanede kalış süresini kısaltması gibi olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastanın yatış süresinin kısalması morbiditeyi arttırmadan hastane giderlerinin azalmasını sağlayabilir. Planladığımız bu çalışmada amacımız, total larenjektomi sonrası ağızdan erken beslenmenin uygulanabilirliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Tepecik SSK Eğitim Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği'nde 1.1.1998-31.10.2002 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 68 hastanın çalışmaya alınması planlanmıştır. Primer larenks tümörü nedeniyle total larenjektomi uygulanan, ameliyat öncesi baş boyun bölgesine radyoterapi almamış olan, parsiyel farenjektomi yapılmayan, ameliyat öncesi hematolojik değerleri normal olanlar çalışmaya alınmıştır. Hastalar kontrol grubu ve çalışma grubu olmak üzere ikiye ayrıldı. Çalışmaya katılan 68 hastanın tam bir baş boyun muayenesi ve diş muayenesi, larenks ve boyun BT görüntülemesi, tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri yapılmıştır. Ameliyat öncesi hastaların bir kısmına genel, bir kısmına da lokal anestezi altında direkt veya indirekt larengoskopi ve özofagoskopi yapılarak biyopsileri alınmıştır. Ameliyat öncesi ağız ve dişler antiseptik solüsyonlarla temizlenmiştir. Tüm cerrahi işlemler kliniğimiz kıdemli cerrahları tarafından yapılmış veya denetlenmiştir. Ocak 1998-Haziran 2001 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 36 hasta ameliyat sonrası 7-10. günler (ortalama 7.4 gün) arasında ağızdan beslenmiştir. Bu hastalar kontrol grubunu oluşturmaktadır. Temmuz 2001- Ekim 2002 tarihleri arasında total larenjektomi yapılan 32 hastada 24-72 saat sonra (ortalama 2.1 gün) ağızdan beslenmeye başlanmıştır. Bu hastalar da çalışma grubunu oluşturmaktadır. Tüm hastalarda apron flep cilt insizyonu kullanılmıştır.

Farengoözofagoplastide iki kat dikiş kullanılarak, hastaların büyük bölümü T şeklinde, küçük bir kısmı horizontal dikiş ile onarılmıştır. Birinci tabaka 3.0 vicryl ile mukoza kenarına yakın olarak 3-4 mm aralıklarla büyük bir kısmına tek tek, küçük bir kısmına devamlı dikiş yapılmıştır. İkinci tabaka ise 3.0 katgüt ile orta hatta inferior farengeal konstriktörlerin kesi dudakları ile suprahioyoid kasların kesi dudaklarını yaklaştıracak şekilde dikilmiştir. Dikişlerin üst üste gelmemesine özen gösterilmiştir. Strep kaslar medialize edilerek farenks önü üçüncü kat olarak kapatılmıştır. Cilt dikişleri alınana kadar tüm hastalar parenteral antibiyoterapi almıştır. Antibiyotik olarak 3. kuşak sefalosporin kullanılmıştır. Çalışma grubundaki hastaların hiçbirine gavaj sondası takılmamıştır. Çalışma grubundaki hastalar ilk 24-72 saatte parenteral beslenmiştir. İlerleyen günlerde ağızdan beslenme ile koordineli olarak parenteral sıvı desteğine devam edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar ilk 24 saat parenteral ve 7-10. gün gavaj sondası ile beslenmiştir. Çalışma grubunda 24-72 saat sonra, kontrol grubunda 7-10. gün sulu ve yoğurt, puding gibi yumuşak gıda ile beslenmeye başlanmıştır. İlerleyen günlerde yumuşak gıdaların miktarı artırılmış ve daha sonra katı gıda ile beslenmeye geçilmiştir. Fistül gelişen hastaların ağızdan beslenmesi kesilmiş ve gavaj sondası ile beslenmeye geçilmiştir. Sık ve baskılı pansuman yapılmıştır. Cilt dikişleri 7-8. gün, stoma dikişleri 9-10. gün alınmıştır. Hastalar 6-12 ay süre ile izleme alınmış, ilk 6 ay ayda bir, ikinci 6 ay iki ayda bir kez kontrole çağrılmış, ortalama 8 ay süre ile izlenmiştir.

Bulgular

Çalışmaya total larenjektomi sonrası ağızdan erken beslenen 32 hasta (çalışma grubu) ile, geç beslenen 36 hasta (kontrol grubu) olmak üzere toplam 68 hasta alınmıştır. Çalışma grubundakilerin hepsi erkek, kontrol grubundakilerin ise 1'i kadın olup, 35'i erkektir. Çalışma grubundaki hastalar 38-76 yaş arasında olup yaş ortalaması 61'dir. Kontrol grubu ise 38-73 yaş arasında olup yaş ortalaması 56.5'tir. Fistül gelişen hastaların yaş ortalamaları çalışma grubunda 61 (47-73), kontrol grubunda 59 (56-65) olarak saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların tümünde farengokütanöz fistül gelişimi incelendiğinde; çalışma grubunda 3 (%9.4), kontrol grubunda 5 (%13.9) hastada fistül geliştiği görülmüştür. Fistül gelişen hastaların ağızdan beslenmesi kesilmiş, gavaj

sondası ile beslenmeye, sık ve baskılı pansumana başlanmıştır. Bu alınan önlemlerle fistülün başarılı bir şekilde kapanması sağlanmış ve cerrahi müdahale gerekmemiştir. Fistülün ortaya çıkış süresi ise çalışma grubunda ortalama 7. gün, kontrol grubunda ortalama 10. gün olarak belirlenmiştir.

Fistül gelişmeyen hastaların hastanede yatış süresi; çalışma grubunda ortalama 9 gün, kontrol grubunda ortalama 11.5 gün saptanmıştır (Şekil 1).

Çalışmamızda, yaş, sigara, alkol, ağız bakımı, sistemik hastalığın varlığı, ameliyat öncesi trakeotomi, tümörün yerleşimi, evresi ve histopatolojisi, boyun diseksiyonunun yapılması, ilave tiroid cerrahisi, farengeal myotomi, farengeal kapatma tekniği (tek tek veya devamlı dikiş ve horizontal veya Y şeklinde kapatma), hematoma ve yara yeri enfeksiyonu gibi diğer potansiyel risk faktörleri de analiz edilmiştir.

Tartışma

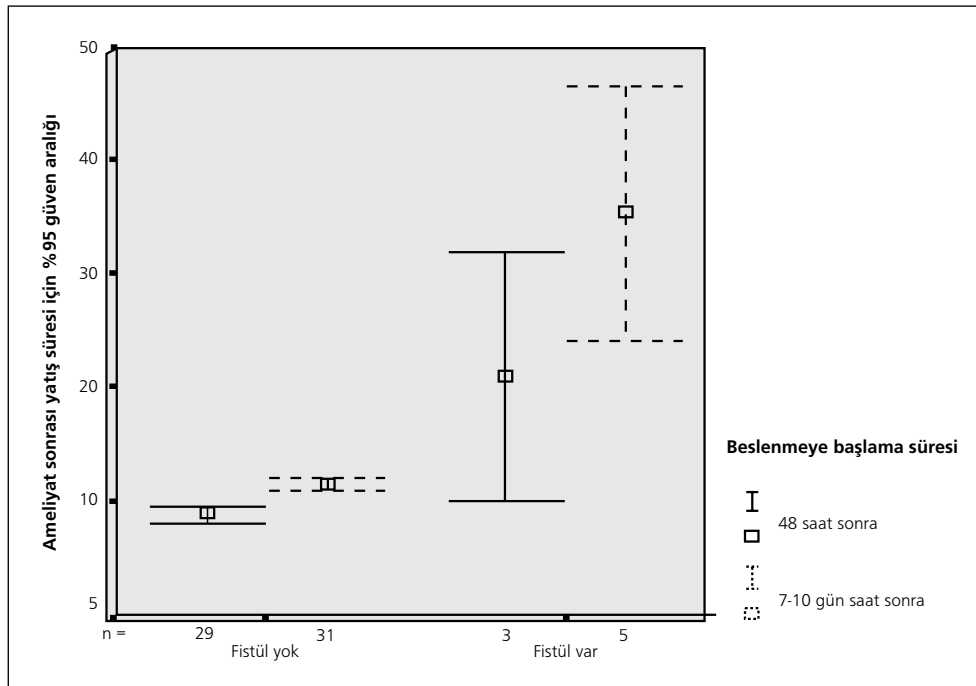
Total larenjektomi komplikasyonu olarak gelişen farengokütanöz fistül insidansı %2-66 arasında değişmektedir. Bu kadar farklı oranların görülmesi hasta seçimi ve

cerrahi teknikteki farklı uygulamalarla açıklanmaktadır.³ Farengokütanöz fistül total larenjektominin en sık ve ciddi komplikasyonudur. Fistül gelişimi hastanın morbiditesini ve hastanede kalış süresini artırmakla kalmaz, zaman zaman yaygın sepsis, pnömoni, ya da karotid arter rüptürüne bağlı olarak ölüme de yol açabilir.²

Total larenjektomi olgularında ağızdan beslenmeye başlama zamanı en çok tartışılan konulardan biridir. Bazı araştırmacılar ameliyat sonrası erken dönem ağızdan beslenmeye başlanmasının farengokütanöz fistül oluşumunu arttırdığına inanırken, diğer bazı araştırmacılar ağızdan erken beslenmenin fistül gelişimini etkilemediğini savunurlar.³

Cantrell'e göre total larenjektomiden 9 gün sonra ağızdan beslenmeye başlanmalıdır. Buna gerekçe olarak, yara iyileşmesinin kollajen fazında (5-14. gün) gerilim kuvvetinin progresif bir şekilde arttığını göstermektedir.⁴ Applebaum ve Levine'e göre yara yerinin en zayıf olduğu zaman operasyondan sonraki 7-10 gün arasında olduğundan bu dönemin sonuna kadar ağızdan beslemenin ertelenmesi uygundur.⁵

Deri kesisinin operasyondan 24-48 saat sonra su geçirmez bir biçimde iyileştiği iyi bilinmektedir. Bu süre



Şekil 1. Fistül gelişen ve gelişmeyen olgularda ameliyat sonrası yatış süreleri (n: hasta sayısı).

aynı zamanda farengeal mukozanın da iyileşme süresidir. Normalde günde 1500 ml tükürük düzenli olarak yutulur. Tükürük mekanik olarak diğer yutulan sıvı ve ya katı yiyecekler kadar zarar vericidir. Birçok total larenjektomi hastasının cerrahiden 24-48 saat sonra tükürüklerini yutmaya başlamaları ağızdan erken beslenme görüşüne en büyük dayanak olmuştur.⁶ Total larenjektomi sonrası ağızdan geç beslenmeyi savunuların çoğu hastalarını gavaj tüpü yoluyla beslemektedirler. Diğer bir yandan yapılan bazı çalışmalarda da gavaj tüpünün farenkse ve dikiş hatlarına direkt etkiyle, yara iyileşmesini geciktirerek fistül gelişimine neden olduğu gösterilmektedir.⁷ Boyce ve Meyers, çalışmalarında ağızdan beslenme zamanının fistül gelişiminde az etkili olduğunu ve gavaj tüpünün hareketinin bir günde 3 defa beslenmekten daha iritan olduğunu belirtmektedirler.⁸

Akyol ve ark., total larenjektomi sonrası ağızdan erken besledikleri 110 hastanın 23'ünde (%21) farengokutanöz fistül saptamışlardır.⁹

Medina ve Khafif, total larenjektomili 55 hastayı ameliyat sonrası 48-72 saatte beslemişler, fistül oranını %3.6 bulmuşlardır.⁶ Bu oran daha önce bildirilen oranlara göre oldukça düşüktür. Çalışmalarında, fistülü önlemede en önemli faktörün, cerrahın titiz cerrahi tekniğine bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Baş ve boyuna önceden geniş radyoterapi almış, larenjektomiye ek olarak parsiyel farenjektomi yapılanların çalışmadan çıkarılması, perioperatif antibiyotik kullanımı ve yapılan ameliyatlarda cerrahi sınırın negatif olmasını, düşük fistül oranına olumlu katkısı olan faktörler olarak belirtmişlerdir.⁶

Bizim çalışmamızda, farengokutanöz fistül oranları ağızdan erken beslenen (24-72 saat) çalışma grubunda %9.4 ve ağızdan geç beslenen (7-10 gün) kontrol grubunda %13.9 olarak saptanmıştır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Fistül gelişmeyen hastaların hastanede kalış süresi çalışma grubunda ortalama 9 gün ve kontrol grubunda ortalama 11.5 gün bulunmuştur. Hastanede kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve ameliyat sonrası yatış süresinde kayda değer bir azalmaya neden olmuştur ($p<0.05$). Ayrıca çalışmamızda farengokutanöz fistülün ortaya çıkış süresi de değerlendirilmiştir. Çalışma grubunda fistülün ortalama 7. günde, kontrol grubunda 10. günde geliştiği saptan-

mıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fistül gelişiminde etkili diğer potansiyel risk faktörlerini de incelenmiş ve fistül gelişimi ile ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ağızdan erken beslenme, komplikasyon oranını artırmadan, hastanın konforunda artış ve hastanede kalış süresinin kısılmasını sağlamaktadır.

Sonuç

Çalışmamızda, total larenjektomi sonrası farengokutanöz fistül oranı, ağızdan erken (24-72 saat) beslediğimiz çalışma grubunda %9.4 ve ağızdan geç (7-10 gün) beslediğimiz hasta grubunda %13.9 olarak saptanmıştır. Farengokutanöz fistülün ortaya çıkış süresi ortalama ağızdan erken beslenen grupta 7. gün ve ağızdan geç beslenen grupta 10. gün olarak bulunmuştur. Fistül gelişmeyen hastaların hastanede kalış süreleri ise ağızdan erken beslenen grupta ortalama 9 gün, ağızdan geç beslenen grupta ise ortalama 11.5 gün olarak saptanmıştır. Fistül gelişimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış fakat, gerek fistülün ortaya çıkış süresi ve gerekse hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamız, daha önce baş-boyuna radyoterapi almamış ve primer larenks tümörü nedeniyle total larenjektomi yapılan hastalarda farengokutanöz fistül oranını artırmadığını göstermiştir. Ağızdan erken beslenen hastalar gavaj tüpü stresinden korunur ve bu durum hastanın moralini olumlu etkiler. Bu durum, hastaların hastanede kalış süresinin kısılmasını ve morbiditeyi artırmadan hastane giderlerinin azalmasını sağlar. Bu sonuçların ışığı altında total larenjektomi yapılan hastalarda ağızdan erken beslenmenin uygulanabilir ve güvenilir bir yöntem olduğu kanısındayız.

Kaynaklar

1. Saydam L, Kalcioğlu T, Kızılay A. Early oral feeding following total laryngectomy. *Am J Otolaryngol* 2002; 5: 277-81.
2. Thawley SE. Cysts and tumors of the larynx. In: *Otolaryngology*. Vol. 3 3rd ed. Philadelphia; Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL., editors. W.B. Saunders Company; 1991. p. 2359.
3. Hier M, Black MJ, Lafond G. Pharyngo-cutaneous fistulas after total laryngectomy: incidence, etiology and outcome analysis. *J Otolaryngol* 1993; 22: 164-6.

4. **Cantrell RW.** "How I do it" - head and neck. A targeted problem and its solution. Pharyngeal fistula: prevention and treatment. *Laryngoscope* 1978; 88: 1204-8.
5. **Applebaum EL, Levine HL.** Pharyngeal reconstruction after total laryngectomy. *Laryngoscope* 1997; 87: 1884-90.
6. **Medina JE, Khaff A.** Early oral feeding following total laryngectomy. *Laryngoscope* 2001; 111: 368-72.
7. **Aprigliano F.** Use of the nasogastric tube after total laryngectomy: is it truly necessary? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 95: 513-4.
8. **Boyce SE, Meyers AD.** Oral feeding after total laryngectomy. *Head Neck* 1989; 11: 269-73.
9. **Akyol MU, Özdem C, Çelikkanat S.** Early oral feeding after total laryngectomy. *Ear Nose Throat J* 1995; 74: 28-30.

İletişim Adresi: Dr. Ejder Çiğer
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi
Kulak Burun Boğaz Kliniği
Yenişehir 35120 İZMİR
Tel: (0232) 469 69 69 / 1615
Faks: (0232) 433 07 56
e-posta: ejderciger@botmail.com