

## Çocuklarda Kostik Özofagus Yanıkları

Doç. Dr. Coşkun Özcan  
EÜTF Çocuk Cerrahisi AD, Bornova İzmir

**GİRİŞ:** Kostik madde içimine bağlı gelişen özofagus yaralanmaları çocuklarda büyük bir sağlık sorunudur. Kostik, kırsal alanlarda ve gelişen ülkelerde, evlerde sabun yapımı, meyve kurutulması ve ev temizliği kullanılmaktadır. Ayrıca, kostik temizleme maddelerinin yanlış ambalajlanma biçimleri çocukların bu maddeleri kaza eseri almalarına neden olmaktadır. Kostik madde içimi genelde 3 yaş altı çocuklarda sıktır. Yetişkinlerde olan bu tür olaylar genelde bilinçli, intihar amaçlı yapılır. Mortalitenin nadir olmasına karşın, morbidite korkunçtur ve hayat boyu süren sorunlar yaratabilir. Bu maddelerin paketlenmesi, etiketlenmesi ve kullanımını kısıtlayan kanuni hükümlere ve eğitime büyük ihtiyaç vardır.

**ETİYOLOJİ:** Hem sıvı hem de granüler biçimde bulunan güçlü alkaliler (pH > 12) ciddi yaraların ana nedenidir. Çamaşır beyazlatıcılar, bulaşık deterjanları ve bir çok temizleme maddesi orta derecede alkalidir ve yutulan yakıcı maddelerin başında gelmektedir. Tat vermeyen alkali solüsyonların aksine, güçlü asitlerin acı bir tadı vardır ve içilmesi durumunda genelde dışarı tükürülse de yutulduğu zaman direkt olarak özofagusu geçer ve mide antrumunda en büyük zararı verir. Saat pilleri, eğer şarjlı ise negatif elektrottaki hidrolizden dolayı mukozaya zarar verebilir.

**PATOFİZYOLOJİ:** Güçlü asit veya alkalilerle olan temas sonrasında mukozada hasar saniyeler içinde oluşur. Asit hasar sonucu, mukozada koagülasyon nekrozu gelişir, alkali alınımında ise likefaksiyon nekrozu olur. Özofagusun en çok hasara uğradığı alanlar koroziv maddenin geçişinin yavaşladığı krikorfarineal bölge, sol ana bronş ve aortik arkin kesiştiği orta özofagus ve özofagogastrik bileşkenin hemen üstüdür. Koroziv maddelere bağlı yaralanmalarda hemoraji, tromboz ve ciddi inflamasyonun olduğu subakut aşama ilk 2. hafta boyunca devam eder. Üçüncü hafta içinde skar formasyonu başlar, fibroblastik proliferasyon submukoza ve muskularis tabakalarında ilerler ve darlık gelişmeye başlar. Bu darlığın nedeni kollagen birikimidir. Nedbe dokusunun son şeklini alması ise 2 yıla kadar uzayabilir.

**KLİNİK BULGULAR:** Orofarenkste dışarıdan gözlenen ağır yanık bulguları olan bir çok hastada özofagusta da yanık ağrıdır. Ancak orofarengeal bulgusu olmayan olguların da % 10 nunda özofagusta yanık olabileceği unutulmamalıdır. Ağızda ciddi yanık ve ağrı, retrosternal bölgede ağrı olabilir. Tükürük yutamama ve yutma güçlüğü ciddi özofageal yaralanmayı gösterir. Üst solunum yolunun akut obstrüksiyonu, kostik maddenin yarattığı laringeal ve posterior faringeal ödemden kaynaklanabilir. Nadiren mediastinit, peritonit ve şokla seyreden özofagus perforasyonu meydana gelebilir.

**İLK MÜDAHALE VE TANI:** İlk olarak yeterli bir solunum yolu sağlanır. Kusturtma kontraendikedir, çünkü mide içeriğinin regurjitasyonu yaralanmayı derinleştirebilir. Ayrıca, kusulan madde üst solunum yollarına kadar çıkarak solunum yolu tıkanıklığına yol açabilir.

Anamnez ve fizik muayenenin özofageal yaralanma açısından tam güvenilir olmaması nedeniyle özofagus endoskopisi tedavi açısından önemlidir. Rijid yada fiberoptik endoskopi ilk 24-48 saat içinde yapılırsa hem güvenli hem de kesin bilgi sağlar. Özofageal yaralanma gözlenmezse tedaviden gereksizdir. Endoskopik olarak dairesel (çevresel) yanıkların görülmesi tedavi protokolünün başlaması için yeterlidir. Bu aşamadan sonra daha distale doğru ilerlemek hem gereksizdir hem de potansiyel olarak zararlıdır. Bu durumda oluşabilecek bir perforasyon, mediastinit ve hatta ölüme neden olabilir. Stridor ile kendini gösteren faringeal yanıklarda erken özofagoskopi kontrendikedir, çünkü solunum yolu tıkanıklığını artırma riski vardır. Bu olgularda üst solunum yollarındaki ödem çözüldüğünde özofagoskopi yapılabilir.

**TEDAVİ:** Eğer, hipoklorit beyazlatıcılar (Klorak) gibi bilinen, orta dereceli iritanlar yutulmuş ve yaralanma bulgusu da yok ise; tedavi yapılmadan beklenebilir. Yutulan maddenin ne olduğu bilinmiyor ise endoskopi önerilir. Endoskopik olarak çevresel yanık saptanan olgularda beslenmenin 3 gün süresince kesilmesi önerilir. Bu sayede yanık alanındaki inflamasyon ve sonrasında gelişecek darlık en az seviyede tutulmaya çalışılır. Üç gün sonrasında, hasta tükürüğünü yutabildiği zaman, oral besleme sıvı gıdalarla başlatılır. Bu şekilde katı, pürüklü gıda içermeyen sıvı diyetlerin epitelizasyonun sürdüğü 21 gün boyunca devam edilmesi önerilir.

**KOROZİF HASARIN KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ:** Yaradan 2-3 hafta sonra yapılan radyolojik yada endoskopik incelemelerde darlık saptanırsa dilatasyon programına başlanılır. Bu amaçla çeşitli tiplerde bujiler yada balon dilatatörler kullanılabilir. Darlığın yeterli ve güvenli bir dilatasyonu için işlemler genel anestezi altında uygulanmalıdır.

Dilatasyon araları 3 haftayı aşmamalıdır. Dilatasyona, darlığın tahmini çapından 1-2 fr daha küçük olan dilatatör ile başlanır ve direncin hissedildiği dilatatör çapının bir yada en fazla 2 fr büyük dilatatör ile dilate dilerek sonlandırılır. Bu arada kanama saptanırsa dilatasyon durdurulmalıdır. Özofageal perforasyon, özofageal dilatasyonlar sırasında oluşabilecek, hayati tehlike yaratan bir komplikasyondur.

Eğer dilatasyon başarısız olursa ve ağır bir darlık gelişirse gastroözofageal reflünün (GER) araştırılması ve saptanırsa tedavisi gerekir. Çünkü korozif yaralanmadan sonra özofagusun daralması yanısıra kısalmasına da bağlı olarak alt özofagus sfinkteri mekanikleri bozulmakta, GER gelişmekte ve bu da darlığın iyileşmesine engel olmaktadır. Kısa darlıklarda dilatasyonlarla birlikte steroidlerin (% 1 triamcinolone asetat) lokal enjeksiyonunun yararlı olduğu bildirilmiştir.

Bazı araştırmacılar uzun süreli özofagus kalıpların kullanımını önermektedirler. Bu şekilde lümen açıklığı sağlanır ve hasta oral yoldan beslenebilir. Eğer dilatasyon yada kalıp tedavilerinin başarısız olduğu düşünölüyor ise özofageal replasman tavsiye edilir.

**UZUN SÜRELİ SONUÇLAR:** Kostik hasardan sonra karsinom gelişimi gerçekten bir risktir, ama hastalığın 15 ile 40 yıllık bir latent dönemi vardır. Ayrıca Barret Sendromu da gelişebilir. Bu geç dönem komplikasyonları göz önüne alınacak olursa *özofagusun ne dereceye kadar korunması doğrudur* sorusu akla gelir. Bu konudaki görüşler farklı olup özofageal lümen tam olarak kapanmadığı sürece, özofagusun korunması gerektiğini savunanların yanısıra erken dönemde özofajektomi ve özofagus replasmanı öneren görüşler de vardır.