



Olgu sunumu/ Case report

Metal para yutma sonrası gelişen özofagus perforasyonu ve şilotoraksın tedavisi

Hıdır Esme¹, Arif Ateş¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Konya

Öz

Özofagus yaralanmaları acil müdahale gerektiren, tanı ve tedavisindeki gecikmelerin mortalite ve morbiditede ciddi artışa yol açtığı klinik bir tablodur. Endoskopik girişimlerin yaygınlaştığı günümüzde iyatrojenik özofagus yaralanmaları artmıştır. Bu yazıda yabancı cisim (metal para) aspire eden 3 yaşında bir hastada yaptığımız rijit özofagoskopi sırasında meydana gelen özofagus perforasyonunun takip ve tedavisinde uyguladığımız yaklaşımları paylaşıyoruz. Özofagoskopiden 2 gün sonra ateş, taşipne ve sağ plevral efüzyon oluşması üzerine özofagus perforasyonu düşünüldü. Özofagus perforasyonu servikal insizyon ile primer olarak onarıldı. 10 gün sonra çekilen özofagogramda özofagustan ince bir kaçak şeklinde fistül görüldü. Hastanın takibinde sağ hemitoraksta ampiyem ve şilotoraks gelişti. Antibiyoterapi, betadinli plevral yıkama, somatostatin tedavisi, tüp torakostomi ile drenaj, kimyasal plörodez, dekortikasyon ve duktus torasikus kütle ligasyonu uygulandı. Postoperatif 88. gün hasta taburcu edildi.

Anahtar kelimeler: Metal para yutma, özofagus yaralanması, şilotoraks

Treatment of esophageal perforation and chylothorax developed after ingestion of metal money

Abstract

Esophageal injuries are a clinical condition that requires urgent intervention and delays in diagnosis and treatment lead to a significant increase in morbidity and mortality. Iatrogenic esophageal injuries have increased as endoscopic procedures have become widespread. In this paper, we present the approaches we applied in the follow-up and treatment of esophageal perforation during rigid esophagoscopy in a 3 year olds patient who aspirated foreign body (metal money). Two days after esophagoscopy, fever, tachypnea, and right pleural effusion occurred, esophageal perforation was considered. Esophageal perforation was primarily repaired cervical incision. After 10 days, the esophagogram revealed a fistula as a thin leak from the proximal esophagus. Follow-up of the patient developed empyema and chylothorax in the right thorax. Antibiotherapy, betadine pleural washing, somatostatin treatment, tube drainage, chemical pleurodesis, decortication and ductus thoracicus mass ligation were performed. The patient was discharged on the 88th postoperative day.

Key words: Metal money ingestion, esophageal perforation, chylothorax

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Hıdır Esme

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Konya
Tel : +90 5073096599
Email: drhesme@hotmail.com

Doi: 10.30569/adiyamansaglik.548833

Geliş Tarihi: 03.04.2019

Kabul Tarihi: 17.07.2019

Giriş

Özofagus perforasyonları nadir görülür, fakat özofagusa yönelik tanı ve tedavi ile ilgili invaziv girişimlerin artması sonucu sıklığı giderek artmaktadır. Özofagus perforasyonu kısa sürede mediastinal ve/veya plevral enflamasyon ve enfeksiyon, ardından sepsis gelişmesine neden olduğundan, bu olgularda morbidite ve mortalite yüksektir (1). Bu olgumuzda, metal para yutması sonrası tanısız invaziv girişim sonucu ortaya çıkan özofagus perforasyonu ve 88 gün devam eden tedavi süreci anlatıldı.

Olgu Sunumu

3 yaşında erkek hasta, çocuk acil servise metal para aspire etme hikayesi ile getirildi. Akciğer grafisinde metal paranın özofagus birinci darlıkta olduğu tesbit edildi (Resim 1). Genel anestezi altında özofagus birinci darlıktaki para, magic klemp yardımıyla çıkarılmaya çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Ardından özofagusa foley sonda gönderilip, kafi şişirildikten sonra çıkarılma işlemi denendi. Yine başarılı olunamadı. Hastaya rijit özofagoskopi yapıldı ve metal paranın özofagusta olmadığı görüldü. Hemen ardından skopide metal paranın midede olduğu görüldü ve işleme son verildi (Resim 2). Gözlem amacıyla yoğun bakıma alınan ve 24 saat oral gıda verilmeyen hastada postoperatif birinci günde çekilen Akciğer grafisinde patoloji saptanmaması üzerine hastanın orali açıldı. Postoperatif ikinci günde boğaz ağrısı, yüksek ateş ve yutma güçlüğü gelişen hastanın çekilen Akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon tesbit edilmesi üzerine özofagus perforasyonu düşünüldü (Resim 3). Flexibl endoskopide özofagus birinci darlıkta perforasyon saptandı.



Resim 1. PA Akciğer grafisinde özofagus birinci darlıkta metal yabancı cisim.

Resim 2. Ayakta direk grafide midede metal yabancı cisim.

Resim 3. PA Akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon.



Resim 4. Özofagografide servikal bölgeden sağ toraksa belirgin radyoopak madde kaçıışı.

Resim 5. Postoperatif 43. gün çekilen özofagografide radyoopak madde kaçıışı saptanmadı.

Sağ Sternokleidomastoid kas medialinden yapılan boyun kesisi ile özofagus bulunarak askıya alındı. Proksimal özofagus posteriorda 1.5 cm genişlikte perforasyon saptandı, debridman sonrası 3-0 vikril ile primer stüre edildi. Çevre kas dokuları ile desteklendi. Sağ hemitoraksa tüp torakostomi uygulanarak drenaj sağlandı. Oral gıda verilmeyen, total parenteral beslenme uygulanan hastaya postoperatif 7. gün içirilen sulandırılmış metilen mavisinin göğüs tüpünden gelmesi üzerine, oralinin kapalı tutulmasına devam edildi. On beşinci gün sonunda verilen metilen mavisi daha az olmakla birlikte göğüs tüpüne yeniden geldi. Postoperatif 22. gün çekilen özofagografide servikal bölgeden sağ toraksa belirgin radyoopak madde kaçıışı görüldü (Resim 4). Hastaya gastrostomi açıldı ve gastrostomi tüpünden beslenmeye başlandı. Göğüs tüpünden drenajı artan ve süt rengine dönüşen sıvının biyokimyasal incelenmesinde Trigliserid 315, kollesterol 6 idi. Şilotoraks tanısıyla gastrostomi tüpünden beslenmesi kesilerek, total parenteral beslenme ve somatostatin (5 µgr/kg/saat) tedavisi başlandı.

Postoperatif 33. günde çekilen özofagografide kaçağın devam ettiği fakat önceki grafilere göre belirgin azalma olduğu dikkat çekti. Postoperatif 43. gün çekilen özofagografide radyoopak madde kaçıışı saptanmadı (Resim 5). Hastaya oral gıda başlandı ve sorunsuz oral alımına devam edildi. Hastaya şilotoraks tedavisi için göğüs tüpünden kimyasal plörodez uygulandı. Göğüs tüpünden şilöz ve püymayı drenajının devam etmesi üzerine postoperatif 54. gün sağ torakotomi ile ampiyem kesesi enükleasyonu, dekortikasyon, paryetal plevektomi ve şilotoraksın tedavisi için aort, özofagus ve vena azigos arasındaki

mediyastinal dokuya kütle ligasyonu uygulandı. Takiplerinde göğüs tüpünden Őilz mayi drenajı devam etti. Hastaya somatostatin tedavisine tekrar başlandı ve kimyasal plöredez tekrarlandı. Post operatif 65. gün tedaviye cevap alınamaması üzerine günlük 200 ml betadinli serum fizyolojik ile göğüs tüpünden intraplevral yıkama yapıldı. İntraplevral yıkamaya 10 gün devam edildikten sonra drenajı azalınca göğüs tüpü sonlandırıldı. Hasta postoperatif 88. gün taburcu edildi.

TARTIŐMA

Özofagus perforasyonları, özofagusun morbidite ve mortalitesi yüksek acil patolojilerindendir. Günümüzde endoskopik girişimlerin artması sonucu özofagus perforasyonu yapan sebepler arasında iyatrojenik özofagus perforasyonları ilk sırayı almıŐtır. Fleksibl endoskopilerde özofagus yaralanma riski % 0,018 iken rijit zofagoskopilerde bu oran % 0,11 olup tedavi amaçlı giriŐimler eklendiğinde bu oran % 10-15'lere kadar çıkmaktadır (2,3).

İyatrojenik zofagus yaralanmaları en sık servikal özofagusta görülmektedir. Bunun nedenleri olarak; endoskop ile 1. darlığı geçmedeki zorluk, bu alanda bukkofaringial fossanın ince olması ve longitudinal kas tabakasının olmaması sayılabilir. Bunlara ek olarak birinci darlığın hemen üzerindeki servikal özofagus bölümüne, arkadan 6. ve 7. servikal vertebra korpuslarının kemik bir yapı oluŐturması da etkili olabilir. Rijit zofagoskopi sırasında boynun aŐırı ekstansiyona getirilmesi de özofagusta penetran yaralanma olasılığını artırır (4). Olgumuzda zofagus yaralanması literatürle uyumlu olarak 1. Özofagial darlıkta idi.

Özofagus perforasyonu tanısında anamnez, fizik muayene ve radyolojik inceleme önemli yere sahiptir. Tanı ve tedavideki gecikme mediyastinit, plörit, sepsis ve lme yol açaabilir. Mortalite ve morbiditenin önlenmesinin en önemli yolu erken teŐhis ve erken dönemde yapılan uygun tedavidir (5-7). Özofagus perforasyonu Őüphesi olan hastalarda bu ön tanı dıŐlanmadıkça oral alıma izin verilmemelidir. İlerlemiŐ yoğun bakım koŐullarına rağmen özofagus perforasyonu hala % 20'den fazla mortaliteye sahiptir. Birçok klinik çalıŐmada semptomların baŐlangıcı ile tedavi arasında geçen süre ve mortalite arasında yakın iliŐki bulunmuŐtur (8). Olgumuzda, özellikle ilk 72 saate kadar olan perforasyonlarda primer onarım uygulanabileceği ve canlı dokular ile anastomoz hattının güçlendirilmesinin fistül geliŐimini azaltabileceği düŐüncesinde olduğumuzdan primer onarım yapıldı.

İyatrojenik özofagus perforasyonunun erken dönem tedavisi acil cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavide amaç nekrotik dokuların debritleme, perforasyonun kapatılması, distal obstrüksiyonun düzeltilmesi, kontamine ve enfekte alanın drenajı ve beslenme jejunostomisidir. Hasta operasyona hazırlanırken oral alımı kesilir. Parenteral antibiyotik tedavisi ve sıvı replasmanına başlanır. Mümkünse nazogastrik sonda takılır. Plevral efüzyon oluşmuşsa tüp torakostomi ile drenaj sağlanır. Olgumuzda rijit özofagoskopi sonrası özofagus perforasyonu, ampiyem ve şilotoraks gelişmesi, tedavisi zor ve dirençli üç klinik tablonun ortaya çıkmasıyla 88 günü bulan uzun bir tedavi yaklaşımına neden olmuştur.

Sonuç olarak metal para aspirasyonlarında öncelikle hastanın gözleme alınması, özofagoskopi yapılmasında acil davranılmaması ve radyolojik incelemelerle yabancı cismin birinci darlığı geçip geçmediğinin takip edilmesi uygun olacaktır. Acil tedavi gerektiren iyatrojenik özofagus perforasyonlarının önlenmesi için endoskopik girişimlerin azami dikkatle yapılması, işlem sonrası perforasyon düşündürülen bulguların sıkı takibi ve oral alımın başlanması için acele edilmemesi son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Arslan E, Şanlı M, Işık AF, Tunçözgür B, Uluşan A, Elbeyli L. Özofagus perforasyonlarında tedavi: On bir olgunun analizi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17 (6):516-520.
2. Erdoğan A, Öz N, Sarper A, ve ark. Özofagus perforasyonları; 11 olgunun analizi. *GKDC dergisi* 1999; 7: 57-62.
3. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Compliations of upper GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 55:784-793.
4. Yenigün B; Çelik A, Kayı Cangır A. Özofagus yaralanmaları. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni* 2010; 1: 60-74 .
5. Asensio JA, Chahvan S, Forno W, et al. Penetrating esophageal injuries: multicenter study of the American Association for the Surgery of trauma. *J Trauma- Injury. Infection Crit Care* 2001; 50: 286-96.
6. Eroğlu A, Kurcuoğlu IC, Karaoglanoğlu N, et al. Esophageal Perforation: the emportance of early diagnosis and primary repair. *Dis Esophagus* 2004; 17: 91-94.
7. Eroglu A, Turkyilmaz A, Aydın Y, et al. Current manegement of esophageal perforation: 20 year experience. *Dis Esophagus* 2009; 22: 374-80.
8. Huber-Lang M, Henne Bruns D, Schmitz B, et al. Esophageal Perforation: principal of diagnosis and surgical management. *Surg Today* 2006; 36: 332-340.