

Case Report/ Olgu Sunumu

Late diagnosed mediastinal abscess due to esophageal perforation

Özofagus perforasyonuna bağlı geç tanı almış mediastinal apse

Duygu Mergan İliklerden^{1*}, Ufuk Çobanoğlu¹, Mesut Özgökçe², Görkem Kaygusuz¹, Metin Tan¹

ÖZ

Mediastinal apse, orofaringeal apseler, boyun enfeksiyonları veya mediastene yayılan özofagus perforasyonuna sekonder hayati tehdit eden bir komplikasyondur. Erken tanı ve tedavi hastanın hayatta kalması için çok önemlidir. Servikal ve torasik bölgenin BT taraması tanı ve takip için yararlı bir araçtır. Tedavi, geniş spektrumlu antibiyoterapi, yeterli cerrahi, mediastinal drenaj ve olası organ yetmezliğinin tedavisine dayanır. Standart bir cerrahi tutum yoktur. 57 yaş erkek hasta 1 hafta önce kemikli et yerken göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü, yüksek ateş şikâyeti olan hastaya yapılan tetkikler sonucu mediastinal apse tespit edildi. Geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Mediastinal apse, perkütan katater ile drene edildi. Ek cerrahi bir prosedür uygulamaya gerek kalmadan hasta taburcu edildi. Mediastinal apsenin mortalitesi %20-40 arasındadır. Hızlı tanı konulduğunda ve torasik drenaj etkili olduğunda minimal invaziv yaklaşım tatmin edici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mediasten, Apseler, Özofagus Perforasyonu, Yabancı Cisim, Drenaj

ABSTRACT

Mediastinal abscess is a life-threatening complication secondary to orofaringeal abscesses, neck infections, or esophageal perforation spreading to the mediastinum. Early diagnosis and treatment is very important for patient survival. CT scan of the cervical and thoracic region is a useful tool for diagnosis and follow-up. Treatment is based on broad-spectrum antibiotics, adequate surgery, mediastinal drainage, and management of possible organ failure. There is no standard surgical approach. A mediastinal abscess was detected in a 57-year-old male patient, who had chest pain, difficulty in swallowing, and high fever while eating bony meat 1 week ago. Broad spectrum antibiotics were started. Mediastinal abscess was drained with a percutaneous catheter. The patient was discharged without the need for an additional surgical procedure. Mortality of mediastinal abscess is between 20-40%. A minimally invasive approach may be satisfactory when a prompt diagnosis is made and thoracic drainage is effective.

Keywords: Mediastinum, Abscesses, Esophageal Perforation, Foreign Body, Drainage

Gönderilme Tarihi: 11/12/2022

Kabul Tarihi: 02/01/2023

Yayınlanma Tarihi: 28/02/2023

1. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

2. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı

*Sorumlu Yazar

Duygu Mergan İliklerden, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye

E-mail: duyguergan@hotmail.com

Telefon No: +90 5301159777

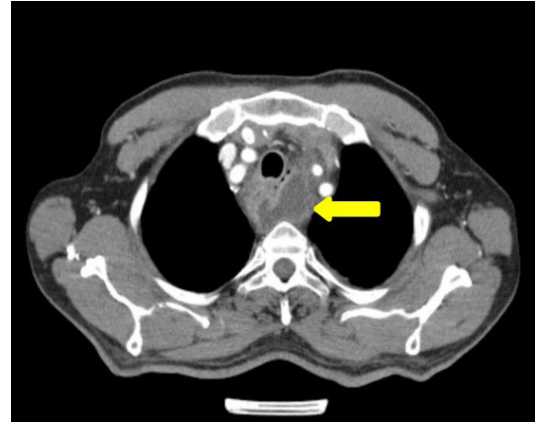
Cite this article: İliklerden DM, Çobanoğlu U, Özgökçe M, Kaygusuz G, Tan M. Late diagnosed mediastinal abscess due to esophageal perforation. Ağrı Med J. 2023;1(1):12-14

Giriş

Özofagus perforasyonu ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir tıbbi acil durumdur. Perforasyon birden fazla etiyojiden meydana gelse de hepsi özofagus duvarının transmural bozulmasının ortak sonucunu paylaşır. Tipik başvuru semptomu ağrıdır, ancak odinofaji, dispne, deri altı krepitasyonda görülebilir. Ateş, taşikardi ve hipotansiyon gibi anormal vital bulgular sistemik inflamasyonu gösterirken, özellikle perforasyonun tanısının gecikmesi durumunda, yaygın kontaminasyon ve sepsis ile değişen mental durum veya solunum yetmezliği meydana gelebilir. Klinik semptomlar perforasyonun yerini belirlemeye yardımcı olur. Servikal bölgeler sıklıkla disfaji veya boyun fleksiyonu ile ağrı olarak kendini gösterirken, torasik perforasyonlar daha yaygın olarak epigastrium, sırt veya göğüste ağrı, dispne ile kendini gösterir.¹ Özofagus perforasyonuna bağlı mediastinit, mediastinal apse gelişebilir. Mediastinal apse, zamanında fark edilmezse kötü prognozlu, nadir fakat hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Mortalite %20-40 arasındadır. Akut mediastinitin %40 ile %64'ü kalp ameliyatlarından sonraki komplikasyonlar tarafından tetiklenir.^{2,3} Özofagus perforasyonu vakaların %25-31'ini oluşturur ve mediastinitin en sık ikinci nedenidir, geri kalan vakalara orofaringeal enfeksiyonlar neden olur.⁴ Biz yabancı cisme bağlı perforasyon gelişen sonrasında spontan iyileşmiş fakat mediastinal apseye neden olmuş olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Bir hafta önce kemikli et yerken göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü şikâyeti başlayan ve ağrısı devam ettiği için acil servise başvuran 57 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenede bilinç açık, koopere ve oryante, ateş: 38,5 °C, nabız: 90/dk, TA: 150/80 mmHg olarak tespit edildi, diğer muayene bulguları normaldi. Kan tetkiklerinde WBC: 24.310 mcl, C reaktif protein (CRP): 132,3 mg/L, diğer parametrelerde özellik görülmedi. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de mediasten giriminde T2-7 vertebra seviyesinden özofagus posterior duvarı ve prevertebral alan arasında inferiora doğru uzanan yaklaşık 5.5x4cm ebatlı periferi kontrast tutan sıvı lokülasyon alanı olan mediastinal apse tespit edildi, özofagusta yabancı cisim görülmedi (Resim 1). Hastaya önce oral kontrastlı özofagografi çekildi, normal olarak değerlendirildi. Sonra gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı, özofagusta yabancı cisim ve perforasyon bulgusu saptanmadı. Özofagus 22. cm'de yaklaşık 1 cm çaplı şüpheli mukozal düzensizlik ve özofagus 24-26. cm'ler arasında dıştan bası izlenimi görüldü. Hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Hastaya lokal anestezi altında ve ultrasonografi yardımıyla boyun sol alt, üst torakal giriminden apse içine katater yerleştirildi (Resim 2). İlk önce 300cc pürülan vasıfta sıvı drenajı sağlandı, sonra katater yardımıyla antibiyotikli solüsyonlar ile aralıklı olarak apse içi yıkama yapıldı. 5 gün süreyle katater içinden yıkama ve aspirasyona devam edildi. Hastanın takibinde ateşi 36,7 °C ye düştü, kan tetkiklerinde lökositozu ve CRP değerleri normal referans değerlerine geriledi. Drenajı kesilen hastanın katateri sonlandırıldı. Antibiyoterapisi 21 güne tamamlandı. Kontrol toraks BT çekildiğinde apsenin 1*1 cm'ye gerilediği tespit edildi (Resim 3). Hasta yatışının 28. gününde oral antibiyoterapi ile taburcu edildi. Hastanın 3 aylık takibi sürecinde apse tekrarlamadı, kontrol toraks BT normaldi.



Resim 1: Hastanın çekilen Toraks BT'de mediastinal apse görüntüsü.



Resim 2: Mediastinal apse içine yerleştirilen perkütan katater.



Resim 3: Hastanın taburculuk öncesi kontrol Toraks BT'de regrese olan mediastinal apse görüntüsü.

Tartışma

Akut mediastinit, orofarinks, servikal veya özofageal bölgeden yayılan, birçok vakada yaşamı tehdit eden (%20-40 mortalite) enfeksiyöz bir hastalıktır.⁵ Mediasten enfeksiyonları sonucunda mediastinal apseler oluşabilir. Genellikle kardiyak veya torasik cerrahinin bir komplikasyonu olarak, hava-sindirim yolunun perforasyonundan (iyatrojenik, spontan veya travmatik) sonra veya inen orofaringeal enfeksiyonlardan sonra gelişirler.⁵⁻⁷ Mediastinal apselerin nadir nedenleri arasında timik kistlerin rüptürü gibi komşu organların tutulumu yer alır ve mediasten tek enfeksiyon bölgesidir.⁸ Enfeksiyöz orijinli son derece nadir bir bölge deri, gelişen bakteriyemi ve deri florası patojenlerinin hematojen yayılımı olabilir.^{5,9} Ek olarak, bulaşıcı hastalıklar

nadiren mediastinal apse ile ortaya çıkabilir.¹⁰ Enfeksiyonların kaynağının belirlenemediği vakaları açıklayan nadir raporlarda yayınlanmıştır.^{11,12} Bizim olgumuzda kemikli et yeme öyküsü sonrası başlayan göğüs ağrısı mevcuttu. Mediastinal apsenin yabancı cisim penetrasyonu sonrası özofagus perforasyonuna sekonder geliştiği düşünüldü. Hastanın geç başvurusu nedeniyle perforasyon spontan iyileşmiş, fakat apseye neden olmuştur.

Erken tanı ve optimal terapötik yaklaşım, hastanın hayatta kalması için çok önemlidir. Servikal ve torasik bölgenin BT taraması tanı ve takip için yararlı bir araçtır.¹³ Olgumuzda tanı ve takip için BT görüntülemesi kullanılmıştır.

Mediastinal apsenin tedavisinin temel dayanağı, geniş spektrumlu antibiyotiklere, cerrahiye, drenaja ve herhangi bir organ yetmezliğinin tedavisine dayanır. Şu anda standart bir cerrahi terapötik davranış yoktur. Literatürde bazı kaynaklarda mediastinal apsenin tedavisinde antibiyotik tedavisi ile desteklenen agresif cerrahi tedavi önerilir.^{7,8} Perkütan kateter drenajının etkili ve daha az agresif bir tedavi yöntemi olduğu da bildirilmektedir.⁷ Tanı erken konulduğu ve torasik drenajın etkili olduğu, semptomların gerilediği durumlarda minimal invaziv cerrahi yaklaşım önerilebilir. Klinik, laboratuvar ve BT izlemi ile cerrahi prosedüre karar verilir.¹³ Olgumuzda da minimal invaziv yaklaşım ile perkütan katater uygulanarak apsenin drenajı başarılı şekilde sağlanmıştır. Ek cerrahi prosedüre gerek kalmamıştır.

Sonuç olarak mortalitesi yüksek olan mediastinal apselerin cerrahi tedavisinde agresif cerrahi prosedürler yerine minimal invaziv yaklaşımların da uygulanabilirliği akılda tutulmalıdır.

Etik Kurul Kararı

Olgu sunumu olduğundan etik kurul onamına gerek olmayıp; olgunun sunulması için hastanın yazılı onamı alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Tüm yazarlar çıkar çatışması olmadığını teyit etmektedir.

Finansal Destek

Tüm yazarlar finansal destek olmadığını teyit etmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir/Konsept: DMİ, UÇ; **Tasarım:** MÖ, GK; **Veri Toplama/İşleme:** GK, MT; **Analiz/Yorum:** UÇ, MÖ; **Literatür inceleme:** DMİ, MÖ; **Taslak Hazırlama/ Yazma:** DMİ, MÖ; **Eleştirel İnceleme:** UÇ, GK, MT.

KAYNAKÇA

1. Nirula R. Esophageal Perforation. *Surg Clin North Am.* 2014;94(1):35-41. DOI:10.1016/j.suc.2013.10.003
2. Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, Teszler CB, Boedeker CC, Pfeiffer J. Descending necrotizing mediastinitis: Contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg.* 2010;251(3):528-534. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181c1b0d1
3. Salehi Omran A, Karimi A, Ahmadi SH, Davoodi S, Marzban M, Movahedi N, et al. Superficial and deep sternal wound infection after more than 9000 coronary artery bypass graft (CABG): Incidence, risk factors and mortality. *BMC Infect Dis.* 2007;7:112.
4. Petitpas F, Blancal JP, Mateo J, Farhat I, Najja W, Porcher R, et al. Factors associated with the mediastinal spread of cervical necrotizing fasciitis. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(1):234-238. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.09.012.
5. Chang CH, Huang JY, Lai PC, Yang CW. Posterior mediastinal abscess in a hemodialysis patient a rare but life-threatening complication of Staphylococcus bacteremia. *Clin Nephrol.* 2009;71(1):92-95. DOI: 10.5414/cnp71092.
6. Kilic D, Findikcioglu A, Ates U, Hekimoglu K, Hatipoglu A. Management of descending mediastinal infections with an unusual cause: a report of 3 cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;16:198-202.
7. Moffatt-Bruce SD, Ross P Jr. Mediastinal abscess after endobronchial ultrasound with transbronchial needle aspiration: a case report. *J Cardiothorac Surg.* 2010;5:33.
8. Nah JC, Lee B, Kwak CH, Kim SB, Kim SM, Park SW. Spontaneous rupture of idiopathic thymic abscess with a markedly increased CA-125 level. *Intern Med.* 2008;10:953-956.
9. Bungay HK, Shefler AG, McHugh K. CT of staphylococcal anterior mediastinal abscess in an

infant. *Pediatr Radiol.* 1995;25:205-206.

10. Gupta RK, Sharma BK, Jena A, Pant K, Prakash R, Talukdar B. Primary mediastinal tuberculous abscess: demonstration with MR. *Pediatr Radiol.* 1989;19:330-332.
11. Ishikawa Y, Ogawa J, Mohri T, Inoue H. A case of acute idiopathic mediastinitis that responded rapidly to treatment. *J Japan Thor Soc.* 1994;32:1213-1216.
12. Fields JM, Schwartz DS, Gosche J, Keller MS. Idiopathic bilateral anterior mediastinal abscesses. *Pediatr Radiol.* 1997;27:596-597.
13. Doddoli C, Trousse D, Avaro JP, Djourno XB, Giudicelli R, Fuentes P, Thomas P. Acute mediastinitis except in a context of cardiac surgery. *Rev Pneumol Kliniği.* 2010;66(1):71-80.