

ÇOK NADİR BİR POSTPNÖMONEKTOMİ KOMPLİKASYONU GASTROPLEVROKUTANEAL FİSTÜL (Olgu Takdimi)

Murat Akal* Metin Er** Bülent Tunçözgür*** Alpay Sarper****
Mustafa Arsan***** Necati Örmeci***** Vedat İçöz*****

Akciğer hastalıkları ve özellikle bronş kanserleri nedeni ile yapılan pnömonektomi diğer akciğer rezeksiyonlarına göre daha yüksek komplikasyon, morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir.

Anabilim dalımızda bronş kanseri tanısı ile standart sol pnömonektomi uygulanan ve postoperatif geç dönemde gastroplevrokutaneal fistül saptanan hasta pnömonektomi komplikasyonu olarak ilk kez görülmesi nedeni ile sunuldu.

OLGU : H.E. (Dosya No : 568541) 55 yaşında erkek hasta. 11.12.1991 tarihinde göğüsün sol tarafında, aksiller bölgeye yayılan ağrı yakınması ile çekilen direkt toraks radyografilerinde sol hiler kitle (Şekil 1) saptanması sonucu anabilim dalımıza yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Hematolojik ve biokimyasal laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda bulundu.

Bilgisayarlı toraks tomografisinde solda hilus yerleşimli tümoral kitle rapor edildi. Bilgisayarlı beyin tomografisi ve üst abdomen ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanamayan hastaya yapılan rigid bronkoskopide sol üst lob ağzında tümoral kitle görüldü. Alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde yassı hücreli bronş karsinomu saptandı (Patoloji Protokol No : 22269).

* A.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Öğretim Görevlisi.

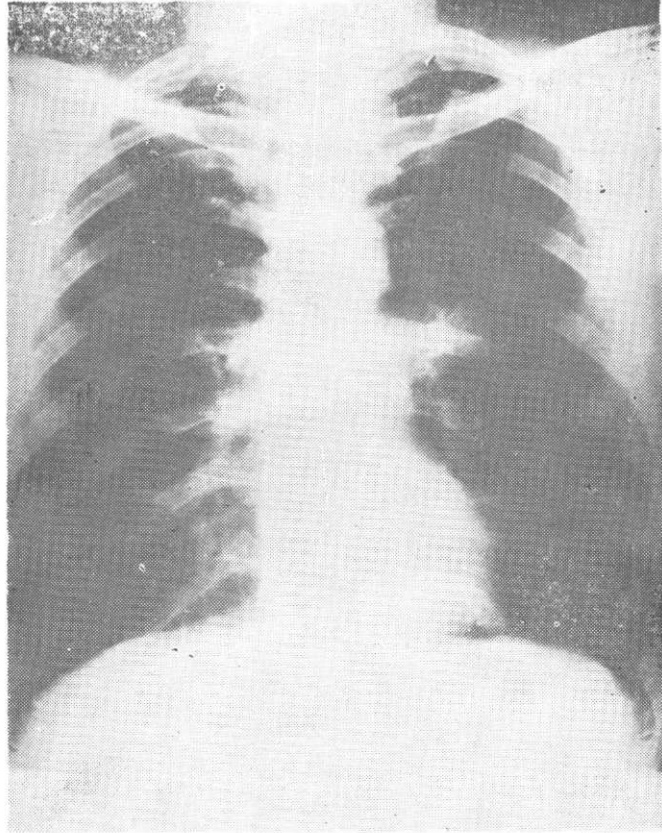
** A.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Uzmanı.

*** A.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

**** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahisi Anabilim Dalı, Uzmanı.

***** A.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi.

***** A.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi.



Şekil 1 : Olgunun pnömonektomi öncesi PA akciğer grafisi.

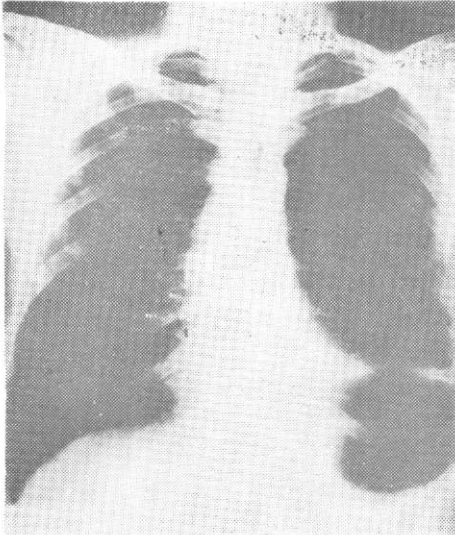
Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde; solunum fonksiyon testlerinde hafif derecede hava yolları obstrüksiyonu belirlendi. Arteriyal kan gazları analizinde pO_2 85 mmHg., pCO_2 34.5 mmHg. ve saturasyon % 96.2 olarak saptandı. Akciğer perfüzyon sintigrafik incelemesinde; sol akciğerde genel perfüzyon azalması, apikoposterior ve anterior segmentlerde perfüzyon yokluğu sonucu bildirildi. Bu bulgularla pnömonektomiye tolere edebileceği düşünülen hastaya 27.12.1991 tarihinde sol posterolateral torakotomi kesisi ile standart sol pnömonektomi uygulandı.

Postoperatif 7. günde göğüs tüpü çekildi ve intratorasik antibiyotik verilmeye başlandı. 8.1.1992 tarihinde hastanın ateşinin yükselmesi ve çekilen kontrol PA akciğer grafilerinde sol hemitoraksta seviye

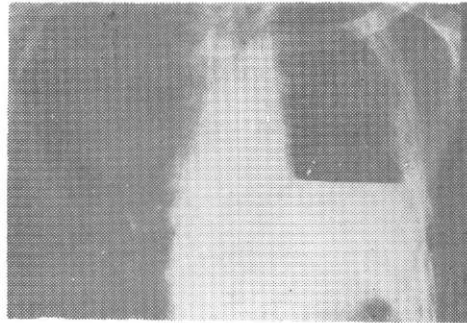
saptanması üzerine yapılan torasentezde 1000 cc. defibrine kan aspire edildi. İntratorasik hematoma lizisi amacı ile toraks içine 750.000 IÜ streptokinaz verildi. Ertesi gün aspire edildi. Bu tarihten itibaren hastanın ateşinin olmaması ve çekilen akciğer grafilerinde seviye saptanmaması üzerine 21.1.1992 tarihinde intratorasik antibiyotik uygulaması sonlandırıldı. Yedi gün kontrol altında tutulan hasta 27.1.1992 tarihinde taburcu edildi.

27.3.1992 tarihinde kontrole gelen hastanın yapılan fizik muayenesinde sol posterolateral torakotomi kesisinin ön ucundan pürülan drenaj ve fistül ağzı saptandı. Anamnezden pürülan akıntının, postoperatif yaklaşık 74. günde başladığı ve ağızdan alınan özellikle sıvı gıdaların fistül ağzından geldiği öğrenildi. Oral olarak verilen metilen mavisi ile bu durum doğrulandı.

Bu tarihte çekilen PA akciğer radyografisinde, taburculuk tarihinde çekilen grafiden farklı olarak sol hemitoraksta sıvı seviyesi saptandı (Şekil 2a, b). Sol aksiller bölge II. interkostal aralıktan yapılan torasentez ile 250 cc. serohemorajik sıvı boşaltıldı. Sıvının bakteriyolojik ve sitolojik incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

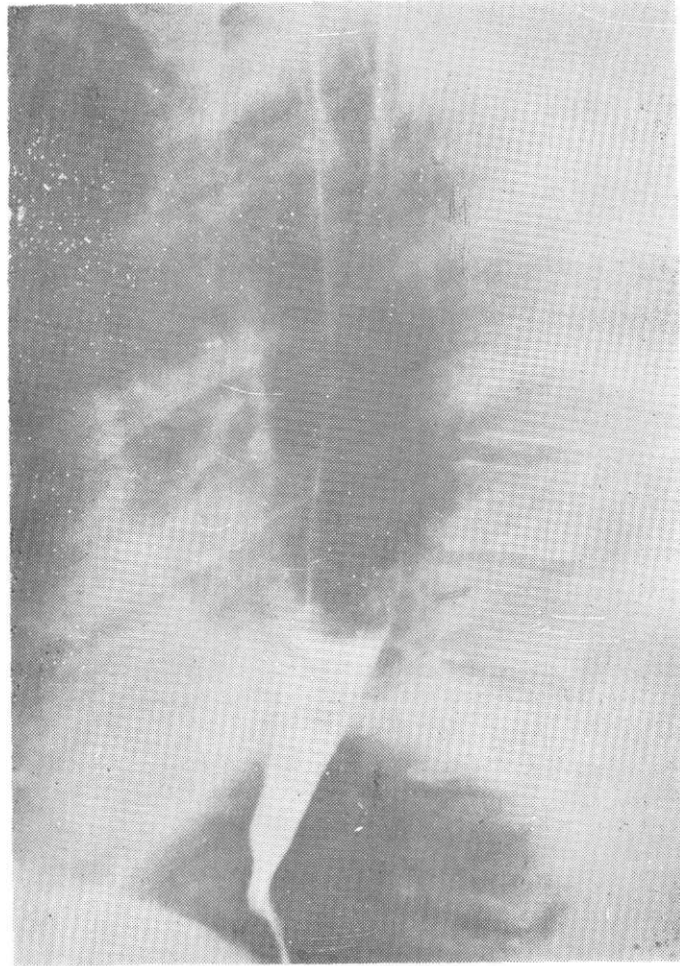


Şekil 2 a : Olgunun pnömonektomi sonrası PA akciğer grafisi.



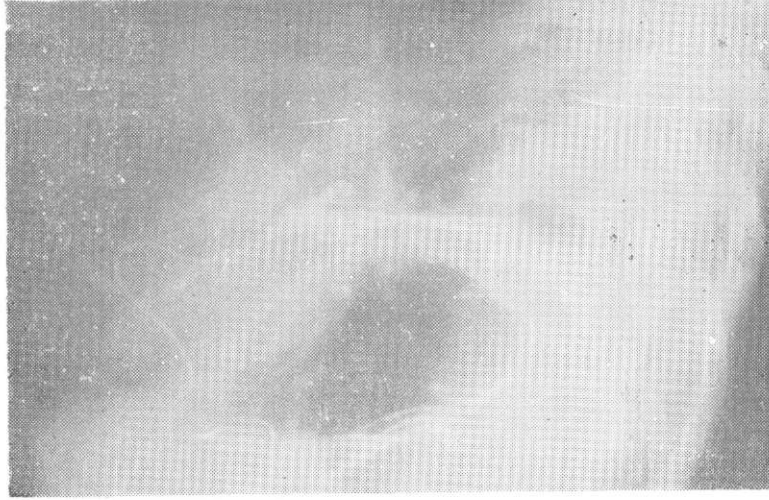
Şekil 2 b : Olgunun fistül sonrası PA akciğer grafisi.

Baryumlu ösofagus pasaj grafisinde ösofagusun intakt olduğu, opak maddenin plevraya geçmediği görüldü (Şekil 3). Fistül ağzından konulan ince bir kateter aracılığı ile çekilen retrograt fistülografide ise opak maddenin diafragma üzerinde arkaya doğru ilerlediği ve daha sonra mideye geçtiği gözlemlendi (Şekil 4).

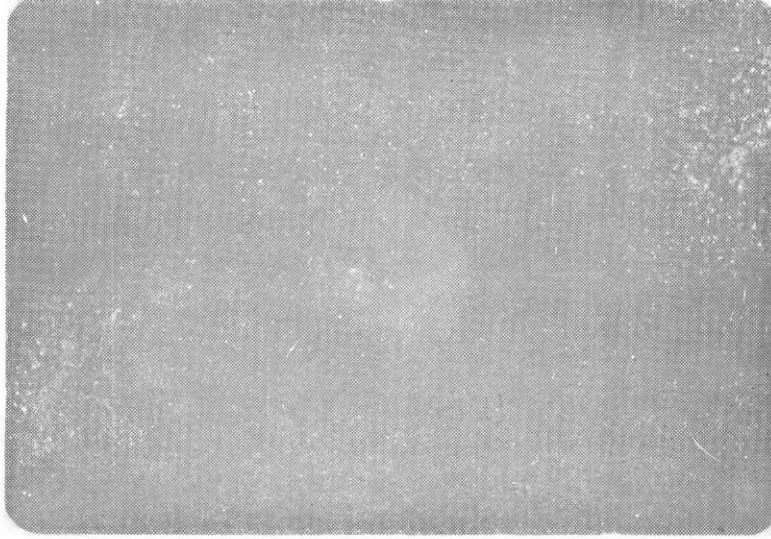


Şekil 3 : Baryumlu ösofagus pasaj grafisi.

Fiberoptik gastroskopiye ösofagus ve kardianın normal olduğu ancak mide fundusunda arka duvar tarafında yaklaşık 6-7 mm çapında enfekte görünümde fistül ağzı görüldü (Şekil 5).



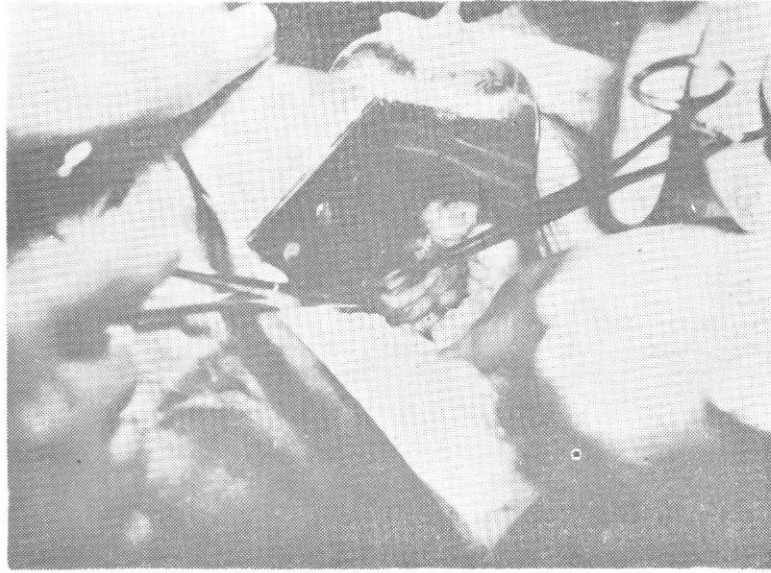
Şekil 4 : Fistülografide gastroplevrukutaneal fistül.



Şekil 5 : Olgunun endoskopik görüntüsü.

Hasta, infeksiyonun toraksa yayılması riski nedeniyle 7.4.1992 tarihinde operasyona alınarak göbek üstü median laparotomi kesisi ile girişildi. Eksplorasyonda mide fundusunun, hiatus ösofagusun 4-5 cm. kadar sol lateralinde diafragmaya yapıştığı, yapışıklıklar ayrıldığında ise diafragmada, hastanın ilk operasyonunda saptanmayan 2 cm. çap-

lı bir defekt olduğu ve mide fundusunun bu defektte sıkışarak perforasyon olduğu görüldü (Şekil 6). Transdiafragmatik palpasyonda fistülün ekstraplevral olarak ilerlediği ve torakotomi kesisinin ön ucundan cilde açıldığı saptandı. Ciltten fistül poşuna drenaj için bir adet nelaton sonda konuldu ve midedeki defekt primer, diaframadaki ise omentum takviyesi ile primer olarak kapatıldı.



Şekil 6 : Gastroplevrakutaneal fistülün peroperatuvar görüntüsü.

Postoperatif dönemde yapılan irrigasyonlarla fistül poşundaki enfeksiyon tedavi edildi ve nelaton sonda tedricen kısaltılarak postoperatif 22. günde tamamen çekildi. 13.5.1992 tarihinde taburcu edildi.

6.10.1992 tarihinde nüks gastroplevrokutaneal fistül tanısı ile yeniden anabilim dalımıza yatırıldı. Tekrarlanan fleksible gastroskopide mide fundusunda muhtemelen ilk fistüle ait fibrozis ve bunun 2 cm. kadar önünde yeni bir fistül olduğu görüldü.

Gastroenteroloji Bilim Dalı ile sürdürülen çalışmada, hastaya bir süre tıbbi ilaç tedavisi uygulanmasına karar verildi. Bir tetradekapeptid olan somatostatinin, ilk defa 1973 yılında büyüme hormonunu inhibe ettiği bildirildi. Ancak daha sonraki yıllarda gastrik, biliyer, pankreatik ve intestinal sekresyonları inhibe ettiği gösterildi. Mevcut özellikleri nedeni ile somatostatin, gastroenterokutaneal fistüllerin tedavisinde % 80-90 başarıyla kullanıldı (2,4,5,7). Bizde literatürle-

rin ışığı altında olgumuza 1 ay süre ile 3 x 100 mg dozda derialtı olarak octreotide (Sandostatin) tedavisi uyguladık. Ancak tedavi etkili olmadı.

23.10.1992 tarihinde operasyona alınarak bu kez sol posterolateral torakotomi kesisi ile, eski torakotomi skarı eksize edilerek girişildi. Diafragmanın aynı yerden perfore olduğu ve mide fundusunun buradan torasik kaviteye geçerek perfore olduğu saptandı. Frenotomi yapılarak mide serbestleştirildi. Mide fundusu tek tek 2-0 ipeklerle iki sıra halinde kapatıldı. Diafragma kenarları debride edilerek 0 numara keçeli prolen dikişlerle tek tek primer olarak kapatıldı. Göğüs boşluğuna bir adet göğüs tüpü yerleştirildi. Enfeksiyon riskine karşı paslanmaz çelik sütün ile interkostal yaklaştırma sütürleri konularak torakotomi kesisi kapatıldı. Erken postoperatif dönemde göğüs tüpünden günlük ortalama 100 cc pü drenajı oldu. Yapılan kültür antibiyogram sonucu stafilokokus epidermidis ve candida albicans üredi. Uygun antibiyotik tedavisi ve göğüs tüpünden intratorasik kavite irrigasyonuna başlandı. Postoperatif 5. günde oral beslenmeye geçildi. Postoperatif 7. gün göğüs tüpü çekilerek sol aksiller 2. interkostal aralıktan torasentez ve lavajlar yapıldı. Postoperatif 48. günde alınan intratorasik sıvının kültür antibiyogramında üreme olmaması üzerine torasentezle son verildi. Aynı tarihte konulan çelik sütürlerin cildi erode etmesi üzerine operasyona alınarak çelik tel sütürler çıkarıldı ve 6. ve 7. kot ön uçlarına parsiyel rezeksiyon yapıldı.

28.12.1992 tarihinde taburcu edildi.

Postoperatif 20.3.1993 tarihine kadar yapılan kontrolünde hastanın gastroplevrokutaneal fistüle ait hiçbir yakınmasının olmadığı, normal yaşamına devam ettiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Pnöminektomilerden sonra komplikasyon oranı diğer akciğer rezeksiyonlarına göre oldukça yüksektir. Bu oran çeşitli kaynaklara bağlı olmak üzere % 0.5 ile 30 arasında değişmektedir (3,6).

Morbiditenin oluşmasında birden fazla etyolojik faktör rol oynayabilir. Bu faktörlerin ortaya çıkışında genellikle cerrah, hasta ve sterilite ile ilgili problemler predispozandır (3,6,8).

Shields (8), pnömonektomiyi takiben gelişen bronkoplevral fistül-lerin görülme sıklığını % 3-5 olarak bildirmektedir.

Asamura ve ark. (1), pulmoner rezeksiyonlardan sonra % 2.1 oranında bronkoplevral fistül görüldüğünü ve pnömonektomi komplikasyonu olarak gelişen fistüllerde mortalitenin % 67.3 gibi yüksek bir oranda olduğunu bildirmişlerdir.

Literatürde pnömonektomi komplikasyonu olarak gastroplevrokutaneal fistül olgusu saptanamamıştır.

Olgumuzda; pnömonektomi sırasında saptanamayan ya da daha sonra gelişen diafragmatik defektin morbiditenin gelişmesine neden olduğu sanılmaktadır. Mide fundusunun intratorasik negatiflikle diafragma doğru çekildiği, burada sıkışarak nekroz sonucu perfore olduğu ve postpnömonektomi kavitesinin küçültülmesi amacıyla yapılan frenik sinir ezilmesi ile diafragmayla birlikte yükselerek torakotomi kesisinin ön ucundan cilde fistülize olduğu düşünülmektedir.

İlk cerrahi girişimin torakotomi yerine laparotomi ile yapılması, yukarıda da açıklandığı üzere toraks boşluğunun sterilitesini korumak amacını taşımaktaydı. Doğal olarak torakotomi ile yaklaşım ameliyat açısından cerraha çok kolaylık sağlasa da, midenin kapanmasında diafragmanın açılması gereği komplikasyon riskini arttıracak düşünülerek bundan vazgeçilmişti. Ancak fistülün ikinci kez nüks etmesi nedeni ile yeniden operasyonuna karar verildiğinde girişim için transtorakal yol tercih edildi. Laparotominin diafragma lezyonlarında yetersiz kaldığı, bu yaklaşımla diafragma konulan sütürlerin ve omentum greftinin diafragmatik defekti gerginlik nedeni ile kapatamadığı torakotomi sırasında gözlemlendi.

Tedavide erken tanı ve transtorakal cerrahi yaklaşımla defektlerin onarımının, olgumuzun olumlu seyrini sağlayan en önemli faktör olduğu görüşüne varılmıştır.

ÖZET

Gastroplevrokutaneal fistül anabilim dalımızda pnömonektomi komplikasyonu olarak ilk kez görüldü. Olgu bu özelliği nedeni ile değerlendirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler : Gastroplevrokutaneal fistül, Pnömonektomi komplikasyonu, Somatostatin.

SUMMARY

**A Rare Postpneumonectomy Complication :
Gastropleurocutaneal Fistula
(Case Report)**

A gastropleurocutaneal fistula, as a post-pneumonectomy complication, has been encountered for the first time in our department. The case was reported by that feature.

Key Words : Gastropleurocutaneal fistula, Post pneumonectomy complication, Somatostatin.

KAYNAKLAR

1. Asamuro H Kondo H Goya T Tsuchiya R Nrauke T Suemasu K : Bronchopleural fistulas developing after pulmonary resections for lung cancer predisposing factors, management and prognosis (Eng. Abstract) Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 39 : 1894-1901, 1991.
2. Geerdsen JP Pedersen VM Kjaergard HK : Small bowel fistulas treated with somatostatin : Preliminary results, Surgery 100 : 5, 1986.
3. Ginsberg RJ Goldberg M Waters PF : Surgery for non-small cell lung cancer. In Thoracic Oncology. Roth JA, Ruckdeschel JC, Weisenburger TH (eds.) W.B. Saunders Comp., Philadelphia, pp 177-199, 1989.
4. McIntyre PB Ritchie JK Hawley PR Bartram CI Lennard Jones JE : Management of enterocutaneous fistulas : A review of 132 cases, Br J Surg 71 : 4, 1984.
5. Nubiola-Calone P Badia JM Sancho J Gil MJ Segura M Sitges - Serra A : Blind evaluation of the effect of octreotide (Sms 201-995), a somatostatin analogue, on small bowel fistula output.
6. Sabiston DC : Neoplasm of the lung. In Gibbon's Surgery of the Chest. Sabiston DC, Spencer FC (eds.) Fourth edition. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, pp 453-488, 1989.
7. Sansoni B Irwing M : Small bowel fistulas, WJ Surg 9 : 6, 1985.
8. Shields TW : Pulmonary resection. In General Thoracic Surgery. Shields, T.W. (eds.) Third edition Lea & Febiger Philadelphia, pp 363-377, 1989.