

A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalb Cerrahi Kliniği

**KURŞUNLA YARALANMA NETİCESİ HUSULE GELEN
OESOPHAGUS PERFORATIONUNDAN SONRA TEŞEKKÜL
EDEN ONİKİ GÜNLÜK MEDIASTİNİTİSİN, ACUT
EMPHYEMİN MUVAFFAKİYETLE YAPILAN
TEDAVİSİ**

Dr. Urak G. *

Dr. Duygulu İ. **

Dr. Eraslan Ş. ***

GİRİŞ

Oesophagus yaralanmalarında en korkulan komplikasyon Mediastinitislerdir. Yaralanmalar dışında sıklıkla endoskopi ve buji-leme gibi muayeneler esnasında yemek borusu Perforationları meydana gelebilir. Farkına varılmadığı takdirde foudroyant Mediastinitis ve plöritisler ölüme götürür. Ancak vaktinde acil cerrahi müdahale komplikasyonun yüksek mortalitesini azaltabilir. Kurşunla, bıçakla Thoracic ve Cervikal nahiyedeki Oesophagus yaralanmaları daha az sıklıkla görülürler. Yemek borusunun dışarıdan Perforationlarında (batma, vurma) endoskopun sebep olduğu travmalara nazaran daha az tehlikelidir. Hellner, Nissen, Vosschulte (6, 14).

Travmatik Perforationlar Oesophagus duvarının küçük bir kısmında hudutlu olarak kalabilirler. (Heberer). Lokal zorlama neticesi bütün duvar tabakalarında ayrılma açılma görülür. Sekonder enfeksiyonlarda yine iltihap yoluyla bütün tabakalar açılır. Yırtıklar ufak bir direncin olduğu yerdedir, normalden fazla ani olarak artan tazyiklerde organın büyük bir kısmı bu etkinin tesiri altında kalabilir. Bilhassa gençlerdeki elâstiki Thoraxlarda farkına varılmadan perforationlar husule gelebilir (5, 6).

Her yemek borusu yaralanması yapılışına bağlı olmadan çıkış noktasından itibaren Mediastinitis dolayısıyla hemen her za-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalb Cerrahisi Kl. Kürsü Profesörü.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalb Cerrahisi Kliniği Uzmanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kliniği Doçenti.

man hayati tehlike arzeden hastalık tablosu meydana getirebilirler, (Nissen). Oesophagus travmalara ve yaralanmalara karşı ileri derecede intolardır, lümen bakterilerle kaplıdır, duvar kolay yırtılır, seroza örtüsü yoktur, çok ufak duvar lezyonunda intra peritoneal hâdiselerde pek görülmeyen ağır infeksiyonlara sebep olur (14). Bazı vak'alarda hastalık asyptomatiktir, hatta oral gıdalanmaya rağmen yutma güçlüğü olmaz. Paraoesophageal abse veya yabancı cisim hayati bir damarda perforation husule getirerek kanamalara dahi sebep olabilir. Yaralanmadan sonra symptomların husulü için geçen zaman uzayabilir, bu intervelden sonra uygun symptomlarla mediastinitisin ortaya çıkması mümkündür.

VAK'ANIN TAKDİMİ :

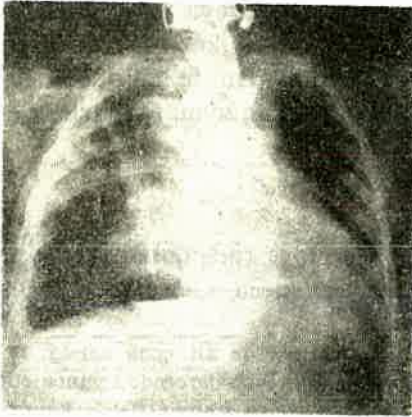
Adı : Hüseyin İlbey. Protokol No.: 7212. Yaşı: 12 E. Giriş tarihi: 16.10.1969.

Teşhis : Cervikal nahiye Oesophagus Perforationu, mediastinitis acuta, Empyem, Cerviko-Thoracal-Communication.

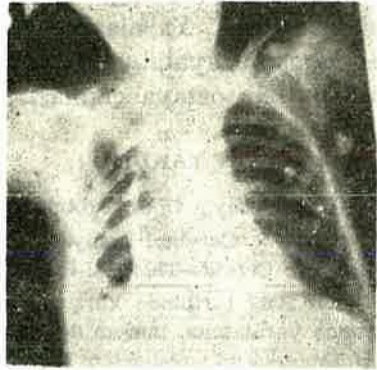
5.10.1969 tarihinde kurşunla sağda Cervikal nahiye alt çene kemiği hizasında yaralanma, kurşun deliğinden hava çıkmakta, ileri derecede Cyanos cilt altı Emphysemi, mediasten Kompresyonu. Üç gün sonra kurşun deliği kapanmaya başlayan hastada Cyanos dyspne arttı, Tracheostomi yapıldı ayrıca Nasogastrik sonda konuldu. 9.10.1969 tarihinde akşamları 40 dereceye varan bacaklı ateş, akciğer filminde üst mediastinin ileri derecede genişlediği ve sağ thorax mayi ile dolu, akciğer parankimine ait görünüm yok. Hasta Adana'da hususi bir klinikte tesbit edilen bu bulgularla 15.10.1969 tarihinde hastahane-miz Kulak - Burun - Boğaz Kliniğine yatırıldı, 16.10.1969 tarihinde kliniğimize nakledildi. Hasta ileri derecede Cyanos ve solunum zorluğu içinde idi.

Giriş Laboratuvar Bulguları : Eritrosit 3 200 000, Hemoglobin % 71 (11 gr) Lökosit 39 600, Hemotokrit % 30, Total protein % 5,4 gr, S albumin % 3,2 gr, S. Globulin % 2,2 gr. Bacaklı yüksek ateş (akşamları 40 dereceye varan) Akciğer röntgen filminde sağ Thorax mayi ile dolu, genişlemiş olan üst mediasten ileri derecede sola itilmiş. Solunum zorluğu içinde olan hastaya interkostal yolla sağda thorax direnağı yapıldı. 2 litre kokulu koyu kıvamlı pü alındı. 17.10.1969 da suda eriyen kontrast madde ile yapılan Oesophagogramda kontrast maddenin Oesophagus dışına çıkarak kısmen mediastende kısmen diaphragma üzerinde toplandığı görüldü. Ayrıca cervikal nahiye alt ve solunda yabancı cisim (kurşun) görülmekte. Röntgenolojik bulgulardan sonra Oesophagusta perforationun bulunduğu hiçbir şüphemiz kalmamıştı. Klinik tabloyu ağırlaştıran mediastinitis acuta mevcuttu. İlk anda perforationun yeri hakkında yanlışlık oldu. Esasda kurşunla cervikal nahiye Oesophagus perforationu, kurşunun seyrine uyarak, cerviko-thoracal-communication (thorax'a nazif büyük bir defekt) kurşun mediasten üzerinde sol alt cervikal nahi-

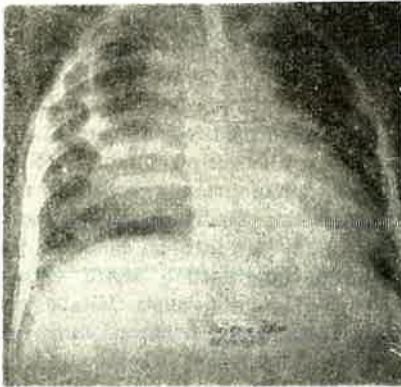
yeye kadar gitmiş. Mediastenden alınan materyelin bakteriyolojik tetkikinde pnömokok, E. Coli, Pyösiyanöus, Staph. albus bulundu. Pennisilin, Kanamycin, Terramycin, Chloramphenikol, Froksan, Urfamicyn, Prostafiline karşı rezistans yalnız ronomicyne karşı kısmi hassasiyet mevcut. Mediastenden alınan dokunun histopatolojik tetkikinde nekrotik apseli iltihap. Rezistans durumuna rağmen ronomicyn başta olmak üzere çeşitli geniş spektrumlu antibiyotikler tatbik edildi.



Şekil : 1 — Kontrast maddenin Mediastende toplandığı ve sağ akciğerin kollabe olduğu görülüyor



Şekil : 2 — Sağda kollabe akciğer ve Emphyem rirenajı



Şekil : 3 — Sağda akciğerde kısmi kollaps ve Emphyem



Şekil : 4 — Normal Oesophagogram



Şekil : 5 — Nirmal Oesophagogram
ve tamamen genişlemiş olan sağ
akciğer görülüyor

Tedavi :

Vak'amızın Oesophagogramından sonra yapılacak cerrahi müdahale thorax ve mediastenin direnağı, perforation yerinin primer sütür ve plâstikle kapatılması şeklinde düşünüldü. 17.10.1969 da 12 günlük bir gecikme ile sağ Thoraktomi yapıldı. Mediastende apse ve nekrozlar mevcuttu. Mediasten temizlendi, diren kondu, ayrıca thorax boşluğu (plevra) direne edildi. Müteakiben cervical nahiyyede sağda longitüdinal bir kesitle oesophagusa varıldı. Yan duvarda genişce bir perforation tesbit edildi. Kurşunun geçişine uygun olarak ven zaviyesi dışında ve omohyoid üzerinde thoraxla iştirak eden geniş bir defekt mevcuttu (cerviko, thoracal-communiation). Oesophagus kenarları eksize edildi, primer sütür kondu ciltsiz platizma plâstığı yapıldı. Dördüncü postoperatif günde sütür kifayetsizliği ile beraber para-oesophageal apse teşekkül etti. Yeni bir cerrahi müdahale ile perforation yerine diren konarak uygun aralıklarla aspirasyon yapıldı. 2,5 ay sonra Oesophagogram profilaktik cerrahi ile perforation yerinin kapandığını gösteriyordu. Ağız yoluyla beslenmeye başlandı. 1.3.1970 de gastrostomi kapatıldı. Fakat bu ameliyat esnasında yerleştirilmesi arzu edilen sonda ile perforation yeri yeniden açıldı. Oesophagogram kontrolü diyagnozumuzu teyit etti, yeniden cervical nahiyyede direnağ ve aspirasyona başlandı. Hasta bu tarihten itibaren devamlı atropinize edildi. 10.3.1970 de yeniden gastrostomi yapılarak bu yolla beslenmeye başlandı, 2 aylık tedaviden sonra perforation yerinin kapandığı tesbit edildi, gastrostomi ile beraber likit gıdalarda ağızdan verilmek üzere her iki yolla beslenmeye devam edildi. Son defa yapılan gastrostomi deliğinin kapanması uzun sürdü asidin cildi harab etmeye başlamasından sonra spontan şifadan ümit kesildi, 18.3.1971 de Fakültemiz T'inci Cerrahi Kliniğinde fistül onarımı yapıldı. Modern an-

tibiyotik tedavisine rağmen meastinitis acutalar hala ciddiyetini muhafaza etmektedirler. Çok zaman perforation ve mediastinitisin konservatif tedavisi şok tedavisine münhasır kalır. Elektrolit ve protein muvazenesi, antibiyotik tedavisi altında vakit geçirmeden cerrahi müdahalenin uygulanması lâzımdır (2, 6, 9).

Şüpheli vak'alarda dahi cerrahi müdahale şarttır. Jeney, Yeh, Cheng. Oesophagus perforationlarında primer dikişle beraber pediküllü olarak boyun-da ciltsiz platysma plâstığı thorax da perikard veya plevra plâstığı, aşağı kısımlarda saplı bir Diaphragma parçası ile plâstik tavsiye edilir. (Nissen) (1, 11, 14) Cerrahi müdahale esnasında yara sahası serbestleştirilir, bilhassa genç hastalarda ahvali umumiyesi de müsaitse (THOREX) tipinde geniş Oesophagus rezeksiyonları yapılır. İkinci bir klâsik ameliyatla cerrahi müdahale tamamlanır, cervical yaralanmalarda Oesophagustaki lezyona sütür konamıyorsa perforation civarının tamponajı ve direnaji uygundur. Bundan başka gastrostomi yapılır. Hastaya tükürdüğünü yutmaması için tembih edilir. İcabe derse atropinize edilir. Gastrostomi yapılamayan vak'alarda beslenme ilk 7 gün mide sondası vasıtasıyla olur.

KLİNİK TARTIŞMA SONUÇ

Mediastinitisler sıklıkla mediastende mevcut organların Trachea veya Oesophagusun yaralanması sonucu, diagnostik girişimler esnasında Oesophagusun perforationlarından sonra sütür kifayetsizliklerinde görülür. Hastamızda Oesophagus perforationun bulunduğu cervical nahiye ile Thorax arasında Cominication mevcuttur. Anatomo-patolojik olarak apseli nekrotik iltihab tespit edilmiştir. Akut mediastinitisler seröz, seröz iltihablı, Phlegmonöz abseli, bazan kanama ile müterafık Peteccin-echymoslu, fibrin teşekküllü şekilleri vardır. Vakamızın takdiminden de anlaşıldığı gibi ilk tedavi edildiği kliniklerde Oesophagus perforationu Cominication, mediastinitis acuta, diagnoz sahasının dışında kalmıştır. Hasta 11 günlük zaman intervalinden sonra ilerlemiş bir mediastinitis acutanın ve empyemin toksik tablosu altında bulunuyordu. Mediasten temizlendikten sonra direnaj yapıldı, Antibiyotikli solüsyonlarla yıkandı. empyem tedavisi kapalı ve açık direnajlı olmak üzere aylarca devam etti. Cervikal nahiyedeki perforation primer sütür ve Platysma plâstığı ile kapatılmıştır. Mediastinitis acutayı yapmış olduğumuz cerrahi ve intensif antibiyotik tedavisine rağmen haftalar sonra kontrol altına almak mümkün oldu. Thorax ameliyatlarının, endoskopik muayene metotlarının kaydetmiş olduğu ilerleme bakterilerin virülansını azaltıcı veya inkışafına mani olan Chemiot-

herapi modern infeksiyon tedavisinin verdiği sayısız imkânlar şüphesiz ki akut mediastinitisteki büyük korkumuzu kısmende olsa azaltmıştır. (15, 16) Hastamızda septik toksik symptomlardan başka hakiki iltihab ve mevcut yaranın mediastinal sinirler üzerine tazyiki neticesi yutkunma güçlüğü, bronchus stenozu, vagus, recurrens te iritasyon ve Horner-Symptom kompleksi husule gelmiştir. İltihabın durumuna uygun olarak da dudak ve gözlerde ödem mevcuttu. Acut mediastinitislerin oluş şekillerini kısaca şöyle sıralayabiliriz.

- 1 — Hematojen Metastaz
- 2 — Lenfojen Metastaz
- 3 — Mediastende bulunan organların iltihablanması

Hastamızda cervical cominicationla enfekte materiyel mediastene akmakta para-oesopnageal abse lenfojen ve hematojen yolla mediasteni infeksiyon bombardmanı altında tutmakta idi. Sağda, yaygın empyemin de inzimamı ile haftalarca 20 000 in üzerinde lökositoz, yüksek sedimentation, yüksek bacaklı ateşle ağır bir klinik tablo göstermekteydi. İleri derecede toksik rezorpsiona bağlı olarak, korku hali, cyanos, huzursuzluk vardı. Sağda mütebariz olmak üzere Fossaların silinmesi singultus kayda değer bulgular arasında idi. İlerlemiş hallerde muhtemelen mediastendeki staz ve solunum güçlüğü hayatın devamına mani olabilir, terminal safhada mediastinal tromboflebitisler husule gelerek sepsis ortaya çıkar. Mediastindeki ortalama olarak Horizontal durumdaki (—6) su sütünü negatif basınçla respiratuvar ve pulsasyon değişiklikleri, yemek borusunun ve Trakeanın hareketleri toksin rezorpsiyonunu son derece fazlalaştırır. Yumuşak ve lenfatik dokunun iltihabı devamlı ateşin meydana çıkmasına sebep olur. Letalite üzerine tesir eden faktör şüphesizki perforationun oluşu ile teşhis konarak müdahalenin yapıldığı zaman intervalidir (3, 8).

DERBES MITCHEL in vak'alarındaki letalite oranı

- 1 — % 55 letalite perforationun vukuundan 24 saat sonra
- 2 — % 89 letalite perforationun vukuundan 48 saat sonra
- 3 — % 100 letalite perforationun vukuundan 96 saat sonra

Vakamızda perforation ve cerrahi müdahale arasındaki zaman intervali 12 gündür. Görüldüğü gibi perforationlardan sonra mey-

dana gelen mediastinitis dolayısıyla gecikmiş vakalarda letalite artmaktadır. Şu halde erken cerrahi müdahale şarttır. Konservatif tedavi mediastinitisin devamına mani olamaz Perforation yerinden enfekte tükürüğün mediastene çıkışı kaçınılmaz bir hadisedir. (10, 12).

Kinomatograf muayenelerinde görüldüğü gibi perforationlarda bizzat yutkunma aktı yaralı kısmın sakin bir halde kalmasına mani olur. Nadiren mediastinitis uzun zaman devam eden ağır bir hastalık meydana getirir (13).

Vakamızda aylarca devam eden ağır bir klinik tablo ortaya çıkmıştı. Elektrolit ve protein muvazenesi bozulmuştu, thorakotomi yerinde scapula nahiyesinde tedaviye direnç gösteren atonik ve enfekte yaralar, geniş decubitis ülserleri ortaya çıktı. Aylarca devam eden lokal ve parantral antibiyotik tedavilerinden sonra yaralar şifa bulabildi ayrıca uzun zaman devam eden açık ve kapalı empyem direnağı tatbik edildi, bu tedavi esnasında sık sık elektrolit ve protein kontrolü yapılarak gerekli ilavelerle muvazenenin temin edilmesine çalışıldı, vakamızda kanaatımızca gerek cerrahi yünden ve gerekse intensif dahili tedavi yönünden en uygunu yapılmıştır.

Derra, Conrad'a göre tedavi üzerine tesir eden faktörler şunlardır.

- 1 — Perforationun durumu
- 2 — Perforationun büyüklüğü
- 3 — Perforation ve diağnoz tesbiti arasında geçen zaman
- 4 — Mediastinal absenin ve plevra Emphyeminin mevcut bulunuşu
- 5 — Hastanın yaşı ve durumu

Vakamızda yaş hariç bütün faktörler aleyhte bulunuyordu (5, 9, 10).

Sonuç olarak şunu söyleyebilirizki Oesophagus perforationları ve Mediastinitisli vakaların etyolojisi ne olursa olsun yüksek letalite gösteren bir hadisedir. Hastalar ekseriya geç olarak kliniklere müracaat ederler meydana gelen öldürücü komplikasyonlardan dolayı hastaları kurtarmak mümkün olamaz. Böyle vakalarda tek başına konservatif tedavi uygulanması kifayet etmez. Hastanın duru-

muna göre gerekli cerrahi tedaviyi tatbik etmelidir. Hastamız 16.10.1969 tarihinde kliniğimize yatmış 17 ay 21 gün devam eden konservatif ve ayrıca uygulanan cerrahi tedaviden sonra,

- 1 — Oesophagus perforationu
- 2 — Mediastinitis Acuta
- 3 — Plevra Empyem-i

tamamen şifa bularak 17.4.1971 de taburcu edilmiştir. Son laboratuvar muayenelerinde: Eritrosit 4 580 000, Hemctokrit % 39, Hemoglobin % 70 (11,5 gr) Lökosit 5 200, idrar bulguları normal, total protein % 7,4 gr taburculuk esnasında ve üç ay sonra Oesophagusun kontrast madde ile yapılan radyolojik kontrolunda stenoz dahil en ufak bir patolojik bulguya rastlanmadı. Literatürde gecikmiş bir Oesophagus Perforationu, mediastinitis acuta ve plevra empyemi bulunan bir vakanın uzun zaman tedavi edildikten sonra şifa bulduğuna dair herhangi bir malumata rastlamadık.

ÖZET

12 yaşındaki bir çocukta kurşunla yaralanma neticesi Oesophagusta cervical nahiye de perforation husule gelmiştir. Perforationdan sonra teşhis ve tedaviye başlama arasında 12 günlük bir interval mevcuttur. Cervikal Oesophagus perforationuna thorakal cominikasyon iştirak etmiş olup nekrotik abseli bir mediastinitis mevcuttu. İlk cerrahi müdahalede cervical nahiye deki perforation yeri primer sütürle kapatılmış ayrıca ciltsiz platysma plastiği yapılmıştır. Mediasten ve plevra boşluğu uygun şekilde direne edilmiştir. Bugüne kadar elde edilen tecrübeler göstermiş ki, perforation ve mediastinitisler konservatif tedavi ile iyi edilemez intensif antibiyotik tedavisi altında mediastene tatbik etmiş olduğumuz cerrahi profilaksiden sonra mediastinitis acuta kontrol altına alınabilmektedir. Cervikal nahiye deki sütür kifayetsizliğinden sonra yapılan direnaja ve tamponaj perforation yerinin kapanmasını temin etmiştir. Empiyem açık ve kapalı direnaja tedavi edilerek şifa bulmuştur.

Tedavi süresince protein ve elektrolit dengesinin temin edilmesine çalışılmıştır. Literatürde zaman intervali uzamış vakaların letalitesinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Böyle gecikmiş ve komplike bir vakanın tedavi edilerek şifa bulduğuna dair malumata rastlamadık.

ZUSAMMENFASSUNG

**Nach einer Schussverletzung Oesophagusperforationen zustande
Kommende Zwölf tägige Mediastinitis, Akut Empyeme und
Ihre Erfolgreiche Behandlung**

Zwölf jähriges Kind wurde infolge Kugelschuss in Bereich des Cervikale-Oesophagus verletzt und perforiert. Nach der Perforation war die Zeitspanne (intervall) zwischen Diagnose und Behandlung zwölf Tage. Es war Cervikal Oesophagus - Perforation, thoracal - communication und dabei abcedierende nekrotische Mediastinitis. Beim ersten Operativen Eingriff in Bereich Halsregion des Oesophagus wurde die perforierte Stelle mit primär Nähte sowie Hautloser Platysma zugeschlossen. Das Mittelfell und die Ploera auf geeignete art dreniert. Unsere Erfahrungen bis zu diesem Tage haben gezeigt, dass die perforation und Mediastinitis unter konservativer Therapie nicht zu heilen ist. Nach intensiver antibiotischer und chirurgischer Massnahmen im Mediastinum wurde die Mediastinitis acute unter kontrolle genommen. Nach in der Halsregion entstandenen Nahtinzuffizienz wurden drenagen und tamponagen durchgeführt, dadurch wurde das schliessen der perforations - stelle erreicht. Die Empyeme konnten durch offene und geschlossene drenagen geheilt werden. Während der Behandlung wurde versucht den Eiweiss und Elektrolyten Haushalt standhaft zu halten. Die literatur weist nach, dass bei Fällen mit längeren intervall die Lätalität zunimmt. Bis jetzt war es uns nicht möglich Fälle, so komplizierte Fälle mit so grösser Verspätung an zu treffen, bei denen der Patient genäzung fand.

LITERATUR

- 1 — BAX N. A.: Das Bindegewebe des Mediastinum, Arch. Chir. deutl. 5 : 131. 1953.
- 2 — DOERR W. SEIFERT G. UEHLLINGER E.: Akut mediastinitis Spezielle pathologische Anatomie 4: 484, 1969.
- 3 — FOWLER A. W.: Traumatic rupture of a main bronchus Brit. med. J. 4905. 85 : 1955.
- 4 — HEBERER G. LAUSCHKE H. HAUT: Klinik und Forschung Pathogenese klinik und Therapie Der Oesophagusrupturen Der Chirurg, 37 : 433. 1966.
- 5 — HEBERER G. H. J. CASTRUP.: Die Oesophago-tracheal Fistel nach stumpfen Thoraxtrauma, Thoraxchirurgie, 12: 384, 1965.

- 6 — HELLNER H. NISSEN R. VOSSSCHULTE K. : Traumatiscbe und spontane perforation des Oesophagus, Lehrbuch der Chirurgie, 593. 1964.
- 7 — HEGEMANN G. GALL. F. : Diagnose und Behandlung instrumenteler Oesophagusverletzungen Thoraxchirurgie Vaskuläre Chirurgie, 3 : 233. 1967.
- 8 — IRMER W. BAUMGARTL F. GREWEH E. ZINDLER M. : Perforationen des Oesophagus Thoraxchirurgie Vaskuläre Chirurgie, 119 : 201. 1967.
- 9 — KÖNIG, F. A. : Penetrirendes peptische Speiseröhren-geschwür mit Aortenröptür Zbl. allg. Path. Anat., 95 : 242. 1953.
- 10 — KONRAD. R. M. : Die Therapie Der Oesophagusperforationen Thoraxchirurgie Vaskuläre Chirurgie, 16 : 492. 1968.
- 11 — KREMER. K. MÜLLER. E. BÖHME H. : Drinliche Eingriffe Bei Erkrankungen der Mediastinalorgane, Der Chirurg, 8 : 342. 1969.
- 12 — LAURENCE K. GROVES : Cleveland Ohio. Instrumental Perforation of the Esophagus the Journal of thiracic and cardiovascular surgery, 52 : 1966.
- 13 — MÜNDICH, K. : Mediastinitis, Praxis der Pnemologie 6: 378. 1969.
- 14 — NISSEN R. : Speiseröhre Handbuch der Thoraxchirurgie Br. III Wsg. Von E. DERRA Spinger Berlin 1958.
- 15 — NISSEN R. : Operative Behandlung von insuffizienz und Stenose der Gastro - Oesophagealen Anastomose nach Resektion, Bruns' Beitr. Klin. Chir. 4 : 204. 1962.
- 16 — THOMAS F. NEALON Jr. TEMPLETON JOHN. VINCEND D CUDDY, Cby invitation And JOHN H GIBBON Jr. Philadelphia Pa, Instrumental Perforatiin of the Esophagus Thoracic and Cardiovascular Surgery, 41 : 75. 1961.