

ENTÜBASYONA BAĞLI TORASİK ÖZOFAGUS PERFORASYONU

Hadî Akay* Serdar Akyar** Murat Akal*** Nezih Özdemir***

Torasik özofagus perforasyonlarının tanı ve tedavisi perforasyonun oluşma nedenine bakılmaksızın ivedi olmalıdır. Çünkü tanısı ve tedavisi geciken torasik özofagus perforasyon olguları halen yüksek oranda mortalite riski taşımaktadır.

Anabilim Dalımızda, entübasyona bağlı torasik özofagus perforasyonu ilk kez görüldü. Perforasyon oluşumundan 8 gün sonra Anabilim Dalımıza başvuran ve konservatif tedavi sonucu şifa ile taburcu edilen olgu, literatür verileri ile değerlendirilerek sunuldu.

OLGU

G.E. 41 yaşında kadın hasta (Protokol No. : 392998)

Myoma uteri tanısı ile hasta 22.05.1989'da Ankara'da bir hastanede operasyona alınmış. Anabilim Dalımıza başvurduktan sonra yapılan sorgulamasında postoperatif 1. gün boyun ve sırt ağrısı oluşmuş. Çekilen PA toraks grafisinde sağda akciğer kollapsı ile birlikte, mediastinal ve servikal hava gözlenmiş. Bunun üzerine sağ hemitoraksa, sinüsten interkostal kapalı sualtı drenajı uygulanmış. PA toraks grafisinde, akciğerlerin ekspansiyonunun saptanması üzerine dren çekilmiş. Hastada postoperatif 8. günde, ileri derecede solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı ve yüksek ateş saptanmış. Bu bulgularla hasta Anabilim Dalımıza sevk edilmiştir.

Hastanın Anabilim Dalımızda yapılan muayenesinde : Ateş 39 °C, takikardi ve takipnesi mevcuttu. Oskültasyonda : Sağ hemitoraks or-

* A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Cerr. Anabilim Dalı Öğ. Üyesi

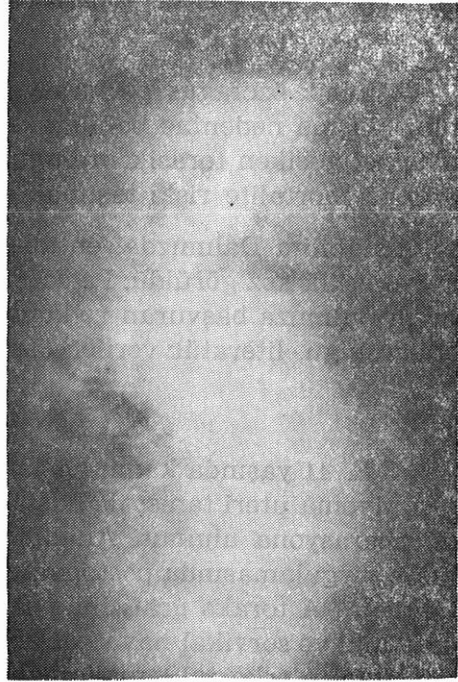
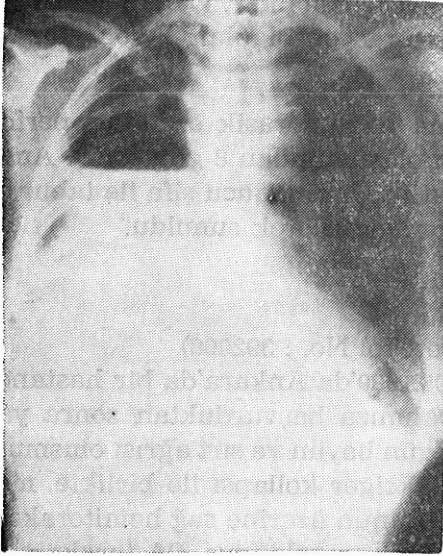
** A.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Öğ. Üyesi

*** A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Cerr. Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri

**** A.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

ta zonda solunum sesleri alınamıyordu. Rutin laboratuvar incelemelerinde : Anemi ve hipoalbuminemi dikkat çekti. PA akciğer toraks grafisinde sağ diafragma, normal konumuna göre yükselmişti. Sağ hemitoraksta : 5-8 arka kotlar arasında sıvı seviyesi gösteren bir poş ve mediastende genişleme saptandı.

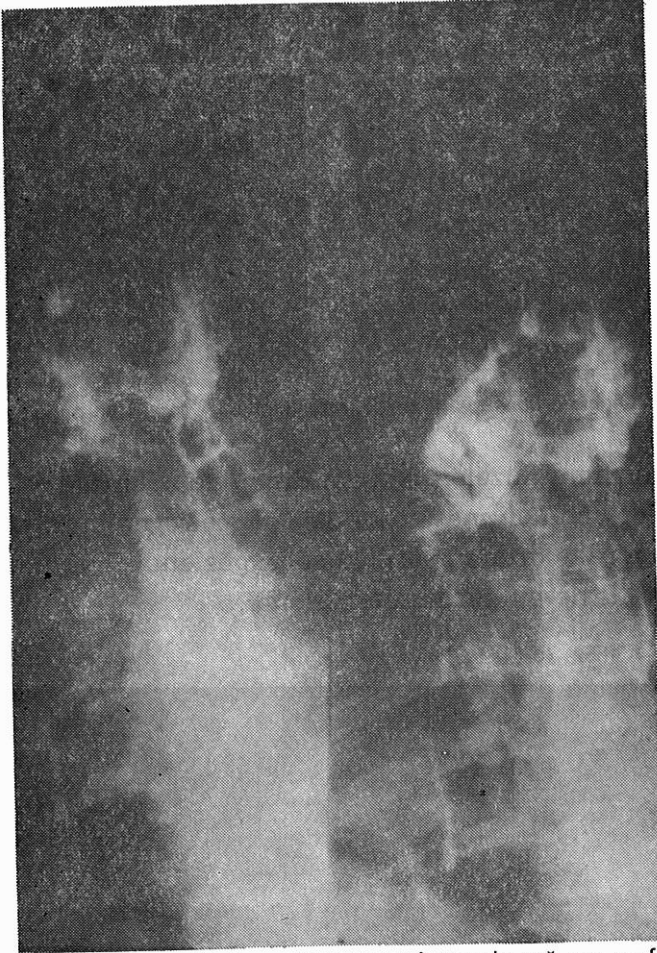
Mediastende ve servikal bölgede saptanan interstisyel hava görüntüsü, sağ yan grafide de görüntülendi (Şekil 1).



Şekil 1 : PA Toraks ve Sağ Yan Grafileri.

Bu klinik tablo ile birlikte hastanın ısrarla «herhangi bir sıvı içeren, sanki yemek boruma değil sırtıma doğru gidiyor» tarzındaki ifadesi ile hastanın katı ve sıvı oral gıda alımı kesildi. Sodyum sefopezon 2 gr/gün, Netilmisin sulfat 200 mg/gün ve hiperalimantasyona başlandı. PA toraks grafisindeki poş sağ yan grafi ile lokalize edildikten sonra ponksiyon ile beyaz-sarı renkli, kokusuz koyu kıvamlı 700 cc. sıvı alındı. Ertesi gün çekilen PA toraks grafisi ve sağ yan grafide aynı poşun devam etmesi üzerine, interkostal sualtı drenajı uygulandı. Urografin ile özofagusun skopik incelemesi ve pasaj grafisinde opak maddenin torasik özofagusun başlangıcında ve arka du-

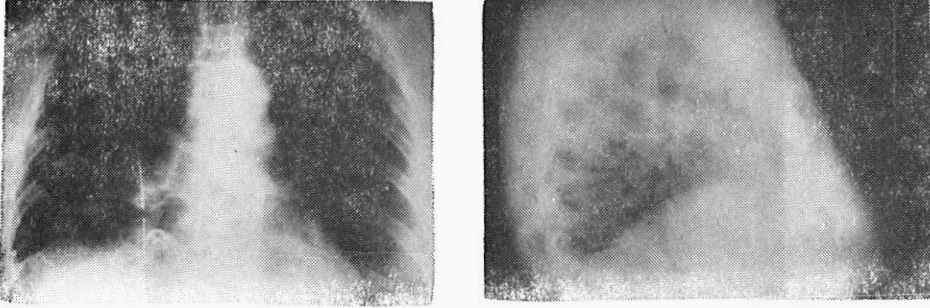
varından sağ hemitoraksa, toraks grafilerinde saptanan poşa doğru gittiği izlendi. Bu durum hasta sağ yana yatırılarak görüntülendi (Şekil 2).



Şekil 2 : Urografin ile çekilen yatar konumda sağ yan grafi.

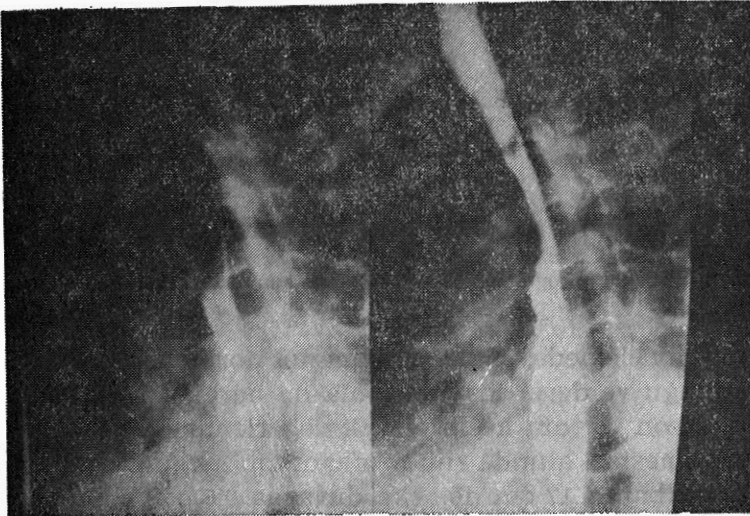
Skopik incelemede, sağ diafragmanın normale oranla yüksek konumda olduğu ve derin inspirasyonla da hareketsiz olduğu belirlendi. Perforasyon yerinin kesin olarak değerlendirilmesi amacıyla hastaya genel anestezi altında rijit özofagoskopi uygulandığında : üst diş kavsinden itibaren 17 cm.'de arka duvarda 0,5 cm. çapında perforasyon gözlemlendi. Rijit özofagoskop içerisinden N/G tüp, mideye kadar itilerek endoskopiye son verildi.

Hasta, oral katı ve sıvı alımı kesildikten sonra N/G tüpten beslenmeye başlandı. İ.V. hiperalbuminasyon, sağ hemitorakstaki poşun interkostal sualtı drenaj ve irrigasyonu ile olgunun genel durumu hızla düzelmeye başladı. Bu aşamada çekilen kontrol PA toraks ve sağ yan grafileri Şekil 3'de görülmektedir.



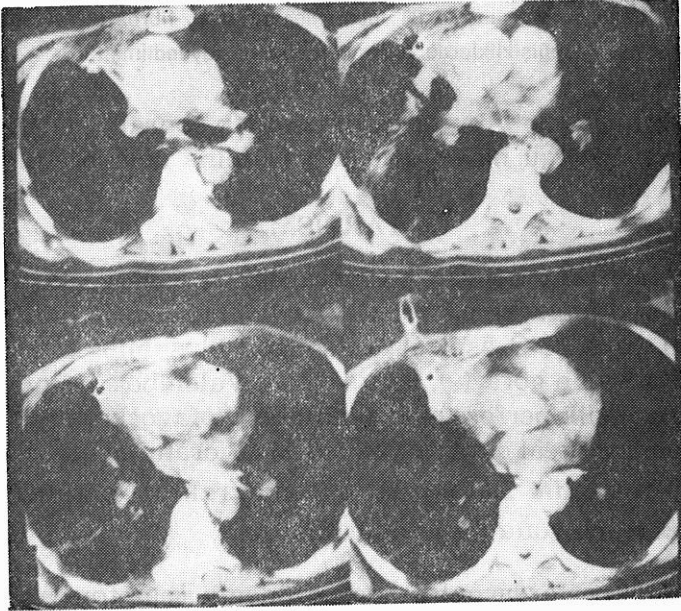
Şekil 3 : Olgunun konservatif tedavi sırasındaki PA toraks ve sağ yan grafileri.

Genel durumu düzelen olguda, drenaждан sonraki 18. günde oral olarak verilen metilen mavisinin değişik pozisyonlarda tekrarlanmasına karşın toraks dreninden gelmediği gözlemlendi. Baryumlu özofagus pasaj grafisi ile de bu durum desteklendi.

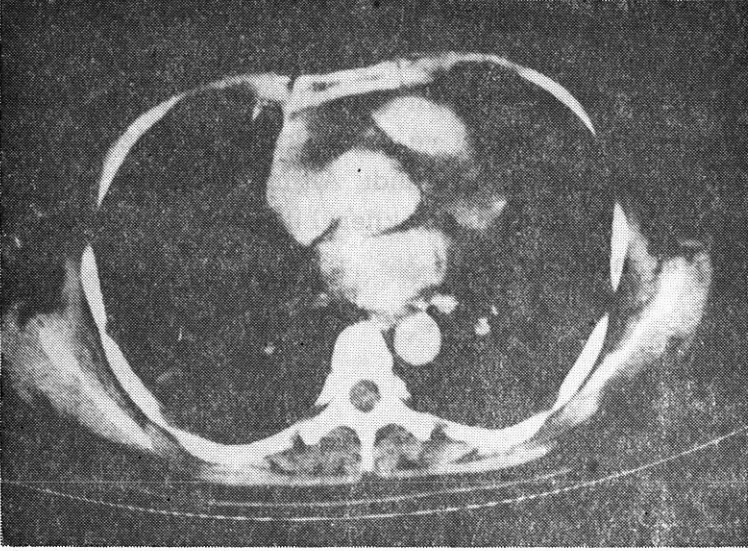


Şekil 4 : Perforasyonun konservatif tedavisinden sonra olgunun baryumlu özofagus pasaj grafisi.

Torasik özofagustaki perforasyonun kapandığının anlaşılması üzerine N/G tüp çekildi. Oral sulu gıda alınmasına izin verildi. Sağ hemitorakstaki poşa yerleştirilen interkostal sualtı dreninden gelen pürülan sıvının minime inmesi ve poşun küçülmesi üzerine dren açığa çevrilerek pansuman altına alındı. Altıncı haftanın sonunda ise tamamen çekildi. Bu dönemde çekilen bilgisayarlı tomografiler (BT) Şekil 5'de izlenmektedir.



Şekil 5 : BT kesitlerinde sağ hemitoraksa fibröz çekintiler ve parakardial kesimde orta lob kollapsı izlenmektedir.



Şekil 6 : Bir önceki BT incelemesine göre, fibröz atelektatik değişikliklerde anlamlı gerileme kaydedilmiştir.

Hastanın şifa ile taburcu edilmesinden sonraki kontrollerinde bir sorun çıkmadı. Olgu halen normal yaşamına devam etmektedir.

TARTIŞMA

Enstrümental özofagus perforasyonları özofagoskopi, gastroskopi, özofagus dilatasyonu, endotrakeal entübasyon, özofagus varis tamponadı veya N/G aspirasyon sonucu oluşabilir (1,4,5,6,7,8,9,12,13, 15). Postlethwait'e göre (9), Janssens ve Valembouis'in topladıkları 386 olguluk iatrojenik perforasyon serisinde özofagoskopi % 51.6 oranı ile en fazla, endotrakeal entübasyon ise % 4.6 oranı ile en az perforasyon nedenidir. Anabilim Dalımızda ise, endotrakeal entübasyona bağlı özofagus perforasyonu ilk kez görülmüştür.

Özofagus perforasyonlarında en önemli semptom ağrıdır (1,2,4,5, 9). Ağrı perforasyonun lokalizasyonu ile ilişkili olup, servikal özofagus perforasyonlarında boyun ağrısı, torasik özofagus perforasyonlarında ise göğüs ağrısı şeklindedir. Ağrı retrosternal veya epigastrik yerleşimli de olabilir. Ağrı, tüm olguların % 90-95'inde bildirilmiştir. Olgumuzda da göğüs ağrısı mevcuttu. Perforasyonun lokalizasyonuna

göre, ağrıya ek olarak boyunda krepitasyon, hematemez, ses kısıklığı, odyonophagia, trakea deviasyonu, disfaji ve kusma klinik tabloya eklenebilir (1,4,9,12,14).

Mediasten ve plevral kavitenin olaya katılımına göre respiratuar distress sendromuna benzer tablo ortaya çıkar (9,15). Gecikmiş perforasyon olgusunda ise septik şok tabloya egemendir. Bu nedenle özofagusa yapılan tüm manuplasyonlarda, yabancı cisim yutma ve travmalardan sonra bu semptomlara özofagus perforasyonu yönünden önem verilmelidir.

Tanının şüpheli olduğu durumlarda, radyolojik inceleme yöntemleri son derece değerli bilgiler verir. Toraks grafilerindeki değişiklikler deri altı amfizemi, pnömotoraks, intraplevral sıvı toplanması, pnömomediastinum, mediastinal apse, pnömonitis şeklinde olmakla birlikte perforasyonun lokalizasyonuna bağlı olarak pnömoperitoneum ve retrofarengeal genişleme tarzında da ortaya çıkabilir. Yabancı negatif sonuç, olguların ancak % 10'unda mevcuttur (1,2,3,4,5,9,11).

Olgumuzda da Anabilim Dalımıza başvurusundan önce myoma uteri nedeni ile yapılan operasyondan sonraki 1. günde, boyunda krepitasyon saptanmış, PA toraks grafisinde pnömotoraks görüntüsü üzerine drenaj uygulanmıştır.

Radyolojik inceleme yöntemlerinden çok değerli olan diğeri ise radyopak madde ile elde edilen özofagus grafileridir. Bu yöntemle, radyopak maddenin özofagus dışına yayılması, hem perforasyonun yeri ve genişliği, hem de oluşan poşun lokalizasyonu hakkında fikir verir.

Olgumuzda, radyopak madde verilerek elde edilen özofagogram ile rüptür yeri kesinleştirilmiş, sağ hemitoraksta, oluşan poş ile ilgisi belirlenmiş ve poşun genişliği de değerlendirilmiştir.

Özofagus perforasyonlarında, BT; Endicott ve ark.'na (3) göre diğer radyolojik yöntemlerle birlikte uygulanmalıdır. BT ile perforasyon yeri ve genişliği saptanabilir. Ayrıca BT derin boyun apselerinin lokalizasyonunun değerlendirilmesinde önemli rol oynar ve cerrahi girişimin boyunda veya mediastende yapılacağı hakkında fikir verir.

Bu tanı yöntemleri dışında yapılacak özofagoskopik inceleme ile rüptür yeri direkt olarak saptanır ve cm. olarak yeri lokalize edilir. Olgumuzda özofagoskopi uygulanmış, perforasyon üst diş kavsinden

itibaren 17 cm.'de görülmüştür. Perforasyonun myoma uteri nedeni ile operasyonu sırasında, ITGA'da muhtemelen entübasyonun güç olduğu ve entübasyon sırasında kullanılan rehber tel ile trakea yerine özofagusa girildiği ve bu şekilde olduğu kanısına varıldı.

Özofagus perforasyonlarında, tedaviyi belirleyen en önemli etken erken tanıdır. Zira erken tanı konulamayan ve tedavisi gerçekleştirilemeyen özofagus perforasyon olgularında mortalite oranı oldukça yüksektir.

De Meester (2)'e göre, konservatif tedavi uygulanan 171 olguda, 1956 yılında Derbes ve Mitchell % 100 mortalite saptamışlardır. Ancak bu dönemde antibiotik tedavisi ve hiperalbuminasyon yeteri kadar bilinmiyordu ve tüm olgularda plevra boşluğuna perforasyon mevcuttu Aynı yazara göre, antibiotik tedavisi ve hiperalbuminasyon tedavisinin gelişmesinden sonra, konservatif tedavi ile mortalite önce % 36, daha sonra da % 11'e kadar düşmüştür.

Shockley ve ark. (11), özofagus perforasyonlarının tüm tiplerinde mortaliteyi % 20 olarak vermişler, servikal özofagus perforasyonlarında ise bu oranın % 15 olduğunu ifade etmişlerdir.

Endicott ve ark. (3), değişik serilerdeki mortalite oranının % 20 - 60 arasında olduğunu, mortalitenin azaltılmasında, erken tanı ve agresif cerrahi tedavinin etken olduğunu ifade etmişlerdir.

Postlethwait ve ark. (9), 1959 yılında, 438 enstrümental özofagus perforasyonlu hastada mortaliteyi % 23.5 olarak bildirmişlerdir.

Bladergoen ve ark. (1), 1937 - 1984 yılları arasındaki toplam 127 özofageal perforasyon ve rüptür olgusunun 13'ünde tanının otopside konulduğunu, kalan 114 olguda ise mortalitenin % 21 olduğunu bildirmişlerdir. Perforasyondan sonraki ilk 24 saat içerisinde tanı konulursa, genellikle kabul edilen cerrahi girişim uygulanmasıdır. Cerrahi girişim, perforasyonun basit olarak kapatılması ve drenajı şeklinde yapılabilir. Eğer distal özofagusta perforasyon mevcutsa, özofagogastrotomi gerçekleştirilebilir (10,11).

Bazı yazarlar, özofagus perforasyonlarında özofagusa tüp konularak yapılan destekleyici tedavinin seçilecek yol olduğunu söylemektedir (6,7,8,10,15).

Olgumuz, özofagusta perforasyon oluştuktan sonraki 8. günde yani geç dönemde Anabilim Dalımıza başvurmuştur. Tanı konulduktan sonra; özofagoskopi ile N/G tüp tatbik edilen hastaya ayrıca hiperalimentasyon tedavisi uygulandı. Uygun antibiotik tedavisi ile birlikte sağ hemitorakstaki poş interkostal sualtı drenajı ile drene ve irriga edildi. Uygulanan konservatif tedavi sonucunda hasta şifa ile taburcu edildi.

ÖZET

Endotrakeal entübasyona bağlı torasik özofageal perforasyon olgusu sunuldu. Kapalı sualtı drenajı, irrigasyon, hiperalimentasyon ve antibiotik ile tedavi edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Major komplikasyon gelişmeyen olgu, hiçbir diet kısıtlaması olmaksızın normal yaşamına döndü. Olgu, literatür verileri gözden geçirilerek tartışıldı.

SUMMARY

The Perforation of the Thoracic Esophagus Due to Intubation

The case with thoracic esophageal perforation due to endotracheal intubation has been presented. The patient was treated with pleural drainage and irrigation, hyperalimentation and antibiotics. She did very well and was discharged without any symptom.

No major complication occurred and she has been living without any diet restriction. The case was discussed with the literature.

KAYNAKLAR

1. Bladergroen MR Love JE Postlethwait RW ; Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. *Ann. Thorac. Surg.* 42 : 235, 1986.
2. DeMeester TR : Perforation of the esophagus. *Ann. Thorac. Surg.* 42 : 231, 1986.
3. Endicott JN Molony TB Camphell G Bartels LJ : Esophageal perforations : The role of computerized tomography in diagnosis and management decisions. *Laryngoscope*, 96 : 751, 1986.
4. Han SY Tishler JM : Perforation of the abdominal segment of the esophagus. *A.J.R.* 143 : 751, 1984.

5. Han SY Mc Elvein RB Aldrete JS Tishler JM : Perforation of the esophagus. A.J.R. 145 : 537, 1985.
6. Lyons WS Seremetis MG De Guzman VC Peabody JW : Ruptures and perforations of the esophagus : The case for conservative supportive management. Ann. Thorac. Surg., 25 : 346, 1978.
7. Mengoli LR Klassen KP : Conservative management of esophageal perforation Arch. Surg., 91 : 238, 1965.
8. Michel L Grillo HC Malt RA : Esophageal perforation. Ann. Thorac. Surg., 33 : 203, 1982.
9. Postlethwait RW : Surgery of the esophagus, 2 ed. Appleton Century Grays/Norwalk Connecticut, P : 161, 1986.
10. Saabye J Nielsen HO Andersen K : Long-term observation following perforation and rupture of the esophagus. Scand. J. Thor. Cardiovasc. Surg., 22 : 79, 1988.
11. Shockley WW Tate JL Stucker FJ : Management of perforations of the hypopharynx and cervical esophagus. Laryngoscope, 95 : 936, 1985.
12. Skinner DB Little AG De Meester TR : Management of esophageal perforation. Am. J. Surg., 139 : 760, 1980.
13. Tiller HJ Rhea WG : Iatrogenic perforation of the esophagus by a nasogastric tube. Am. J. Surg., 147 : 423, 1984.
14. Weigelt JA Thal ER Snyder WH Fry RE Mier DE Kilman WJ : Diagnosis of penetrating cervical esophageal injuries. Am. J. Surg., 154 : 619, 1987.
15. Weissbers D Kaufman M Schwartz I Reubenpour M : Traumatic perforation of the esophagus. Am. Surgeon, 54 : 479, 1988.