

Mediastinit Tedavisinde Hemirektus Flebi ve Bilateral Pektoral Kas Kaydırma Tekniği

HEMIRECTUS FLAP AND BILATERAL PECTORAL ADVANCEMENT IN MEDIASTINITIS

Yusuf Kenan Yalçınbaş, Ersin Ereğ, Ece Salihoglu, *Cemal Şenyuva, Tayyar Sarıoğlu

İstanbul Memorial Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul

* İstanbul Memorial Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü, İstanbul

Özet

Günümüzde koroner bypass sonrası mediastinit, insüline bağımlı diyabet, iki taraflı internal torasik arter kullanımı, ileri yaş ve önemli diğer organ bozuklukları gibi riskler yoksa %1'den daha az sıklıkla karşılaşılan ciddi bir komplikasyondur. Sol internal torasik arter kullanılan düşük riskli bir koroner bypass hastasında mediastinit gelişirse ve klasik tedavi olan parsiyel sternal rezeksiyon, debridman, Robiscek onarımı ve kapalı mediastinal irrigasyon ile kontrol altına alınamazsa, sternumun komplet rezeksiyonu ile birlikte sağ hemirektus flebi ve bilateral pektoral kas kaydırma yöntemi multidisipliner bir yaklaşımla uygulanabilir ve bu fatal komplikasyon başarı ile tedavi edilebilir.

Anahtar kelimeler: mediastinit, rektus, pektoral, koroner bypass

Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2002;10:118-119

Summary

Today mediastinitis after coronary artery bypass surgery is a rare (< 1%) complication unless insulin dependent diabetes mellitus, bilateral internal thoracic artery use, older age and other major morbidities coexist. If mediastinitis occurs and can not be taken under control by means of classical treatment (partial sternal resection, debridement, Robiscek repair and closed mediastinal irrigation) in a low risk coronary artery bypass patient with left internal thoracic artery graft, best treatment might be right hemirectus flap with bilateral pectoral advancement reconstruction after complete sternal resection.

Keywords: mediastinitis, rectus, pectoral, coronary bypass

Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2002;10:118-119

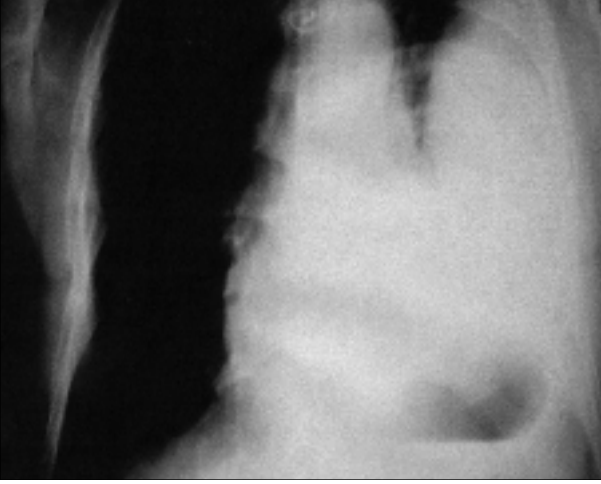
Giriş

Açık kalp cerrahisi sonrası mediastinit, yüksek mortalite ile seyretmesi nedeniyle en ciddi komplikasyonlardan biri olarak kabul edilir. Bu komplikasyonun %0.16 ile 11.5 oranında (ortalama %1.5) geliştiği bildirilmektedir [1,2]. Mediastinitin yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır. Mediastinit gelişen olgularda standart tedavi, parsiyel sternal rezeksiyon, debridman ve kapalı mediastinal irrigasyon şeklindedir. Bu tedaviye cevap vermeyen veya nökseden olguların tedavisi kalp cerrahisinin belki de en zor konularından birisidir ve multidisipliner yaklaşım gerektirir [3]. Bu olgu sunumunda standart tedavi yöntemlerine cevap alınamayan bir mediastinit olgusunun ekstansif rekonstrüksiyon yöntemleriyle tedavisi sunulmaktadır.

Olgu

Altmışyedi yaşında erkek hastaya iskemik kalp hastalığı tanısı ile sol internal torasik arter (ITA) ve safen ven kullanılarak üçlü koroner arter bypass operasyonu uygulandı. Erken postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hastada 5. gün sternum

insizyonundan seropürülan akıntı ortaya çıktı. Bu tabloya sternal dehisens, sol hemitoraksta ampiyem eklenmesi üzerine hasta 7. gün revizyona alındı (Resim 1). Hastaya parsiyel sternektomi, cilt ve cilt altı debridman yapılarak sternuma Robiscek onarımı uygulandı. Hastaya %0.1 povidone iodine solüsyonu ile kapalı mediasten irrigasyonu yapıldı. Hastadan revizyon sırasında alınan yara kültürlerinde staphylococcus aureus üredi. Revizyondan bir hafta sonra insizyonda tekrar pürülan akıntı ve dehisens gelişti. Hasta ameliyat sonrası üçüncü haftada tekrar operasyona alındı. Sternum tamamen rezeke edildi. Oluşan defektin kapatılmasında sadece pektoral kasların kaydırılmasının yeterli olmayacağı görülerek rektus flebi kullanılmasına karar verildi. Hastanın sol ITA'sının ilk operasyonda kullanılmış olması sebebi ile sağ rektus abdominis kası pediküllü flep olarak kullanıldı. Sağ rektus abdominis kası pediküllü flep olarak serbestleştirilerek mediastene yerleştirildi (Resim 2). Üç gün açık pansuman yapılarak flebin canlılığı ve yara iyileşmesi takip edildi. Flebin canlılığından emin olunduktan sonra hasta tekrar operasyona alındı ve mediastinal defekt, bilateral pektoral kas kaydırma yöntemi ile kapatıldı. Vankomisin ve siprofloksasin tedavisi alan hasta beşinci haftada sorunsuz taburcu edildi (Resim 3).

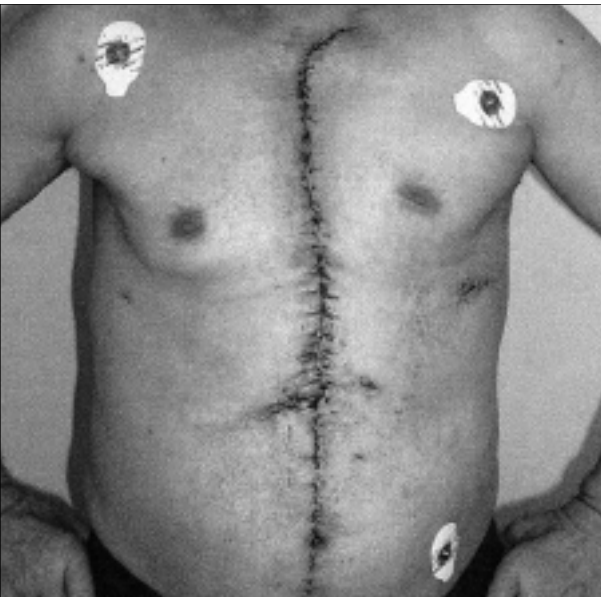


Resim 1. Koroner bypass sonrası mediastinit ve sol ampiyem.

Tartışma

Koroner bypass operasyonundan sonra erken dönemde ortaya çıkan mediastinit nadir görülen, fakat yaşamı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur [4,5]. Daha önce sternotomi yapılmış olması, diabetes mellitus-özellikle insüline bağımlı olan tip, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ileri yaş, operasyon öncesi uzun süreli yatış, kompleks cerrahi, tek veya iki taraflı ITA kullanımı, uzun operasyon süresi, kanama kontrolü için yeniden eksplorasyon, yoğun bakımda uzun süre kalma, kardiyopulmoner resüsitasyon gibi pek çok faktör mediastinit riskini artırır.

Mediastinit tedavisinde sistemik antibiyotiklerle birlikte, sternum revizyonu ve kapalı mediasten irrigasyonu uygulanmaktadır. Persistan mediastinit antibiyoterapi, primer revizyon ve kapalı irrigasyon tedavilerine rağmen yaşamı tehdit



Resim 3. Taburcu olma aşamasında sternal ve abdominal inzizyonun görünümü.



Resim 2. Sağ rektus flep rekonstrüksiyonu sonrasında pektoral kas kaydırma tekniği ile inzizyon kapatılmadan önceki görünüm.

eden bir durumdur. Bu durumda sternum rezeksiyonu ile birlikte rektus veya pektoralis, ya da her iki kasın transpozisyonu ile oluşturulan greft uygulamalarına gerek duyulabilmektedir [6]. Standart tedaviye (parsiyel sternal rezeksiyon, Robiscek onarımı, kapalı mediastinal irrigasyon, parenteral antibiyotik) dirençli mediastinit olgularına cerrahi yaklaşım farklılık göstermektedir. Hastalara uygulanacak cerrahi tekniğin belirlenmesinde hastanın hikayesi, fiziksel yapısı, kliniği, abdominal problemin varlığı, daha önceki operasyonda kullanılan greftler önemli rol oynamaktadır.

Dirençli mediastinit olgularının tedavisi agresif cerrahi yöntemler ve uygun antibiyotik uygulamalarına rağmen güçtür. Bu olguda yapılan cerrahi revizyonlar ve rekonstrüksiyon ile uygulanan antibiyoterapi hastanın sorunsuz olarak iyileşmesini sağlamıştır. Bu infeksiyonların tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımla her hastaya özel bir tedavi planı oluşturup erken girişim yapılarak iyi sonuçlar alınabilir.

Kaynaklar

1. Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM, et al. Sternal wound complications after isolated coronary artery bypass grafting: Early and late mortality, morbidity, and cost of care. *Ann Thorac Surg* 1990;49:179-87.
2. Milano CA, Kesler K, Archibald N, Sexton DJ, Jonas RH. Mediastinitis after coronary bypass graft surgery. Risk factors and long term survival. *Circulation* 1995;92:2245-51.
3. Eckstein FS, Albes JM, Jurmann MJ, et al. Surgical management of persistent mediastinitis after coronary bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 1997;64:854-6.
4. Tünerir B, Beşoğul Y, Yavuz T, ve ark. Açık kalp cerrahisi sonrası görülen derin sternal enfeksiyonda nazal stafilokokus aureus taşıyıcılığının rolü. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 1999;7:183-6.
5. Güden M, Akpınar B, Sağbaş E, ve ark. Açık kalp cerrahisi sonrası vertebral osteomyelit: Mediastinitin önemli bir komplikasyonu. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2001;9:57-59.
6. El Gamel A, Yonan NA, Hassan R, et al. Treatment of mediastinitis: Early modified Robiscek closure and pectoralis major advancement flaps. *Ann Thorac Surg* 1998;65:4-6.