

# Travmatik Şilotoraks: Olgu Sunumu

## TRAUMATIC CHYLOTHORAX: CASE REPORT

Recep Demirhan, Ayhan Çevik, Hasan Fehmi Küçük, Mehmet Altıntaş, Necmi Kurt

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

### Özet

Şilotoraks plevral boşlukta lenfatik sıvının birikmesiyle gelişen, ciddi metabolik ve immunolojik bozukluklara yol açabilen nadir görülen klinik bir tablodur. Şilotoraks, toraks travması veya enflamatuvar ve malign lenfatik obstrüksiyon sonucu ortaya çıkar. Travmatik şilotoraks toraks travmaları arasında oldukça nadir gözlenen, ancak kolayca tanı konabilen klinik bir tablodur. Tanı konduğu andan itibaren tedaviye başlanılmalı ve 10-14 günlük konservatif tedaviye rağmen drenajın azalmadığı durumlarda cerrahi tedavi planlanmalıdır. Cerrahi tedavide gecikme ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu makalede yüksekte düşme nedeniyle multipl vücut travması sonucu gelişen bir şilotoraks olgusu literatür bilgileri ışığında tartışılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Travma, şilotoraks, duktus torasikus, total parenteral beslenme, plevra

*Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2003;11:50-51*

### Summary

Chylothorax is very rare clinical entity which develops by collection of lymphatic fluid in the pleural space and it may cause metabolic and immunologic disorders. The causes of chylothorax are thoracic trauma, inflammatory diseases and malignant lymphatic obstruction. Traumatic chylothorax is a rare clinical entity but it can be diagnosed easily. It should be treated as soon as the diagnoses is certain. Surgical treatment could be postponed for 10 -14 days in order to see the diminution of drainage tube after the conservative therapy. On the other hand, delay in surgical treatment may cause serious complications. We discussed a case of chylothorax caused by blunt trauma after deceleration injury.

**Keywords:** Trauma, chylothorax, thoracic duct, total parenteral nutrition, pleura

*Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2003;11:50-51*

### Giriş

Şilotoraks lenfatik duktusun bütünlüğünün bozulması sonucu plevral boşlukta lenfatik sıvının birikmesidir. Özefagus cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, sol subklavyan arterin serbestleştirilmesini gerektiren toraks cerrahisi operasyonları, akciğer kanseri için yapılan rezeksiyonlarda evreleme ve küratif cerrahi tedavi için mediastinal disseksiyonun yapılmasının gerekliliği nedeniyle postoperatif dönemde şilotoraks gelişebileceği gibi, boyun ve toraksın penetran travmaları ile de şilotoraks oluşabilir [1]. Duktus torasikusun yaralanması künt, penetran travma sonucu veya cerrahi sırasında oluşabilir. Künt travmanın en sık mekanizması omurganın ani hiperekstansiyonu sonucu duktusun diyaframın hemen üzerinden rüptüre olmasıdır. Ateşli silah veya delici kesici aletlerle penetran duktus torasikus yaralanması ender görülür [2]. Cerrahi olarak duktus torasikusun yaralanması kalp, akciğer, aort, özefagus, sempatik zincir ve subklavyan damarla ilgili girişimler esnasında ortaya çıkar [3]. Duktus torasikusun tümörlerle lenfatik tutulumu direkt invazyon veya tümör embolisi ile oluşabilir. Şilotoraksların %50'den fazlasında neden tümörler olup, bu tümörler içinde lenfoma en sık rastlanan nedendir.

Torasentezde plevral sıvının süt beyazı görünümü şilotoraksı akla getirmeli ve tanı biyokimyasal yöntemlerle kesinleştikten sonra tedaviye hemen başlanmalıdır [3]. Metabolitler, su ve elektrolitler açısından zengin olan şilöz sıvının sürekli kaybı özellikle ilave hastalığı olan kişilerde ve çocuklarda genel durumu hızla bozabilir. Tedavide drenaj, az yağlı diyet ve parenteral nütrisyon 2-4 hafta süre ile denenir, cevap alınmayan hastalarda duktus torasikus ligatüre edilir [3].

### Olgu Sunumu

Eylül 1999 tarihinde 50 yaşındaki erkek hasta multipl vücut travması sonucu sağ ve sol humerus fraktürü, sol tibia tip III A açık fraktürü, sol fibula fraktürü ve torakal 7-8'de vertebra kompresyon fraktürü tanılarıyla Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil ünitesine yatırılmış olup, kırıkları stabilize edildikten sonra yapılan göğüs cerrahisi konsültasyonu neticesinde sağ hemitoraksta oskültasyon ile bazalde solunum sesleri duyulamadı. Akciğer grafisinde sağ sinüs kapalılığı ve mediastinal genişleme gözlemlendi. Bunun üzerine hastaya torasentez yapıldı. Torasentez ile sağ hemitorakstan hemorajik mayi aspire edilmesi üzerine sağ hemopnömotoraks tanısıyla tüp torakostomi-kapalı su altı drenajı uygulandı. Hastanın

yatışında yapılan tetkiklerinde lökosit 13900/mm<sup>3</sup>, eritrosit 4.150.000/mm<sup>3</sup>, Hb 12.1 g/dL, Hct %36.8, trombosit 237000/mm<sup>3</sup>, glikoz 180 mg/dL, üre 69 mg/dL, kreatinin 1.93 mg/dL, sodyum 149 mEq/L, potasyum 5.05 mEq/L, kalsiyum 9.4 mg/dL bulundu. Plevral drenaj sıvısının yapılan biyokimyasal incelemesinde kolesterol 122 mg/dL ve trigliserid 144 mg/dL olarak saptandı. Plevral sıvıda mikroskopik olarak Sudan III ile yağ globüllerinin görülmesi ile şilotoraks tanısı konan hastaya santral venöz katater takılarak total parenteral beslenme başlandı. Günlük pleural drenaj, kilo, kan biyokimyası ve elektrolit seviyeleri takip edildi. Toraks tüpünden gelen sıvının sonraki günlerde 1800-1200 cc/gün ve şilöz karakterde olması ve azalmaması üzerine 10. günde hastaya sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Hastaya torakotomiden 2 saat önce nasogastrik kataterden 100 cc zeytinyağı, kremalı içerik verilerek duktus torasikus operasyonu esnasında daha iyi görüntülenmesi amaçlandı. Operasyon sırasında yapılan ekplorasyonda vertebral kolonun önünde, perikardiyumun sağında, sağ diyaframın 2 cm yukarısında duktus torasikus laserasyonu saptandı. Laserasyon plevra ile desteklenip 'U' sütürlü ile ligatüre edildi. Toraks boşluğuna iki adet toraks tüpü konularak işlem sonlandırıldı. Postoperatif 1. gün apeks dreni çekildi. Bazal drenen 100 cc/gün serö-şilöz drenajı azalarak 4 gün devam eden hastanın postoperatif 5. günde drenajı 50 cc'nin altına inmesi nedeniyle bazal dreni çekilerek ortopedik problemlerinin giderilmesi amacıyla ortopedi kliniğine sevk edildi.

## Tartışma

Duktus torasikus lenfatik sistemi venöz sisteme bağlayan ana damardır ve gastrointestinal sistemden emilen lipitleri taşıma fonksiyonuna sahiptir. Künt toraks travmasına bağlı travmatik şilotoraks nadir görülür. Vertebral kolonun şiddetli ekstansiyonuna neden olan künt travmalar şilotoraksa neden olur. Travmatik şilotoraks oranını %2.6 olarak bildirmektedir. Tanya genellikle torasentez veya drenaj sıvısının makroskopik görüntüsüyle gidilir. Süt beyazı görünüm şilotoraksı akla getirmelidir. Şilöz sıvı eksudatif karakterde, lenfosit hakimiyetindedir. Bakteriyostatik özelliği lesitin ve yağ asidi içermesinden kaynaklanır. İritan değildir. Biyokimyasal tetkiklerde 110 mg/dL üzerinde trigliserid olması, kolesterol-trigliserid oranının 1'den küçük olması ve mikroskopik olarak Sudan III ile boyanan yağ globüllerinin görülmesi tanıyı kesinleştirir. Konservatif tedavi süresi çeşitli yayınlarda 1 ile 8 hafta arasında değişmektedir [5,6]. Konservatif tedavinin seyrini ve tedavinin başarısını komplikasyon gelişmesi, total parenteral beslenme ve şilöz sıvı drenaj miktarı etkilemektedir. Önceki yıllarda şilotoraksın %100'e yaklaşan oranlarda mortal

olduğu bildirilmişse de, cerrahi girişim ile fistülün kapatılması mortaliteyi önemli ölçüde düşürmüştür. Travmatik şilotoraksta lenfatik duktustaki defekt sıklıkla (%70-75) konservatif tedavi ile spontan olarak kapanır.

Cerrahi tedavide temel prensip şilöz kaçağın durdurulmasına yöneliktir. Çeşitli cerrahi girişim yöntemleri uygulanabilir. Torakoskopi veya torakotomi ile duktus torasikus ligasyonu yapılabileceği gibi torakotomi ile mass ligasyon, plevrektomi veya dekortikasyon da yapılabilir. Torakotomi ile başarı oranı %90'nın üzerindedir. Biz de olgumuzda sağ posterolateral torakotomi insizyonu ile toraksa girerek duktus torasikus laserasyonunu plevra ile destekleyip 'U' sütürlü ile ligatüre ederek fistülün kapatılmasında başarılı olduk. Torakotomiye alternatif olabilecek diğer tedavi yöntemleri video destekli torakoskopik girişim (VATS) [7], plevra-peritoneal şant, toraks içine sklerozan madde enjeksiyonu, kimyasal madde ve talk plöredezisdir. Ancak bu yöntemlerin güvenilirlikleri torakotomiden daha azdır [5,6]. Şilotoraksda VATS duktus torasikustaki laserasyonun yerinin saptanabilmesi ve plöredezis amacıyla kullanılabilir. Ancak VATS ile duktus torasikus ligasyonu yapılan ve %90 başarı elde ettiğini bildiren yayınlarda birlikte, bu konuda daha fazla deneyime ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Travmaya bağlı şilotoraks nadir gelişen, ancak kolay tanı konabilen bir klinik tablodur. Hayati komplikasyonlara yol açabileceğinden derhal konservatif medikal tedaviye başlanmalı, 10 gün içinde konservatif tedaviye cevap alınamayan olgularda komplikasyon riski artacağından cerrahi tedavi erkenden planlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Hood RM. Pulmonary and pleural complications. In: Hood RM, Boyd AR, Culliford AT, eds. Thoracic Trauma. Philadelphia: WB Saunders, 1989:357-82.
2. Karaoğlanoğlu N. Isolated chylothorax after penetrating trauma. Acta Chir Hung 1999;38:67-9.
3. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. Chest 1992;102:586-91.
4. Metin M, Sayar A, Gürses A, et al. Traumatic chylothorax and its management (consecutive 8 cases). Respiratory Dis 1998;9:333-9.
5. İkonomidis JS. Chylothorax after blunt chest trauma: A report of 2 cases. Can J Surg 1997;40:135-8.
6. Şenkaya I, Yılmaz M. Künt toraks travması sonrası gelişen şilotoraks. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 1995;3:194-6.
7. Graham DD, McGahren ED, Tribble CG. Use of video-assisted thoracic surgery in the treatment of chylothorax. Ann Thorac Surg 1994;57:1507-12.