

Minör travmaya ikincil gelişen özofagus perforasyonu: Olgu sunumu

Esophageal perforation secondary to minor trauma: a case report

Ahmet Feridun Işık,¹ Metin Er,¹ Serkan Sağay,¹ Ali Çiftçi²

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

Göğüs travmaları, ölüm ve yan etki oranları yüksek yaralanmalardır. Özofagus yaralanmaları ise çoğunlukla tıbbi girişim kaynaklıdır. Tek başına özofagus yaralanması oldukça nadirdir ve çoğunlukla kardiyözofageal veya faringoözofageal bileşkede görülürler. Yirmi beş yaşında erkek hastaya, yüzükoyun yere düşme sonucu gelişen travmatik pnömotoraks nedeniyle tüp torakostomi uygulanmış, 24 saat sonra da ağızdan verilen gıdaların kapalı göğüs tüpünden geldiği görülmüştü. Kliniğimize sevk edilen hastaya torakotomi yapıldı, sindirilmemiş gıda artıkları ve iltihabi sıvıyla dolu olan göğüs boşluğu yıkandı. Özofagusun hiatustan yaklaşık 7-8 cm yukarıda, dikine, 5-6 cm uzunluğunda tam kat yırtıldığı saptandı. Nazogastrik sonda uygulanarak mukoza ve kas tabakaları dikildi. Ameliyat sonrası yedinci gün ağızdan beslenmeye geçilen ve sekizinci gün taburcu edilen hastanın kontrollerinde bir sorun saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Özofagus perforasyonu/etioloji/cerrahi/tedavi.

Özofagus yaralanmaları klinik olarak daha çok tıbbi girişim kaynaklı yaralanmalardır. Bunun dışında, yabancı cisim, künt veya delici-kesici yaralanma sayılabilir. Delici yaralanmalar en sık boyun bölgesinde görülürken, komşu organ ve dokuların hayati önem taşıması nedeniyle göğüs içi künt ya da delici özofagus travmaları olanlar çoğunlukla hastaneye ulaşmadan kaybedilir.^[1] Kendiliğinden özofagus yırtılmasının en sık nedenleri ise Boerhaave sendromu ve birincil kanserleridir.^[1,2] Boerhaave sendromunda aşırı artan karın içi basıncı ve öğürmeleri takiben kardiyözofageal bileşkede veya böleç kasının hemen üzerinde tam kat yırtılmalar gözlenmiştir.^[1-3] Akut mediastinit nedenleri arasında özofageal yırtılma ya da anastomoz kaçağı önemli yer tutar. Bu nedenle özofagus yırtılmalarında %4-44 arasında ölüm oranı bildirilmiştir.^[4]

Travmatik pnömotoraks, göğüs yaralanmaları içinde %20-25 oranında görülmekte ve zamanında müdahale

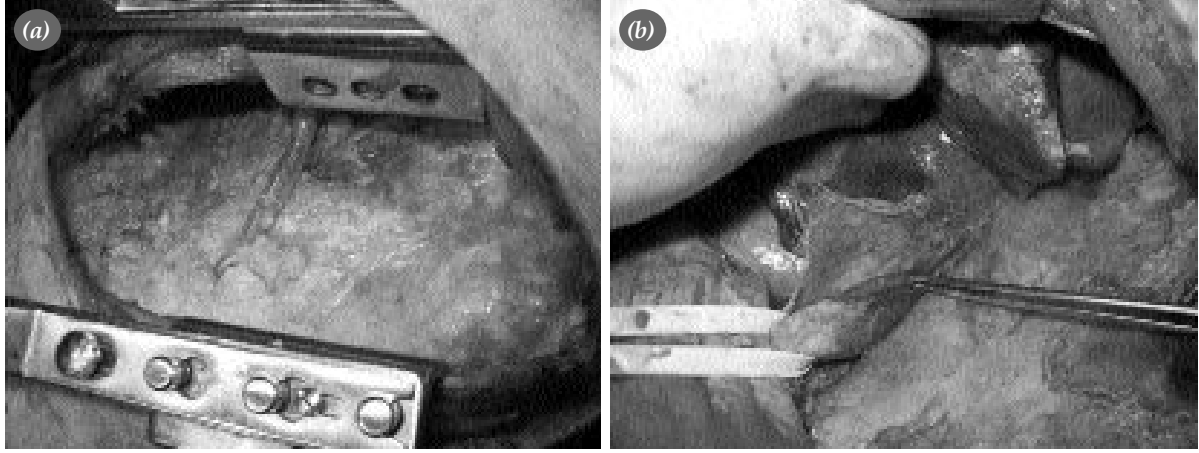
Thoracic traumas have high morbidity and mortality rates. Most of the esophageal injuries are of iatrogenic reasons. Esophageal perforation due to trauma is rare and is mostly seen at cardio-esophageal and pharyngo-esophageal junction. A twenty-five year old male patient was performed tube thoracostomy because of traumatic pneumothorax for falling in supine position and the food that was given orally was seen coming from the tube after 24 hours. The patient had been transferred to our clinic and was performed thoracotomy. Chest cavity that was full of undigested food and pus was washed. Esophagus was observed to be torn approximately 7-8 cm above hiatus vertically full coat. Performing nasogastric drainage mucosal and muscle coats were sutured. The patient was given oral feeding at the 7th day and was discharged 8th day after surgery. There was no problems determined in the controls.

Key words: Esophageal perforation /etiology/surgery /therapy.

edilmediğinde ölümcül seyredebilmektedir. En sık pnömotoraks nedeni akciğer ve solunum ağacı yaralanmalarıdır. Plevral aralığa geçen havanın kaynağı olarak özofagus ise oldukça az sayıda hastada gözlenmiştir. Bu bilgiler ışığında, kliniğimize Temmuz 2004'te travmatik pnömotoraks tanısıyla sevk edilen ve alışılmadık şekilde özofagus yaralanması bulunan olguyu sunuyoruz.

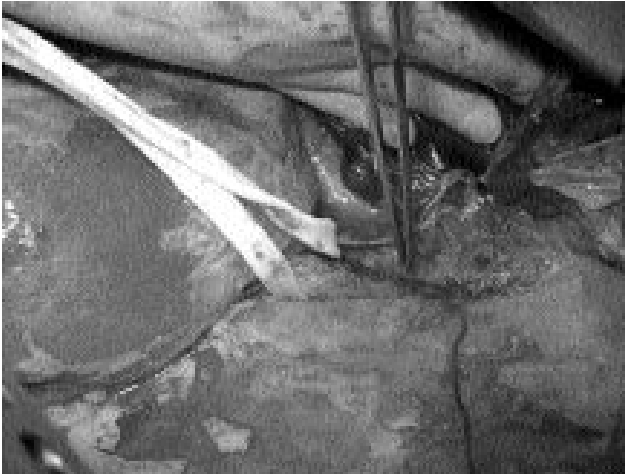
OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında erkek hasta travmatik pnömotoraks tanısıyla hastanemize sevk edildiğinde, iki gün önce yürürken yüzükoyun yere düşme öyküsü vardı. İlk müdahaleyi yapan hekimlerle konuşulduğunda, travmanın yaklaşık bir saat sonrasında uygulanan tüp torakostomiye takiben 24 saat sonra ağızdan beslenmeye geçilmiş olduğu ve gıdaların kapalı göğüs tüpünden geldiği öğrenildi. Fizik muayenede; 39 derece ateş, solda solunum seslerinin yokluğu, taşikardi (120/dk) ve hipotan-



Şekil 1. (a) Gıda artıkları ve iltihabi sıvıyla dolu olan göğüs boşluğu. (b) Özofagustaki yırtık ve pensetle işaretlenen bölgede gönderilen nazogastrik sonda izlenmektedir.

siyon (90/50 mmHg) saptandı. Geliş akciğer grafisiyle birlikte değerlendirildiğinde öncelikle böleç kasının yırtıldığı ve bunu takiben midenin bu yırtıktan göğüs içine geçtiği ve tüp torakostominin yanlışlıkla mideye uygulandığı düşünüldü. Hastaya acil toraks bilgisayarlı kesiyazar çekilerek doğrudan ameliyathaneye alındı. Sol arka-yan torakotomiyle yapılan gözlemden göğüs boşluğunun sindirilmemiş gıda artıkları ve iltihabi sıvıyla dolu olduğu görüldü (Şekil 1a). Göğüs boşluğunun yıkanmasını takiben yapılan araştırmada, böleç kasının sağlam olduğu ve özofagusun hiatustan yaklaşık 7-8 cm yukarıda, dikine, 5-6 cm uzunluğunda tam kat yırtıldığı saptandı (Şekil 1b). Anestezi hekimi tarafından, kontrolümüz altında mideye kadar gidecek şekilde nazogastrik sonda uygulandı. Önce mukoza tek tek 3/0 vicryl ile kapatılarak, uzunlamasına ve çevresel kas tabakaları devamlı 3/0 vicryl ile dikildi. Sonra üzerine yine 3/0 vicryl ile tek tek destek dikişleri konularak kapatıldı (Şekil 2). Ameliyat sonrası yedinci gün ağızdan



Şekil 2. Yırtılan kısmın 3/0 vicryl ile onarılmış hali.

beslenmeye geçilen hasta sekizinci gün taburcu edildi. Herhangi bir yan etki gelişmedi. Taburcu olduktan sonra yapılan 15. gün ve ikinci ay kontrollerinde bir sorun saptanmadı.

TARTIŞMA

Travmatik pnömotorakslarda en sık hava kaçağı kaynağı akciğerler ve solunum ağacıdır. Bununla birlikte özofagus da nadir olgularda, özellikle tıbbi girişime (özofagoskopi, nazogastrik sonda uygulaması) maruz kalmış hastalarda pnömotoraks nedeni olarak mutlaka düşünülmelidir.^[1,2] Nedeni ne olursa olsun özofagus yırtılmaları mediastinitle sonuçlanır. Eğer mediastinal plevra açılmış ise, bulaşa uğramış materyalin plevral aralığa dökülmesiyle klinik, korkulandan daha ümit verici olabilir. Yapılan çalışmalarda özofagus yırtılmasını takiben çok kısa bir sürede mediastende aerob ve anaerob bakterilerin ürettiği gösterilmiştir.^[2] Bu nedenle girişimin nasıl yapılacağı ve zamanlaması konusunda çeşitli görüşler vardır. İlk 24-48 saat içinde gelen olgularda öncelikle drenajın ve yıkamanın düşünülmesi gerektiğini bildiren yazarlar^[5] olduğu gibi, hemen büyük cerrahi girişimi önerenler de vardır.^[6]

Olgumuzda öncelikli tanı olarak travmatik pnömotoraks düşünülerek başka bir merkezde tüp torakostomi uygulanmıştır. Hastanın kliniğimize sevki ile travmanın gerçekleşmesi arasında geçen süre yaklaşık 60 saattir. Travma sonucu mediastinal plevranın açılması gıda artıklarının ve iltihabi sıvının drenajına imkan vermişse de hastanın genel durumu bozulmuş ve septik tablo baskın hale gelmiştir. Bununla birlikte, cerrahi gözlemden yırtılmanın yeri ve büyüklüğü, beklenen ve sık görülen seviyede değildi. Kanımızca hastanın düşme pozisyonu ve yerle temas sırasında ıknması bu tarz bir yaralanmaya neden olmuştur. Plevral mesafeye açılan özofagus yırtılmaları, açılmayanlara oranla daha

şanslı sayılabilir. Olayın üzerinden geçen süre 48 saat-ten fazla olmasına karşın yapılan cerrahi girişim ve birincil onarım hastanın yan etkisiz taburcu olmasına olanak vermiştir.

KAYNAKLAR

1. Hood RM. Esophageal injury. In: Hood RM, Boyd AD, Culliford AT, editors. Thoracic trauma. 1st ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1989. p. 290-322.
2. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1475-83.
3. Lawrence DR, Ohri SK, Moxon RE, Townsend ER, Fountain SW. Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome. *Ann Thorac Surg* 1999;67:818-20.
4. Port JL, Kent MS, Korst RJ, Bacchetta M, Altorki NK. Thoracic esophageal perforations: a decade of experience. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1071-4.
5. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Ann Thorac Surg* 1979; 27:404-8.
6. Bufkin BL, Miller JI Jr, Mansour KA. Esophageal perforation: emphasis on management. *Ann Thorac Surg* 1996; 61:1447-51.