

Dev Epifrenik Özofagus Divertikül Cerrahisi Sonrası Gelişen Mediastenit: Olgu Sunumu

Mediastinitis After Huge Epiphrenical Esophageal Diverticula Surgery: Case Report

İbrahim Kenan Pürvan¹, Hakan İmamoğlu¹, Cevdet Düger², Salih Yıldırım¹,
Canan Baran Ünal¹, Mansur Doğan²

¹Sivas Numune Hastanesi, Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas

ÖZET

Özofagus divertikülleri nadir görülen patolojilerdir. Lokalizasyonlarına göre faringoözofageal (Zenker divertikülü), midözofageal (parabronşial) ve distal özofageal (epifrenik) divertiküller olarak üç gruba ayrılırlar. Etyopatogenezine göre traksiyon divertikülü ve pulsasyon divertikülü olarak iki grupta incelenirler. Özofagus divertikül operasyonu sonrası fistül gelişimi olasıdır. Biz bu makalede, nadiren görülen dev epifrenik özofagus divertikülünün cerrahisi ve sonrasında gelişen ve uzun süre tedavi sonrasında iyileşen bir mediastenit olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Fistül, mediastenit, özofagus divertikülü

Ümraniye Tıp Dergisi 2012;5:13-16

ABSTRACT

Esophageal diverticula are rare pathologies. According to localization diverticula are divided into three groups as pharyngoesophageal (Zenker's diverticulum), midesophageal (parabronchial) and distal esophageal (epiphrenic) diverticula. According to etiopathogenesis they are reviewed two groups as Pulsion diverticulum traction diverticulum. Fistula occurrence is possible after esophageal diverticula surgeries. We aimed to present a mediastinitis case due to an epiphrenic giant diverticulum of the esophagus surgery.

Key words: Esophageal diverticulum, fistule, mediastinitis

Ümraniye Tıp Dergisi 2012;5:13-16

GİRİŞ

Özofagus divertikülleri nadir görülen patolojilerdir. Oluşumlarına göre gerçek ve pseudodivertiküller olarak iki grupta incelenirler. Gerçek divertiküller tüm özofagus tabakalarını içerir. Pseudodivertiküller ise mukozaya ve submukozanın musküler tabakaya herniasyonundan oluşur. Genellikle gerçek divertiküller konjenital lezyonlardır, pseudodivertiküller ise kazanılmış lezyonlardır ancak bu durum genel bir kural değildir. Konjenital divertiküller bronkopulmoner-önbarsak malformasyonları ile birlikte görülebilir.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Cevdet Düger
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas

Telefon / Phone: +90-346-258-0125

Elektronik posta adresi / E-mail address:
cevdetduger@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
21 Aralık 2011 / December 21, 2011

Özofagus divertikülleri lokalizasyonlarına göre faringoözofageal (Zenker divertikülü), midözofageal veya parabronşial, distal özofageal veya epifrenik divertiküller olarak üç gruba ayrılır. Ayrıca etyopatogenezine göre traksiyon divertikülü ve pulsasyon divertikülü olarak iki grupta incelenir. Traksiyon divertikülleri genellikle kronik inflamasyon (çoğunlukla granülo-matöz hastalıklar) nedeniyle midözofageal bölgede, pulsasyon divertikülleri ise özofagus lümenindeki basıncın artması nedeniyle faringoözofageal ve distal özofageal bölgede oluşur (1,2). Zenker Divertikülü, özofagus üst sfinkterindeki spazma bağlı olarak artan basınç nedeniyle, farinks arka duvarında, orta hatta, inferior konstrüktör adalenin oblik lifleri ile krikofaringeusun transvers lifleri arasında kalan zayıf noktadan (Killian üçgeni) farinks mukozasının dışarıya doğru herniye olması sonucu gelişir. Basınç artışı, faringeal kasılma ile özofagus üst sfinkteri arasındaki uyumsuzluktan dolayıdır (3,4). Epifrenik divertiküller, özo-

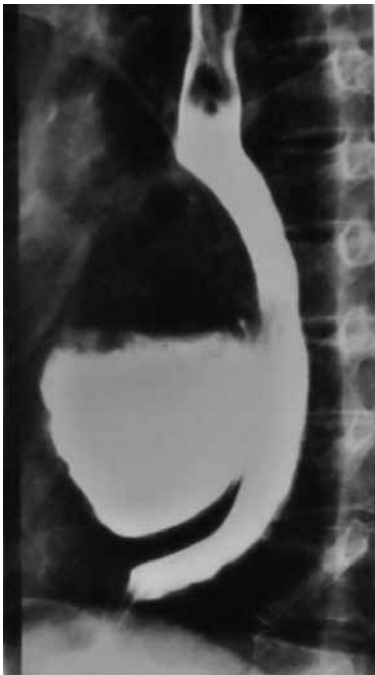
fagusun mukoza ve submukoza katlarını içeren pulsasyon tipindeki divertiküllerdir. Genellikle herhangi bir nedenle özofagus içi basınç artması sonucu oluşurlar. Özofagus divertikül operasyonları sonrası fistül gelişimi sık görülen komplikasyonlardan olup %9 ile %18 arasında görülme sıklığı bildirilmektedir.

OLGU

Uzun süredir mevcut olan ve medikal tedavilere dirençli epigastrik ağrı, disfaji, ağız kokusu şikayetleriyle genel cerrahi polikliğimize başvuran 63 yaşındaki erkek hastadan teşhis amacıyla özefagogastroduodenoskopi (ÖMD) istenildi. Fujinon EG-450 videoeskopi ile yapılan ÖMD işleminde özefagos mukozasının normal olup alt uçta 1 adet divertikül ve içinde gıda artıkları olduğu izlendi. Mide antrumunda hafif hiperemi ve ödem, yer yer noktasal eroziv alanlar izlendi. Hastada tespit edilen divertikülün büyüklüğünü anlayabilmek için baryumlu özofagus pasaj grafisi istendi. Pasaj grafisinde; özefagus 1/3 distal kesiminde hava sıvı seviyesi gösteren divertiküler poş izlendi (Şekil 1). Divertikül çapının 13.5 santimetre olduğu tespit edildi. Büyük epifrenik divertikülü olarak değerlendirilen lezyonun cerrahi olarak çıkartılması kararı

alındı ve hastanın operasyon için hazırlıkları yapıldı.

Yapılan kan tetkiklerinde hastanın hipertiroidisi (FT3= 4,3 pg/ml (2.0-4.4), FT4= 2,36 ng/dl (0.93-1.7), TSH= 0,006 (0.27-4.20)) olduğu tespit edildi ve tedavisi düzenlenerek tiroid ultrasonografisi (USG) istenildi. Tiroid USG'sinde sağ lob 29x30 mm olup normalden büyük olduğu, her iki lobda büyüğü sağ lobda olan 15 mm çapta hipoeoik yapıda olan değişik çap ve ekolarda nodüller izlendi. İstenilen tiroid sintigrafisi sağ lobda hiperaktif nodül mevcut olduğu görüldü. Yapılan tüm abdominal tomografisinde karaciğer sağ lobda yaklaşık 5 mm boyutlu 2 adet hipodens nodül tespit edildi. Hastadan kardiyoloji ve göğüs hastalıkları konsültasyonları istenildi. Yapılan ekografisinde ejeksiyon fraksiyonunu %60 olduğu tespit edildi. Operasyona alınan hastamız sol lateral pozisyonda torakal girişimle cerrahi uygulandı (Şekil 2). Operasyon esnasında herhangi bir sorunla karşılaşmayan hastamız postoperatif dönemde yoğun bakım servisinde iki gün takip edildikten sonra servisimize alındı. Hastanın genel durumu bozulması ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine fistülden şüphelenildi. Tanı koymak için noniyonik kontrast madde ile özefagus doldurularak floroskopi eşliğinde inceleme yapıldı. Floroskopide kaçak tespit edilemedi. Ancak çekilen BT incelemede; özefagus içersinden mediastene doğru



Şekil 1: Grafide



Şekil 2: Operasyon anı



Şekil 3: Bilgisayarlı Tomografi

kontrast madde kaçığı saptandı (Şekil 3). Mediastende toraks giriminde hava dansitesi izlendi. Artıca anterior mediastende intraplevral ve mediastinal yumuşak doku görünümü ve içerisinde hava dansitesi izlendi. Mediastinit tanısı konulan hastaya gerekli tedavisi düzenlendi. Yoğun takip ve tedavi ile 34 gün takip edilen hasta, semptomlarının düzelmesi üzerine postoperatif 34. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Özofagus divertikülleri nadir görülen oluşumlardır. En sık zenker divertikülleri görülür epifrenik divertikül daha nadirdir. Bizim olgumuzda epifrenik divertiküldü. Oluşum mekanizmasına göre pulsiyon ve traksiyon divertikülleri olarak sınıflandırılır. Genellikle proksimal ve distaldeki pulsiyon, orta kesimdekiler ise traksiyon divertikülleridir. Özofagus divertikülleri semptomatik olmayıncaya kadar tedavi gerektirmez. Semptomatik olgularda özofageal miyotomi ile beraber divertikülotomi ve antireflü tedavi yapılır.

Epifrenik divertiküller özofagusun distal 10 cm'lik alanında yerleşim gösterir. Epifrenik divertiküller, özofagusun mukoza ve submukoza katlarını içeren pulsiyon tipindeki divertiküllerdir. Genellikle herhangi bir nedenle özofagus içi basınç artması sonucu oluşurlar. Epifrenik divertiküllerin 1/3'ü asemptomatik olup takip edilebilirler. Semptomatik divertiküllerde genellikle disfaji, odinofaji, regürjitasyon, göğüs ağrı-

sı, "heartburn", halitozis, kilo kaybı, öksürük, aspirasyon pnömonisi gibi semptomlara rastlanır. Daha az sıklıkta divertikülde ülser, kanama, özofagus perforasyonu, divertikülden karsinom gelişimi gibi komplikasyonlara da neden olabilir. Patofizyolojisinde distal özofagus veya alt özefageal sfinkterin motilite bozukluğundan kaynaklanan fonksiyonel obstrüksiyon suçlanmaktadır. Ancak Nissen fundoplikasyonu, peptik darlık, gastroözofageal bölge tümörleri gibi mekanik obstrüksiyon nedenlerinin de patofizyolojide rol aldığı bilinmektedir (5,6). Özofageal epifrenik divertiküller genellikle akalazyaya, diffuz özofageal spazm ve nonspesifik motilite bozuklukları ile birlikte görülür, ancak manometride herhangi bir motilite bozukluğu saptanmayan hastalar da bulunmaktadır (7). Yapılan çalışmalarda epifrenik divertiküllere hiyatal herninin %35, diffuz özofageal spazmının %10-24, akalazyanın %15-25, nonspesifik motilite bozukluklarının %20, hipertansif alt özefageal sfinkterinin %3 oranında eşlik ettiği gösterilmiştir (6).

Asemptomatik epifrenik divertiküller tedavi gerektirmez. Benacci ve arkadaşlarının (8) yaptığı bir çalışmada, epifrenik divertiküllü asemptomatik veya minimal semptomatik 35 hasta 9 yıl takip edilmiş ve hastaların hiçbirinde semptomlarda anlamlı bir progresyon görülmemiştir. Semptomlar genellikle altta yatan motor bozukluğa bağlıdır, bu nedenle tedavi kararı verilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (6). Divertikül; akalazyaya veya Schatzki halkası gibi bir patolojiye sekonder ise mutlaka cerrahi tedavi gerekir. Hafif semptomatik hastalara medikal tedavi verilmeli veya altta yatan motor bozukluğa yönelik konservatif tedaviler uygulanmalıdır. Orta veya ciddi semptomatik hastalara veya hayatı tehdit eden potansiyel komplikasyonlar geliştiğinde cerrahi tedavi uygulanabilir (7). Yapılan cerrahi tedavide prensip; epifrenik divertikülün sebebini ortadan kaldırarak divertikül kesesinin eksizyonu olarak kabul edilir. Epifrenik ve traksiyon divertikülü birlikteliği literatürde geniş serilerde araştırma olmamakla beraber oldukça nadir görülmektedir. Do Nascimento FA ve arkadaşlarının yaptığı, özofagusta traksiyon veya epifrenik divertikül saptanan yirmiyedi kişilik bir çalışmada bu birliktelik %10 olarak belirtilmiştir (9).

Özofagus divertikül operasyonlarında postoperatif

fistül gelişimi en sık karşılaşılan komplikasyonlardan-
dır. Bennaci ve arkadaşları yapmış oldukları 33 hasta-
lık çalışmalarında postoperatif fistül gelişimi %18
olarak, Varghese ve arkadaşları ise yapmış oldukları 35
hastalık çalışmalarında ise postoperatif fistül gelişimi
%6 olarak bulmuşlardır (10,11). Bizim hastamızda da
postoperatif dönemde fistül gelişimi sebebiyle medi-

astenit gelişti. Tedavisine hızla başlanılan hastamız
şifa ile taburcu edildi. Bu tür cerrahilerin sık görülen
fistül komplikasyonunun erken tanı ve tedavisi mor-
talite ve morbitide açısından çok önemlidir. Cerrahi
sonrası hastaların çok iyi takip edilmesi ve gelişebile-
cek komplikasyonlar yönünden çok dikkatli olunması
gerektiğine inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Jeyarajah R, Harford W. Diverticulae of the pharynx, esophagus, stomach, and small intestine. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, Eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Vol 1, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders. 2006; 465-76.
2. Costantini M, Zaninotto G, Rizzetto C, et al. Oesophageal diverticula. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004; 18:3-17.
3. Ersoy E, Tekin E. Özefagusun benign hastalıkları ve diafragma hernileri. Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi ilkeleri, Atlas Kitapçılık 2000; 473-489.
4. Van Overbeek JJ. Pathogenesis and methods of treatment of Zenker's diverticulum. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112: 583-593.
5. Melman L, Quinlan J, Robertson B, et al. Esophageal manometric characteristics and outcomes for laparoscopic esophageal diverticulectomy, myotomy, and partial fundoplication for epiphrenic diverticula. Surg Endosc 2008 Sep 24. [Epub ahead of print]
6. Clark SC, Norton SA, Jeyasingham K, et al. Oesophageal epiphrenic diverticulum: an unusual presentation and review. Ann R Coll Surg Engl 1995; 77: 342-345.
7. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, et al. Long-term outcome of operated and unoperated epiphrenic diverticula. J Gastrointest Surg 2008; 12: 1485-1490.
8. Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, et al. Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. Ann Thorac Surg 1993; 55: 1067-1068.
9. do Nascimento FA, Lemme EM, Costa MM. Esophageal diverticula: pathogenesis, clinical aspects, and natural history. Dysphagia 2006; 21: 198-205.
10. Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Daly RC, Pairolero PC. Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. Ann Thorac Surg 1993; 55: 1109-1113.
11. Varghese TK Jr., Marshall B, Chang AC, Pickens A, Lau CL, Orringer MB. Surgical treatment of epiphrenic diverticula: a 30-year experience. Ann Thorac Surg 2007; 84: 1801-1809.