

Tiroidektomi Sonrası Özofagus Perforasyonu

Esophageal Perforation after Thyroidectomy
Genel Cerrahi

Başvuru: 01.11.2019
Kabul: 19.11.2019
Yayın: 05.03.2020

Ahmet Karayiğit¹, Dursun Burak Özdemir¹, Hayrettin Dizen¹, Ümit Özdemir¹, Burak Karakaya¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Özofagus perforasyonu yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Özofagus perforasyonu tiroid cerrahisinde nadir görülen bir komplikasyondur. İnsizyon bölgesinde kızarıklık ve kötü kokulu akıntı olan hastalarda özofageal perforasyona bağlı fistül olabileceği akılda tutulmalıdır. Özofagus perforasyonunun tanısındaki gecikmeler mortalite ve morbiditeyi daha da arttırmaktadır. Tedavisinde hastanın klinik durumu ve defektin büyüklüğüne göre konservatif izlemenden özofagostomiye kadar değişik seçenekler vardır. Bu çalışmada, multinodüler guatr nedeniyle, bilateral total tiroidektomi operasyonu uygulanan 53 yaşındaki kadın hasta ve operasyon sonrası oluşan özofagus perforasyonunun tedavi yönetimi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Özofagus perforasyonu, Komplikasyon cerrahisi, Tiroidektomi

Abstract

Esophageal perforation is associated with high morbidity and mortality. It is an extremely rare complication of thyroid surgery. If an erythematous eruption or pus is seen on the incision site, manifestations may be associated with esophageal perforation or an esophageal fistula. Delay in diagnosis of an esophageal perforation may increase morbidity and mortality. There are treatment options varying from clinical observation to esophagectomy. Treatment modality should be performed according to patients clinical situation and the defect size. In this case we present postoperative treatment of a 53 year old female patient with esophageal perforation after bilateral total thyroidectomy.

Keywords: Esophageal perforation, Surgery of complication, Thyroidectomy

Giriş

Özofagus perforasyonu, % 5 ila 31 arasında değişen yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir¹. Servikal özofagusun perforasyonu, endoskopik girişimlerin veya entübasyonun en sık karşılaşılan komplikasyonudur, fakat aynı zamanda doğrudan özofagusun dahil olduğu veya çevre organlar için yapılan operasyonlar sırasında da meydana gelebilir³.

Deneyimli ellerde, tiroidektomi, düşük komplikasyonlarla ilişkili güvenli bir prosedürdür. En sık görülen komplikasyonlar rekürren laringeal sinir hasarı, boyun hematomu ve hipoparatiroidizmi içerir. Özofagus perforasyonu tiroid cerrahisinde nadir görülen bir komplikasyondur^{2,3}. Çok sayıda geniş retrospektif çalışmada, tiroidektomiye takiben postoperatif komplikasyonlar incelenmiş ve kesin morbidite oranlarının % 2.8 ile % 16.4 arasında değiştiği bildirilmiştir. Tiroid kanseri ameliyatları benign hastalıklar için yapılan ameliyatlardan daha yüksek komplikasyon oranlarıyla tutarlı bir şekilde ilişkilidir³. Zor entübasyonda, altmış yaş üzeri hastalarda ve kadın hastalarda bu perforasyonun görülme oranı artar. Laringeal maske entübasyonu, nazogastrik tüp uygulaması da nadir görülen diğer etyolojik nedenlerdir^{4,5}.

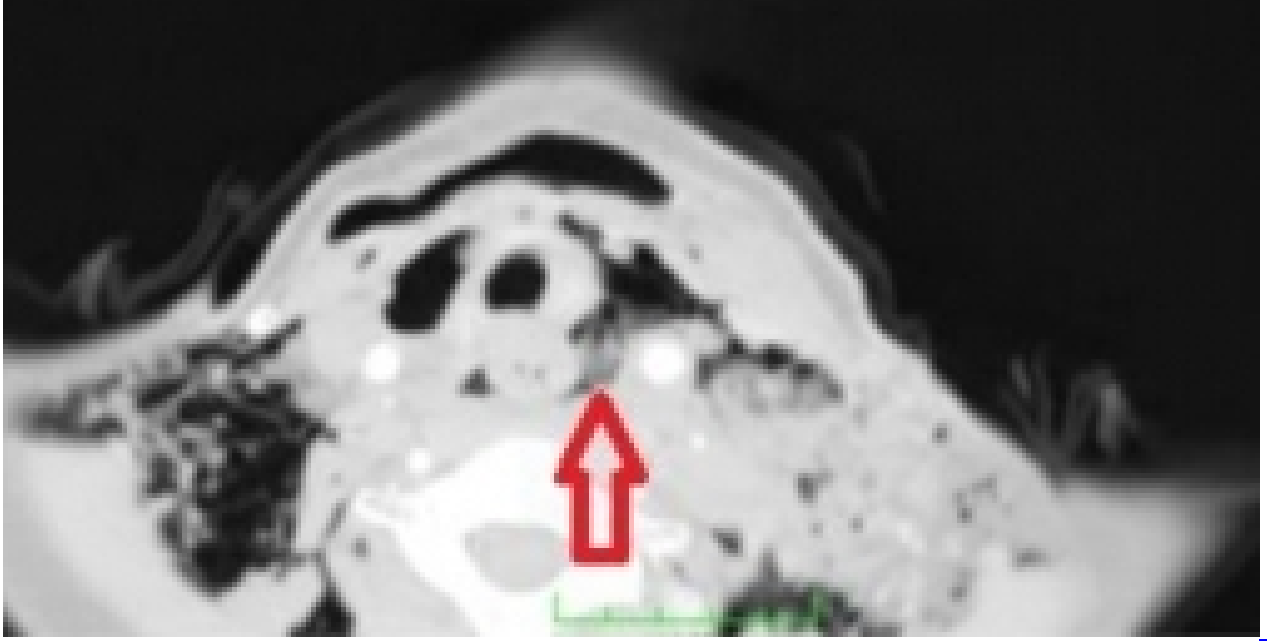
Olgu Sunumu

Elli üç yaşında kadın hasta acil servise boğazda ağrı, şişlik, kızarıklık, kötü kokulu akıntı, yutma güçlüğü ve ateş

Sorumlu Yazar: Ahmet Karayiğit, Batıkent mah. bağlarbaşı sok. no:13 Tepebaşı Eskişehir
drkarayigitahmet@gmail.com

Karayiğit A ve ark. Tiroidektomi sonrası özofagus perforasyonu. CausaPedia. 2020; 9(1): 33-37.

şikayeti ile başvurdu. 6 gün önce başka bir merkezde multinodüler guatr nedeniyle bilateral total tiroidektomi yapıldığı öğrenildi. Hastanın boyun ve toraks tomografisinde özefagus perforasyonu görüntülendi (Şekil 1).



Şekil 1 : Paraözofageal serbest hava

Metilen mavisi oral olarak verildikten sonra sıvının insizyondan geldiği görülerek özofagokutanöz fistül tespit edildi (Şekil 2).



Şekil 2 : Oral verilen metilen mavisinin insizyondan gelmesi

Oral alım durdurularak geniş spektrumlu antibiyoterapi ve total parantral nutrisyon başlandı. Genel anestezi altında drenaj ve debridman yapıldı. Hasta, postoperatif 1. günde drenlerin çalışmadığı, insizyonun geriliminin çok artıp lojda sıvı koleksiyon biriktiğinin izlenmesi ve cilt altı amfizemin ani bir şekilde baş bölgesinde artması nedeniyle reeksplere edildi. Primer onarım yapıldı. Sternokleidomastoid kas flebi çevrildi (Şekil 3).



Şekil 3 : Primer suture edilen alanın SKM'den flep ile desteklenmesi

Eksplorasyonda trakeal defekt izlenmedi. Hastanın kliniğimizdeki takiplerinin 15. gününde boyun bölgesinde ani başlayan abondan kanama gerçekleşti. Kanamaya bağlı trakeal aspirasyon gerçekleşti. Bu kanamanın sebebinin internal juguler ven veya karotis arterin rüptürüne bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Tartışma

Özellikle malignite ve tiroidit zemininde yapılacak olan tiroidektomilerin, tiroid cerrahisinin sıklıkla yapıldığı merkezlerde ve tiroid cerrahisi konusunda tecrübeli cerrahlar tarafından yapılması morbidite oranını azaltacaktır^{2,3}. Tiroidektomi sonrası en sık görülen komplikasyonlar rekürren laringeal sinir yaralanması, hipoparatiroidi ve hematomdur. Geniş retrospektif serilerde bu morbiditelerin %2,8 ile 16 arasında görüldüğü bildirilmiştir. Morbidite oranlarının malign hastalıklarda benign hastalıklara göre daha yüksek olduğu izlenmektedir. Özofagus yaralanması ise tiroidektominin nadir görülen komplikasyonlarından. Ayrıca, pnömonektomi, vagatomi, hiatal herni onarımı, atrial cerrahi ve servikal omurga cerrahisi sırasında da görülebileceği bildirilmiştir³. Özofageal perforasyon yüksek morbidite ve mortalitesi olan bir komplikasyondur. Mortalite oranı özofagus yaralanmasına göre %5,5 ile %29 arasında değişmektedir^{4,6}. Domino ve ark., 4460 hastada 266 (%6) entübasyon yaralanması tespit etmişlerdir. En çok larinks (%33), farinks (%19) ve özofagusda (%18) oluştuğu görülmüştür⁵. Entübasyona bağlı özofagus yaralanması sık görülmekle birlikte üst özofagusta görülmektedir. Entübasyona bağlı yaralanmalarda genellikle tek defekt izlenirken cerrahiye bağlı yaralanmalarda çok sayıda ve daha büyük defektler izlenmektedir^{4,5}. Bu olguda, defektin büyük olması yapılan cerrahiye bağlı olabileceğini

düşündürmektedir.

Hastalar, ateş, disfaji ve odinofaji, cilt altı amfizem , insizyon yerinde ve boyunda şişlik , kızarıklık ve kötü kokulu akıntı ile başvurabilecekleri gibi asemptomatik de olabilir ⁴⁻⁷. Bizim hastamızda yukarıda sayılan semptomların birçoğu mevcut idi.

Özofagus perforasyonu şüphesi olan bir hastaya öncelikle akciğer ve abdominal direkt grafi çekilmelidir. Direkt grafi boyunda yumuşak dokuda havayı, pnömomediastinum ve karın içi serbest havayı gösterebilir. Her ne kadar bunlar muhtemelen özofagus hasarını gösterebilse de, bu bulgular spesifik değildir ve ilişkili diğer yaralanmalar için tam bir araştırma yapılmasını gerektirir. Stabil olmayan hastalarda hemen cerrahi eksplorasyon gerekebilir. Ancak, stabil olan bir hastada suda çözünür kontrastlı özofagogram ile devam edilmelidir. Hatta özofagogram özofagoskopi ile tamamlanırsa yaralanmanın dışlanması neredeyse %100 özgüllük ile gerçekleşmiş olur. Bilgisayarlı tomografi taramalarının özofagus yaralanmasının tanımlanmasındaki rolü kısıtlıdır⁶. Bu olguda ise klinik olarak özofagus perforasyonu şüphesi olmasından dolayı direkt grafilerin ardından oral metilen mavisi verildi ve metilen mavisinin insizyondan geldiği izlenerek tanı kesinleştirildi. Boyunda enflamasyon ve abse yaygınlığının tespiti açısından tomografi çekildi.

Özofagus perforasyonunun tedavisinde önemli faktörler: perforasyonun tespit edilme zamanı, defekt alanının büyüklüğü, skar oluşum derecesi ve hastanın genel durumudur. Perforasyonun tanı konulması veya tedavisi gecikirse boyun absesi , mediastinit ve sistemik sepsis gibi çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Özofagus perforasyonunun tüm nedenleri için mortalite oranı yaklaşık % 20'dir ve bu oran tedavi gecikirse % 50'ye çıkar⁷.

Özofagus perforasyonunun optimal yönetimi tartışmalıdır. Vrouenraets ve ark. defekt küçükse ve hastanın herhangi bir semptomu yoksa konservatif tedavinin veya primer sütür ile cerrahi tedavinin iyi sonuçlar verebileceğini bildirmiştir⁸. Perforasyonun ameliyat sırasında veya hemen sonrasında fark edildiği ve hiçbir skar dokusunun oluşmadığı durumda, perforasyon konservatif tedavi ile veya primer sütür ile cerrahi olarak tedavi edilebilir. Konservatif tedavinin temelinde drenaj, geniş spektrumlu antibiyoterapi , nazogastrik dekompresyon ve etkili bir nutrisyon desteği vardır. Nutrisyon desteği parenteral olarak verilebileceği gibi jejunostomi veya perkütan endoskopik gastrostomi şeklinde enteral yoldan da verilebilir. Bazı durumlarda flep takviyesi ve rekonstrüksiyon gerekebilir. Perforasyon alanı küçükse ve primer sütüre edilebilmişse, primer onarımı güçlendirmek için pediküllü bir sternokleidomastoid kas veya pektoralis majör flebi kullanılması önerilmektedir. Daha büyük defektlerde jejunal serbest flep gibi yöntemler önerilmektedir ⁷⁻¹⁰. Bizim hastamızda da primer sütürasyon, sternokleidomastoid kas flebi ile desteklenmiştir. Omental doku flebi, anjiyogenik ve immünojenik nitelikleri göz önüne alındığında, özofagustaki yara iyileşmesini arttırabilen rekonstrüksiyonda iyi bir alternatiftir ¹¹. Ayrıca, endoskopik vakum yardımcı kapama sistemi (endoscopic vacuum-assisted closure (E-VAC) system), özofagus perforasyonlarında ve anastomoz kaçaklarında son yıllarda kullanımı hızla artan yeni bir tedavi yöntemidir ¹².

Sonuç

Özofagus perforasyonu sonrası hastalarda perforasyona bağlı bulguların gerilemesine rağmen abondan vasküler kanamalar meydana gelebilmektedir.

Referanslar

1. Fischer A, et al. Nonoperative treatment of 15 benign esophageal perforations with self-expandable covered metal stents. Ann Thorac Surg. 2006;81:467-73.
2. Conzo G, et al. Tracheal necrosis, oesophageal fistula: unusual complications of thyroidectomy. Report of two case and literature review. Ann Ital Chir. 2012;83(3):259-64.

3. Ward ND, Lee CY, Lee JT, David A. Sloan DA. Esophageal fistula complicating thyroid lobectomy. J Surg Case Rep. 2015;2015 (1): rju 136.
4. Kurt A, Koyuncu A, Aydın C, Topçu Ö. Esophageal injury is a rare complication of thyroid surgery: a case report. Cumhuriyet Med J 2010; 32:103-5.
5. Demirkıran AE, et al. A rare complication after thyroidectomy: esophageal perforation. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2002; 8(4): 250-252.
6. Sudarshan M, Cassivi SD. Management of traumatic esophageal injuries. J Thorac Dis. 2019;11(Suppl 2):S172-S6.
7. Morita M, et al. Flap reconstruction for esophageal perforation following anterior cervical plate fixation. Acta Med Okayama. 2019;73:77-80.
8. Vrouenraets BC, Been HD, Brouwer-Mladin R, Bruno M and van Lanschot JJ. Esophageal perforation associated with cervical spine surgery: report of two cases and review of the literature. Dig Surg (2004) 21: 246-249.
9. Matsui R, et al. Iatrogenic esophageal perforation that could be treated indirectly by cervical esophagostomy and laparoscopic surgery. Int J Surg Case Rep. 2019;60:4-7.
10. Toma EA, et al. The surgical management of acute esophageal perforation by accidentally ingested fish bone. Chirurgia. 2018;113: 156-61.
11. Hanwright PJ, Purnell CA, Dumanian GA. Flap reconstruction for esophageal perforation complicating anterior cervical spinal fusion: An 18-year experience. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2015;3:e400.
12. Bludau M, et al. Management of upper intestinal leaks using an endoscopic vacuum-assisted closure system (E-VAC). Surg Endosc. 2014;28:896-90.

Sunum

3. Gastrointestinal Araştırma Kongresi' nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. 21 Eylül 2019-Malatya