

Yaygın Ödemle Gelen Akut Mediastinitli Bir Olgu

A Case of Acute Mediastinitis Presenting with Generalized Edema

Suna Asilsoy¹, Hasan Ağın², Hurşit Apa², Ertan Kayserili², Tuğrul Özcan², İnci Karasoy³, Ceyhan Dizdärer⁴, Demet Can¹

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Allerji Kliniği, İzmir, Türkiye

²Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, İzmir, Türkiye

³Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

⁴Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Acil Servis Klinik Şefi, İzmir, Türkiye

ÖZET

Akut mediastinit mediastendeki organların etrafında gelişen ciddi bir enfeksiyondur. Nadir görülen bir klinik tablodur. En yaygın nedenleri özofagus perforasyonu ve sternotomi ile yapılan cerrahi girişimlerin arkasından gelişen postoperatif enfeksiyonlardır. Erken tanı mortalite üzerine etkilidir, ancak hastaların atipik bulgularla gelebilmesi nedeniyle tanıda gecikmeler olabilmektedir. 3 yaşındaki erkek hasta yaygın ödem, ateş ve öksürük nedeniyle getirildi. Akciğer grafisinde mediastinal genişleme, toraks tomografisinde mediastinal abse, perikardial ve plevral efüzyonu saptadı.

(*Tur Toraks Der 2010;11: 39-40*)

Anahtar sözcükler: Akut mediastinit, özofagus perforasyonu, generalize ödem

Geliş Tarihi: 12. 07. 2007 Kabul Tarihi: 06.02.2008

ABSTRACT

Acute mediastinitis is a serious infection which occurs around the mediastinal tissues. It is a rare clinical condition. The most common causes are esophageal perforation and postoperative infection, particularly following median sternotomy. Early diagnosis is effective on mortality but because of atypical initial findings the diagnosis can be delayed. We report a 3-year-old boy admitted with generalized edema, fever and cough. His chest radiography revealed an acute mediastinal widening and computed tomographic scan showed a mediastinal abscess with pericardial and pleural effusion.

(*Tur Toraks Der 2009; 11: 39-40*)

Key words: Acute mediastinitis, esophageal perforation, generalized edema

Received: 12. 07. 2007 Accepted: 06.02.2008

GİRİŞ

Akut mediastinit mortalite oranı yüksek, ağır seyirli bir klinik tablodur. Akut mediastinal enfeksiyonların en yaygın nedeni özofagus perforasyonu ve sternotomi ile yapılan cerrahi girişimlerden sonra gelişen postoperatif enfeksiyonlardır. Orofaringeal enfeksiyonların bir komplikasyonu olarak görüldüğünde descendan nekrotizan mediastinit olarak isimlendirilir [1]. Özofageal perforasyonu olan hastaların %1'inde ağır seyirli mediastinit ve mediastinal apse oluşumu bildirilmiştir. Erken tanı mortalite üzerine etkilidir. Klinik olarak hastalar genellikle ateş, taşikardi ve göğüs ağrısı yakınmasıyla başvursalar da atipik bulgularla da gelebilirler [2].

OLGU

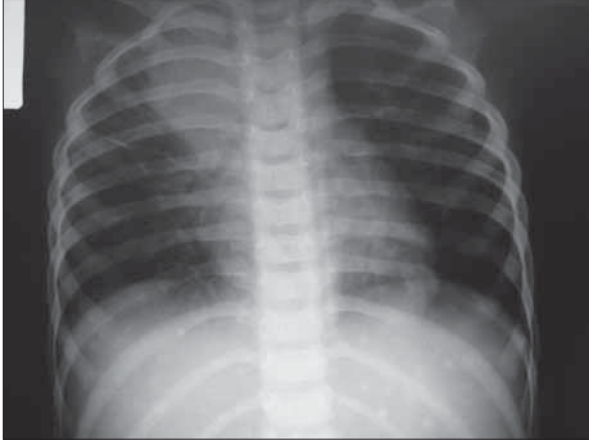
Üç yaşında erkek hasta, ateş yüksekliği, vücutta şişlik, öksürük yakınmasıyla getirildi. Öyküsünden 5 gün önce ateş, öksürük, solunum zorluğu ve vücutta şişlik nedeniyle hastaneye götürüldüğü orada amipli dizanteri, pnömöni nedeniyle tedavi edildiği, hipoalbuminemi nedeniyle nefrotik sendrom düşünülerek albumin infüzyonu yapıldığı,

genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle hastanemize gönderildiği öğrenildi. Özgeçmişinden 9 ay önce korozif madde içimi nedeniyle izlendiği, yutma güçlüğünün geliştiği 5 kez özofagus dilatasyonu uygulandığı, en son dilatasyonun 10 gün önce yapıldığı öğrenildi. Olgunun yapılan fizik bakısında vücut ısısı 37 C°, nabız 118/dk, solunum sayısı 30/dk olarak ölçüldü. Genel durumu orta, anazarka tarzında ödemi mevcut, akciğer oskültasyonunda sağ üstte ve bilateral bazalde solunum sesleri azalmış olarak duyuldu. Karaciğer kot kavsinde 2 cm de palpe edildi. Diğer sistem bulguları olağan olarak değerlendirildi.

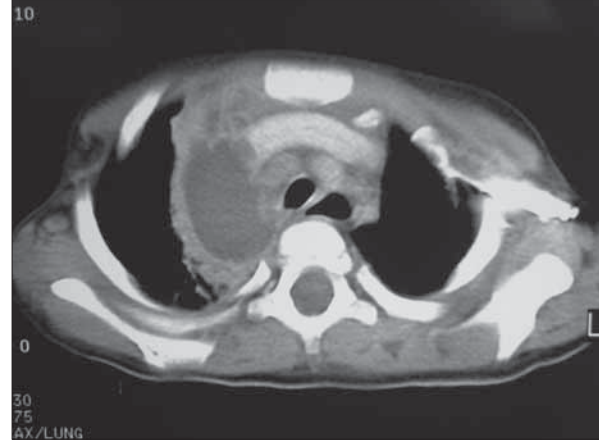
Laboratuar bulgularında, Hb:10,4gr/dL, lökosit sayısı 12900/mm³, trombosit sayısı 264000/mm³ eritrosit sedimentasyon hızı 30mm/h, CRP 10,6mg/dL, oksijen saturasyonu %96, BUN 3mg/dl, total protein:6,3gr/dl, albumin:2.1gr/dl saptandı. İdrar bakısında proteinüri görülmedi. Akciğer grafisinde üst mediastende genişleme, sağ üst lobta ateletazi saptandı (Şekil 1). Toraks tomografisinde, özofagus orta kesime kadar dilate, üst medastende sağda 4x2.5cm çaplarında kalın duvarlı kontrast tutan hipodens sıvı koleksiyonu ile uyumlu yer

Sunulduğu Kongre: 4. Ulusal Acil Yoğun Bakım Kongresi, 21-26 Mayıs 2007, Ankara

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Suna Asilsoy, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Allerji Kliniği, İzmir, Türkiye Tel: +90 232 382 56 41 E-posta: sunaasilsoy@hotmail.com



Şekil 1. PA AC grafisi:Üst mediastende genişleme, sağ üst lobta atelektazi



Şekil 2. Toraks tomografisi: İşaretli alanda üst mediastende sağda 4x2.5cm çaplarında kalın duvarlı kontrast tutan hipodens sıvı koleksiyonu ile uyumlu yer kaplayan oluşum

kaplayan oluşum, mediastinal aralıklarda ödem lehine dansite azalması, sağ hiler bölgede ve azigoözofageal resesde en büyüğü 12 mm çapında lenfadenopati ile uyumlu dansiteler, perikardiyal efüzyon, sol hemitoraksta pleval boşlukta plörezi, sağ akciğer üst lobta atelektazik değişiklikler saptandı (Şekil 2).

Klinik İzlem

Acil serviste izlenen hastaya imipenem, metranidazol, seftriakson tedavisi başlandı. Yatışının birinci günü çekilen toraks tomografisinde apse bulgularının saptanması nedeniyle cerrahi konsültasyonu yapıldı. Olguya sağ torakotomi yapıldı ve püy aspire edildi. Antiyotik tedavisine devam edilen olgunun izleminde klinik bulguları düzeldi.

TARTIŞMA

Mediasten primer hematojen enfeksiyonların nadir görüldüğü bir bölgedir. Özofagus perforasyonu, trakeobronşial ağacın rüptürü, komşuluk yoluyla enfeksiyonların yayılımı ile akut mediastinit gelişebilir [1,2]. Özofagal perforasyonu oluşan hastaların %1 inde ağır seyirli mediastinit ve mediastinal abse oluşumu bildirilmiştir [3]. Erken tanı mortalite üzerine etkilidir. Ancak hastaların farklı klinik bulgularla gelebilmesi nedeniyle tanıda gecikmeler olabilmektedir. Bizim olgumuz mediastinitin tipik bulguları olan ateş, öksürük yakınması yanı sıra atipik bir bulgu olan yaygın ödem yakınmasıyla getirildi. Hatta hastamızda bulunan bu ödem daha önce başvurduğu merkezde nefrotik sendrom olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Olgumuzun total protein düzeyindeki düşüklüğü ve hipoalbuminemi yaygın ödemin en önemli nedenidir. Ancak burada gelişen hipoalbuminemin renal yolla kayıptan değil olguda dokuz ay önce korozif madde içimi sonrası gelişen kronik beslenme bozukluğu ve süregelen enfeksiyonlara bağlı olduğunu düşündük.

Tanıda klinik bulgular yanında direkt grafi ve toraks tomografisi önemli rol oynamaktadır. Göğüs radyogramında mediastinal genişleme ve mediastinal abse bulguları, özofagus perforasyonu olan olgularda pnömotoraks ve pnömomediastinum bulguları görülebilir. Tomografi bulguları mediastinal sıvının varlığını ve boyutlarını göstermede direkt grafiden daha duyarlıdır. Tomografi ayrıca sıvı koleksiyonunun toraksla ilişkisini saptamada faydalı

dir. Bu da mediastinal sıvı koleksiyonunu drene etmede yol gösterici olabilir [4-6]. Olgumuzun akciğer grafisinde mediastinal genişleme, sağ üst lobta atelektazi saptandı. Toraks tomografisinde mediastendeki genişlemenin abseye bağlı olabileceği, ayrıca perikardiyal ve pleval efüzyon bulunduğu gösterildi.

Tedavide yalnız başına antibiyotik yeterli değildir. Servikal veya torakal yoldan apsenin cerrahi drenajı gereklidir [1,7]. Bizim olgumuzda antibiyotik tedavisi yanında torakal yolla apse drene edildi. Hastamızın pleval ve perikardiyal efüzyonu için cerrahi işlem gerekli olmadı.

Korozif maddelerin yanlışlıkla içilmesi çocukluk çağında oldukça sık rastlanmaktadır. Bu maddelerin içilmesinden sonra özofagusta ortaya çıkan yanıklar ciddi akut ve kronik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Özofagusta striktür gelişimi kostik madde içiminin en önemli komplikasyonudur [8]. Bu olgularda uygulanan dilatasyon çalışmaları sırasında özofagus perforasyonları kolayca oluşabilmektedir. Korozif madde içimi öyküsü olan ve dilatasyon yapılan hastalarda gelişen farklı klinik tablolarda mediastinit olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Marty-Ane CH, Alauzen M, Alric P, et al. Descending necrotizing mediastinitis. advantage of mediastinal drainage with thoracotomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1994;107:55-61.
2. Chou SL, Chern CH, Chen JD, et al. Descending necrotizing mediastinitis: a report of misdiagnosis as thoracic aortic dissection. Emerg Med J 2005;22:227-8.
3. White CS, Templeton PA, Attar S. Esophageal perforation: CT findings. AJR 1993;160:767-70.
4. Akman C, Kantarci F, Cetinkaya S. Imaging in mediastinitis: a systematic review based on aetiology. Clin Radiol 2004;59:573-85.
5. Novellas S, Kechabtia K, Chevallier P, et al. Descending necrotizing mediastinitis: a rare pathology to keep in mind. Clin Imaging 2005;29:138-40.
6. Blandergroen MR, Lowe JE, Postlethwait RW. Diagnosis and recommended management esophageal perforation and rupture. Ann Thorac Surg 1986;42:235-9.
7. Brook I. The role of anaerobic bacteria in mediastinitis. Drugs 2006;66:315-20.
8. Demirbağ S, Tiryaki T, Atabek C, ve ark. Çocukluk çağında özofagus delinmelerine bağlı mediastinitlerde konservatif yaklaşım. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2006;20:16-20.