

# Tiroid cerrahisinde nadir bir komplikasyon olan özofagus yaralanması: olgu sunumu

*Esophageal injury is a rare complication of thyroid surgery: a case report*

**Atilla Kurt, Ayhan Koyuncu, Cengiz Aydın, Ömer Topçu**

Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. A. Kurt, Prof. Dr. A. Koyuncu, Prof. Dr. C. Aydın, Doç. Dr. Ö. Topçu), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

## Özet

39 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize boğazda ağrı, yutkunma zorluğu şikâyeti ile başvurdu. Bir gün önce başka bir merkezde sol total lobektomi yapılmış olan hasta, operasyon sonrası ses kısıklığı, yutma güçlüğü, boğaz ağrısı olması üzerine polikliniğimizde görüldü. Yapılan kontrastlı özofagografide özofagokutanöz fistül ile uyumlu görüntü tespit edildi. Oral alım kesildi. 15 gün boyunca total parenteral beslenme ve antibiyotik tedavisi uygulandı. Hasta yatışının 17.gününde iyileşerek taburcu edildi. Perforasyon nedenini literatürde araştırıldı. İatrojenik nedenlerin cerrahiden daha çok, başarısız zor entübasyona bağlı geliştiği görüldü.

Anahtar sözcükler: Özofagus, perforasyon, tiroidektomi komplikasyonları

## Abstract

A 39 years old female patient referred to the hospital with complaints of sore throat and swallow difficulty. The patient who had undergone left total lobectomy one day ago, referred to our outpatient clinic because of that hoarseness, swallow difficulty and sore throat were developed after the operation. On the performed contrasts esophagography, a image was detected which in accordant with esophagocutaneous fistule. Oral intake was stopped. The parenteral feeding and antibiotic terapy were administered for 15 day. The patient, with get better, was dischagred at the 17 days after admit. The cause of perforation was investigated in literature. It was observed that iatrogenic causes has been developing dependently on ineffective and difficult intubation rather than surgery.

**Keywords:** Esophagus, perforation, thyroidectomy complications

**Geliş tarihi/Received:** 30 Haziran 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 22 Kasım 2009

## İletişim adresi:

Dr. Atilla Kurt, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas. Eposta: atillakurt@yahoo.com

## Giriş

Tiroid bezinin ameliyatları günümüzde sık olarak uygulanmaktadır. Anatomik yerleşimi ve komşu olduğu dokular nedeniyle cerrahisi bilgi, beceri ve deneyim gerektirmektedir. Komplikasyonların önlenabilir ve azaltılabilir olma özelliği bunu etkileyen faktörlerle ilişkilidir [1-3].

1800'lü yıllarda tiroid cerrahisi sonrası mortalite oranı yaklaşık %40 civarındaydı. Çoğu ölüm enfeksiyon ve hemoraji nedeni ile gerçekleşmekteydi. Steril cerrahi koşulları, genel aneztesi, gelişen cerrahi teknikler tiroid cerrahisi sonrası ölüm oranını önemli ölçüde azaltarak, bugün çok nadir görülen bir orana düşürdü [2, 4].

Her ne kadar tiroid cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar bugün çok azaldıysa da,

hastalar operasyon evveli potansiyel komplikasyonlar açısından iyi değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Özofagus perforasyonu tiroid cerrahisinde nadir görülen bir komplikasyondur. Genellikle entübasyon sırasında olduğu rapor edilmiştir. Zor entübasyon, kadın cinsiyeti, altmış yaş üzerinde görülme oranı artar. Laringeal maske entübasyonu, nazogastrik tüp uygulaması da nadir görülen diğer etyolojik nedenlerdir [4-10].

### **Olgu**

39 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize boğazda ağrı, yutkunma zorluğu şikayeti ile başvurdu. Bir gün önce başka bir merkezde sol total lobektomi yapılmış olan hasta, operasyon sonrası ses kısıklığı, yutma güçlüğü, boğaz ağrısı olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde boyunda Kocher insizyon skarı mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan biyokimyasında lökosit değeri 18100  $\mu$ L diğer tüm değerler normaldi. Ateş yoktu. Vital bulguları stabil idi. Özofagografide C4 vertebra hizasında sol valleküla seviyesinde anteriorda sol anterolaterale doğru yaklaşık 1 cm çapındaki defektten cilt altına kontrast madde sızdığı görüldü (Resim 1). Bu bulgunun özofagokutanöz fistül ile uyumlu olduğu rapor edildi. Olgu hastaneye yatırıldı. Oral beslenme kesilerek total parenteral beslenme desteği verildi. Ampisilin-sulbaktam flakon 4x1 gr/gün uygulandı. Olgu, lökosit değerlerinin normale dönmesi ve yatışının 17. gününde özofagus fistülünün kapanması üzerine taburcu edildi.



**Resim 1. Özofagus perforasyonunda kontrast maddenin kaçağı.**

### **Tartışma**

İlk özofagus perforasyonu İ.Ö. 2500'de Edwin Smith papiruslarında servikal özofagokutaneal fistül gelişimi ile tanımlanmıştır. Boerrhaewe 1724'te yemekte kusma ile barojenik özofagus ruptürünü tanımladı [5]. İlk cerrahi onarım 1944 uygulanmış ve 1947 yılında da yayımlanmıştır [6].

Özofageal perforasyon yüksek morbidite ve mortalitesi olan bir komplikasyondur. Mortalite oranı özofagus yaralanmasına göre 5,5 ile %29 arasında değişir. Domino ve ark. [4] 4460 hastada 266 (%6) entübasyon yaralanması tespit etmişlerdir. En çok larinks

(%33), farinks (%19) ve özofagus'da (%18) olduğu görülmüştür. Altörjay ve ark. [7] nonoperatif tedavi ile %5,5 mortalite oranı bulmuş ve erken tanının bu mortalite oranını ciddi olarak etkilediği sonucuna varmışlardır. Özofagus perforasyonu genellikle entübasyona bağlı gelişen bir komplikasyondur [4, 8, 9]. Bu hastada yaralanmanın entübasyona mı yoksa yapılan cerrahi müdahaleye mi bağlı olduğu bilinmemektedir, fakat yaralanma yerleşim ve şekli daha çok entübasyon zorluğuna sekonder geliştiği kanaati oluşturmaktadır. Entübasyona bağlı özofagus yaralanmalarının çoğu özofagus üst kısmında meydana gelmektedir. Genelde tek bir perforasyon yeri vardır. Cerrahiye bağlı yaralanmalarda ise genelde çok sayıda perforasyonlar oluşur ve defekt daha büyüktür. Tüm bu faktörler mortalite ve morbiditeyi etkilemektedirler [4, 7, 9, 11-13]. Bu tip yaralanmalarda etkili antibiyotik tedavisi, total parenteral beslenme, nonoperatif tedavide önemli rol oynarlar. Tedaviye 4-6 saat geç başlanması mortaliteyi artırır. Özofagus yaralanmalarında kesin cerrahi indikasyonlar pnömotoraks, pnömomediastinum, sepsis, respiratuar yetmezlik ve şok durumlarıdır. Cerrahi tedavide primer sütür ve drenaj, özofajektomi, gastrostomi, jejunostomi yaralanmanın şekil ve büyüklüğüne göre tercih edilebilir. Cerrahi tedavinin başarısı yaralanmanın yerine göre, tanı ile perforasyon arasındaki geçen süreye göre değişir [4, 7, 11, 13].

Tedavide erken tanı en önemli faktördür. Yaralanmanın yeri ve boyutu, tanı için geçen sürenin uzunluğu, hastanın hemodinamik durumu ve yeterli drenajın sağlanması tedavi planında önemli faktörlerdir [4, 7, 11, 13]. Bu hastada olduğu gibi üst özofagusta oluşmuş tek küçük defekt varlığında, erken tanı ile saptanan özofagus yaralanmalarında nonoperatif tedavi daha uygun bir yaklaşım olabilir.

### Kaynaklar

1. Kaplan EL. Thyroid and parathyroid. In: Schwartz SI. Edior. Principles of surgery. 5th edition. Paris: Mc Graw- Hill Book Company. 1988; 2. p: 1613-43.
2. Calık A. Küçükütlü V: Complications of 867 Thyroidectomies performed in a Region of endemic goiter in Turkey. Int. Surg, 1996; 81: 298-301.
3. Sayek I: Temel Cerrahi. Güneş Kitapevi Ltd. Şti, Ankara, 1996, p:1569-83.
4. Domino KB, Posner KL, Caplan RA. Cheney FW Airway injury during anesthesia. Anesthesiology 1999; 91: 1703-11.
5. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Bakehar RR. Selektitive nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. Ann Thorac Surg 1979; 27: 404-8.
6. Bufkin BL, Miller JL, Mansaur KA. Esophageal perforation:emphasis on management. Ann Thorac Surg 1996; 61: 1447-51.
7. Altörjay A, Kiss J, Voros A, Bohak. A Nonoperative management of esophageal perforations. Is it justified? Ann Surg 1997; 225: 415-21.
8. Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. 1993; 78: 597-602.
9. Sawyer R, Philips C, Vakil N. Short and long-term outcome esophageal perforation. Gastrointestinal Endoscopy 1995; 41: 130-35.
10. Horn T, Pasche R, Kehtari R. Esophageal perforation in a fruitless attempt at endotracheal intubation. Rev Med Suisse Romande. 1993; 113: 909-15.
11. Ahmed A, Aggarwal M, Watson E. Esophageal perforation: a complication of nasogastric tube placement. Am J Emerg Med. 1998; 16: 64-6.
12. Branthwaite MA. An unexpected complication of the intubating laryngeal mask. Anaesthesia 1999; 54: 166-71.
13. Eisen GM, Jowell PS. Esophageal perforation after ingestion of colon lavage solution. Am J Gastroenterology 1995; 90: 2074.