

## DESENDAN NEKROTİZAN MEDIASTİNİT: OLGU SUNUMU

Muhammet Ali YILMAZ \*  
Mehmet Ali BEDİRHAN \*  
Akif TURNA \*  
Yaşar SÖNMEZOĞLU \*  
Gönenç ORTAKÖYLÜ\*\*  
Atilla GÜRSES \*

### ÖZET

24 yaşındaki kadın hasta ampiyem tanısı ile acil tüp torakostomi yapılarak kliniğimize yatırıldı. Supraklavikuler bölgede gelişen 5x6 cm boyutlarındaki deriden kabarık, hiperemik ve vücuda göre daha sıcak olan bölgeye, yatışından sonraki 5. gün insizyon yapılarak 150 cc sıvı boşaltıldı. Perikardiyal efüzyon ve hızla tamponad gelişmesi üzerine, 19. gün perikard boşluğuna kateter konularak 500 cc sıvı drene edildi. 23. gün bilgisayarlı toraks tomografisinde, kalbi sola iten paramediastinal apse poşu tespit edilerek, tüp mediastinostomi yapıldı ve 500 cc sıvı drene edildi. Kontrol için istenen manyetik rezonans görüntülemesi ile mediastinde rezidü apse poşu görülmesi nedeni ile, 44. gün sağ mini torakotomi yapıldı, ancak herhangi bir patoloji bulunamadı. Hasta 50. gün taburcu edildi.

\* Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL.

\*\* Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Göğüs Hastalıkları Kliniği, İSTANBUL.

### Yazışma Adresi:

Dr Muhammet Ali Yılmaz. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği 34760 Zeytinburnu/İstanbul  
Tel: 0 212 6641700 159/201  
Faks: 0 212 547 22 33

Toraks Derneği 3. Yıllık Kongresi olan 2000 yılı Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

## SUMMARY

### DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS : A REPORT OF A CASE

A 24-year old woman was referred to our hospital with a diagnosis of empyema and an emergency tube thoracostomy was performed. Supraclavicularly located collection with tuberous tender and hyperemic appearance was 6 x 5 cm in size and was drained on 5th day followed by internalization of the patient. Since pericardial effusion and consequent cardiac tamponade was developed, pericardiocentesis was done and 500 ml pericardial fluid was aspirated. A thoracic CT disclosed a persistent paramediastinal pus cavity displacing heart to the left side. A tube mediastinostomy was performed and 500 ml purulent fluid was drained. MRI showed persistent residual abscess sack. For this reason, a right exploratory mini-thoracotomy was done, but, no pathologic formation was discovered. The patient was discharged home on 50th day.

### GİRİŞ

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM), orofarinksten mediastine yayılan polimikrobiyal bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyonun mediastine, plevral ve perikardiyal boşluklara ve hatta batın içine, boyundaki derin fasyaların oluşturduğu boşluklar boyunca yayılarak; ampiyem, plevral ve perikardiyal efüzyon, peritonit, intratorasik hemoraji, kardiyak tamponada neden olduğu ve mortalitesinin %25-40 arasında olabileceği bildirilmiştir (1). Multifokal ve seröz boşlukları tutan ampiyem olgularında DNM olasılığı daima akla gelmeli, gerekli önlemler ve tedaviler acilen alınmalıdır. Oldukça nadir görülmesi ve yüksek mortaliteye sahip olması nedeni ile DNM olgumuzun tanı ve tedavisindeki özellikler sunulmuştur.

### OLGU

28.3.1999 tarihinde hastanemize müracaat eden, 24 yaşındaki kadın hastanın 20 gün önce başlayan ateş, boğaz ağrısı, öksürük, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri olmuş. Bu dönemde hekim tarafından önerilen tedaviden fayda görmemiş. Hastanın şikayetlerine son 5 günde öksürmekle ve nefes almakla artan sağ yan ağrısı, boyun ağrısı ve gece terlemesi eklenmiş. Yirmi günde 9 kg ağırlık kaybı olmuş. Bu şikayetlerle bir devlet hastanesine başvuran hastaya, iki yönlü boyun grafisi

çekilmiş ve ayaktan tedavi önerilmiş. Şikayetlerinde düzelme olmayan hasta hastanemiz acil polikliniğine getirildi.

Özgeçmişinde, iki ay önce, kronik otitis media tanısıyla operasyon önerildiği ancak, ekonomik nedenlerle ameliyat olamadığı öğrenildi.

İnspeksiyonda hasta dispneik, sağ hemitoraks solunuma az iştirak ediyor, 1/3 alt zonda solunum sesleri azalmış, sağ supraklavikuler alanda 5x6 cm boyutlarında, ağrılı, mobil olmayan, hiperemik ve vücuda göre daha sıcak olan lenfadenomegali var.

Hastanın iki gün önce başvurduğu devlet hastanesinde çekilen iki yönlü boyun grafisinde, krikoid kırırdağın anteriorunda hava gölgeleri ve normal servikal lordozun düzleştiği saptandı (Resim 1). PA Akciğer grafisinde, sağ hemidiyafragma yükselmiş olarak değerlendirildi. Sağ hemitoraksta hava-sıvı seviyesi gösteren serbest sıvı belirlendi



**Resim 1:** Servikal grafide hava gölgeleri ve normal servikal lordozun düzleşmesi.

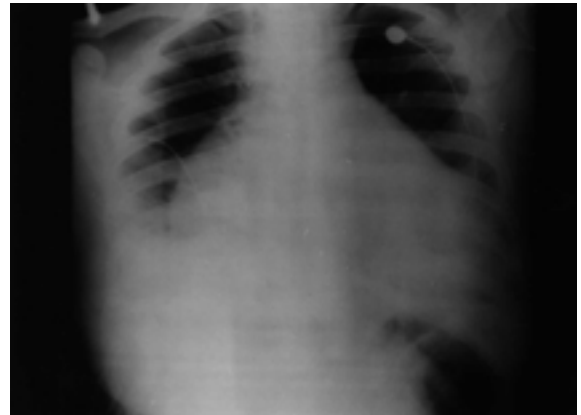
Klinik ve radyolojik bulgularla pnömoni+ampiyem tanısı konulan hastaya; ampisilin+sulbaktam 3x1 gr, klindamisin 3x500 mg, amikasin 1x1gr parenteral başlandı.

28.3.1999 tarihinde hastaya acil olarak tüp torakostomi yapıldı ve 1900 cc pürülan görünümünde sıvı boşaltıldı. Çekilen dren sonrası PA akciğer grafisinde sağ akciğerin

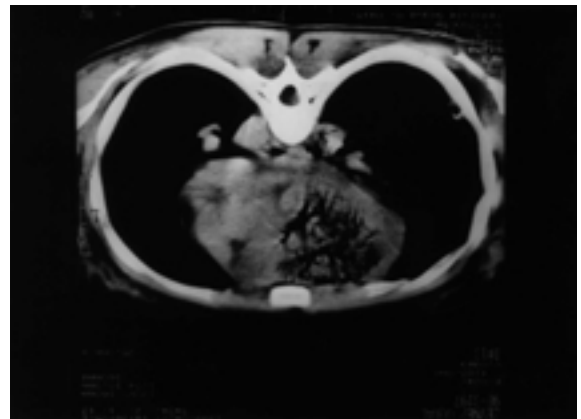
re-ekspansiyon olduğu görüldü, kültürde gram negatif basil üredi. Ampirik olarak başlanan antibiyotikler, antibiyogram sonucuna göre de etkin olduğundan tedavi değiştirilmedi.

2.4.1999 tarihinde; supraklavikuler bölgedeki lenfadenopati olduğu düşünülen lezyonda büyüme olması üzerine buradan yapılan insizyonla 150 cc pürülan, nekrotik, yer yer pıhtılı materyal boşaltıldı, kültüründe üreme olmadı.

Hastada, taşikardi gelişmesi (nabız 140/dk, ritmik) ve PA akciğer grafisinde kalp gölgesinin büyümesi üzerine (Resim 2) istenen ekokardiyografi; ileri derecede perikardiyal efüzyon, sağ atrium ve ventriküle bası, 'yüzen kalp görüntüsü' olarak raporlandı ve aynı gün perikarda kateter yerleştirilerek 500 cc yoğun kıvamlı sıvı boşaltıldı. Sıvının kültüründe üreme olmadı. Daha sonra, bilgisayarlı tomografide (BT) paramediastinal, kalbi sola deplase eden, apse poşu tespit edilerek, mediastinotomi işlemi yapılarak buradan tüp yerleştirildi (tüp mediastinostomi). Supraklavikuler bölgeden daha önce boşaltılan ile aynı görünümde, 500 cc sıvı drene edildi, kültürde üreme olmadı (resim 3).

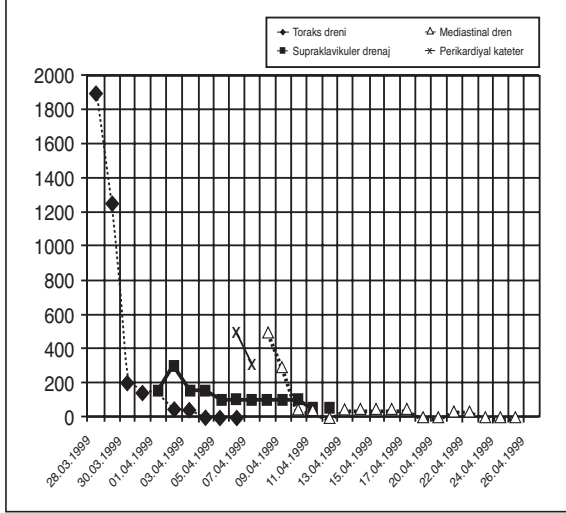


**Resim 2:** Akut olarak gelişen perikardiyal efüzyon.



**Resim 3:** Paramediastinal apse poşu ve drenajı.

Drenaj miktarları grafikte sunulmuştur (Şekil 1). Hastanın kontrol MR'ında mediastinal apse poşunda rezidü kalması üzerine (Resim 4), 11.5.1999 tarihinde sağ mini torakotomi yapıldı, ancak, herhangi bir patoloji saptanamadı.

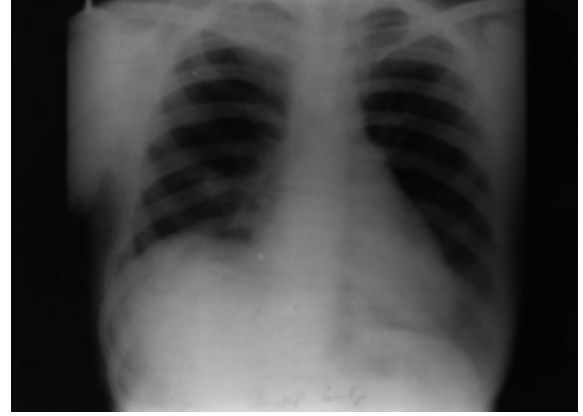


Şekil 1: Olgunun lokalizasyonlarına göre günlük drenaj miktarları.



Resim 4: Torakotomi öncesi mediastinal rezidü poşun görüntüsü.

Hasta taburcu olduktan 16 ay sonra halen sağ, semptomsuz, fizik muayene ve PA akciğer grafisinde (Resim 5) herhangi bir patoloji yoktur.



Resim 5: Hastanın kontrol filmi.

## TARTIŞMA

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM), servikal enfeksiyonun dental ve orofaringeal yapılardan, boyundaki derin fasyalar arası yağlı ve gözele dokuların oluşturduğu boşluklar yoluyla; mediastin, plevra ve perikard boşluklarına yayılmasıyla oluşan ve %25-40 gibi yüksek bir mortalite ile seyreden bir klinik antitedir (1). DNM' nin mortalitesini düşürmeye yönelik çabalar son yarım yüzyılda ancak kısmi olarak başarılı olmuştur. Pearse' ın (1) 1938 yılında bildirdiği ilk modern serideki %49 mortalite oranı, günümüz tıbbi görüntüleme tekniklerinde ve antibiyotiklerdeki baş döndürücü gelişmelere rağmen, halen oldukça yüksektir. Tanıda, Estrera (2) ve arkadaşlarının tanımladığı kriterler kullanılır:

1. Şiddetli enfeksiyonun klinik bulguları.
  2. Karakteristik röntgen bulguları;
    - a- Hava sıvı seviyeleri ile birlikte olabilen retroviseral boşluğun genişlemesi.
    - b- Trakea hava kolonunun öne doğru yer değiştirmesi.
    - c- Mediastinal amfizem varlığı.
    - d- Normal servikal lordozun kaybı.
  3. Mediastinde nekrotizan enfeksiyonun operasyon veya otopsi ile gösterilmesi.
  4. En önemlisi; mediastindeki enfeksiyonun orofaringeal yapılardan kaynaklandığının gösterilmesi.
- Mortalite oranının yüksek olmasının en önemli nedenleri, tanıdaki gecikme ve yetersiz drenajdır (1, 3). Göğüs ağrısı, dispne, ateş ve toksemi bulguları olan hastalarda DNM düşünülmelidir (4). Trakeostomi, göğüs veya mediasten drenajı uygulanması radyolojik bulguların yorumlanmasını zorlaştırabilir (4).

Tedavi, diğer tüm nekrotizan enfeksiyonlarda olduğu gibi cerrahidir. Literatürde subksifoid yaklaşım, clamshell insizyonu, median sternotomi, torakoskopik cerrahi gibi teknikler bildirilmiştir (5, 6, 7, 8). Howell (9) ve Estrera (2); nekrotizan enfeksiyon, dördüncü torasik vertebra ile trakeal bifurkasyonun oluşturduğu sanal düzlemin üzerinde ise transservikal, aşağısında ise torakotomi ile mediastinal drenajın sağlanması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Ancak enfeksiyonun hızlı yayılma karakterinde olması bu yaklaşımın yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Freeman ve arkadaşlarının yayınladığı mortalite olmaksızın tedavinin tamamlandığı ilk ve tek raporda, diğer yayınlara göre farklı olarak, BT, hastanın klinik durumunda değişiklik yoksa 48-72 saat ara ile, değişiklik varsa hemen çekilmiş ve bulgulara göre operasyon uygulanmıştır (1). Bu seride hasta başına çekilen BT sayısı 3-15, operasyon sayısı ise 7-9 arasındadır. DNM' nin teşhis ve takibinde BT seçilmesi gereken tetkiktir (1, 2, 3, 4).

DNM' in mortal olmasının diğer bir nedeni de son derece nadir görülmesidir. Öyle ki, 1960' tan bu yana 10 olguyu içeren sadece 3 bildiri vardır (1, 2, 3). Ayrıca 1960 ile 2000 yılları arasında İngilizce yapılan yayınlarda toplam 96 olgu saptanabilmiştir (1). Yayımlanan bilginin bu kadar az ve bir göğüs cerrahinin meslek hayatı boyunca sadece bir veya iki olguyla karşılaşacak olması gerçeği bir araya geldiğinde, tanı ve tedavide yetersizlikler ortaya çıkabilmektedir (1).

Bizim olgumuzda enfeksiyon batına yayılmamıştı. Tüp torakostomi ile sağ hemitoraks, tüp mediastinostomi ve supraklavikuler insizyonla mediasten ve yine aynı supraklavikuler insizyonla servikal yapılar başarılı bir şekilde drene edilerek, tedavi sağlandı.

DNM, oldukça nadir görülen, mortalitesi yüksek ve kesin sonuç veren tedavi protokolü üzerinde henüz fikir birliğine varılmamış bir hastalıktır.

Hastalığın erken tanısı ve uygun agresif antibiyotik tedavi ile gerekirse uygulanan cerrahi tedavi, muhtemel mortaliteyi engelleyebilir ve morbiditeyi düşürmede önemli bir rol oynar. Hastalığın standart tedavisinin geliştirilmesi ve oluşum mekanizmasının tam olarak anlaşılabilmesi için geniş seriler içeren çalışmalara gerek bulunmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Freeman RK, Vallieres E, Verrier ED, Jones RK, Wood DE. Descending necrotizing mediastinitis: an analysis of the effect of serial surgical debridement on patient mortality J Thorac Cardiovasc Surg 2000;119:260-267 .
2. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983;157:545-552 .
3. Marty-Ane CH, Berthet JP, Alric P, Pegis JD, Rouviere P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis: an aggressive treatment for an aggressive disease. Ann Thorac 1999;68:212-217.
4. Sancho LMM, Minamoto H, Fernandez A, Sennes LU, Jatene FB. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 1999;16:200-205.
5. Marty-Ane CH, Alauzen M, Alric P, Serres-Cousine O, Mary H. Descending necrotizing mediastinitis: advantage of mediastinal drainage with thoracotomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1994;107:55-61 .
6. Wheatley MJ, Stirling MC, Kirsh MM, Gago O, Orringer MB. Descending necrotizing mediastinitis: transcervical drainage is not enough. Ann Thorac Surg 1990;49:780-784.
7. Ris HB, Banic A, Furrer M, Caversaccio M, Cerny A, Zbaren P. Descending necrotizing mediastinitis: surgical treatment via clamshell approach. Ann Thorac Surg 1996;62:1650-1654.
8. Robert JR, Smyte WR, Weber RW, Lanutti M, Rosengard BR, Kaiser LR. Thoracoscopic management of descending necrotizing mediastinitis. Chest 1997;112:850-854.
9. Howell HS, Prinz RA, Pickelman JR. Anaerobic mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1976;143:353-359.