

Desendan Nekrotizan Mediastinit: İki Olgu Sunumu

Descending Necrotizing Mediastinitis: Report of Two Cases

Fatih Meroğlu¹, Menduh Oruç¹, Atalay Şahin², Burak Gül¹, Gönül Ölmez Kavak³

Özet

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM) nadir görülen, fakat yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. DNM, mediastendeki hayati organların etrafında nadir görülen enfeksiyöz bir hastalıktır. Zamanında tanı konulmaz ve uygun olarak tedavi edilmezse sonuç fatal olur. Tedavideki gecikme enfeksiyonun mediastene yayılmasına yol açar. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi girişimle şifa olasıdır. Ağız tabanında kötü kokulu bir sıvının geldiğini ifade eden 37 yaşındaki erkek hasta 5 gün sonra ve kemikli et yemesi sonrası yutamama şikâyetiyle acile başvuran 57 yaşındaki erkek hasta 7 gün sonra yatırıldı. Her iki olgu gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikler sonrası acilden ameliyata alındı. Olguların tanılarındaki gecikmelerden sonra müdahale edildi. Müdahale sonrası takiplerde olgular şifa ile taburcu edildiler.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi, desendan, nekrotizan, mediastinit.

Abstract

Descending necrotizing mediastinitis (DNM) is a rare but fatal progressive condition. DNM is infectious disease occurring in the tissues and structures of the mediastinum that spreads from the oral cavity and the neck. Unless it is diagnosed in a timely manner and properly treated, the outcome is fatal. Delay in treatment allows the infection to spread down to the mediastinum. Early diagnosis, appropriate antibiotherapy, and surgical intervention are necessary for a cure. Presently described are 2 cases: a 37-year-old man presenting with a fetid fluid discharge in his mouth ongoing for 5 days, and a 57-year-old man complaining of not being able to swallow after eating bony meat 7 days earlier. Both cases underwent surgery after the necessary laboratory and radiological procedures were performed in the emergency department. Though there was a delay in admission, both patients were discharged after an uneventful surgical intervention.

Key words: Surgery, descending, necrotizing, mediastinitis.

Desendan nekrotizan mediastinit nadir, fakat yüksek oranda fatal seyreden bir durumdur. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi girişimle şifa olasıdır. Kliniğimizde desendan nekrotizan mediastinit saptanarak tedavi edilen iki olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU

Olgu 1: Yüksek ateş, halsizlik şikâyetleriyle dış merkezde tonsillofarenjit ön tanısıyla 5 gün medikal tedavi alan, ancak genel durumunda düzelme olmayan 37 yaşındaki erkek hasta tetkik ve tedavi için yatırıldı. Genel halsizlik, ateş ve boyunda şişlik

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır

¹Department of Thoracic Surgery, Dicle University, Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey

²Department of Thoracic Surgery, Gazi Yaşargil Education and Research Hospital, Diyarbakır, Turkey

³Department of Anesthesiology and reanimation, Dicle University, Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 12.06.2017 **Kabul tarihi (Accepted):** 28.07.2017

İletişim (Correspondence): Fatih Meroğlu, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

e-mail: drfatihmeroglu@hotmail.com



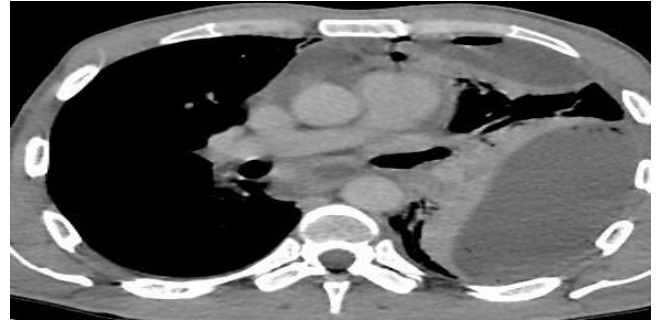
mevcuttu. Laboratuvarında; CRP 32 mg\L, beyaz küre 17.400/mm³ idi. Çekilen boyun/toraks bilgisayarlı tomografide (BT) alt boyun kesitlerinde, mediastinal yapılar düzeyinde hava sıvı değerleri, sol plevral aralıkta ampiyem ile uyumlu görünüm, sol akciğerde atelektazi izlendi (Şekil 1 ve 2). Hasta acil servisten direkt ameliyathaneye alındı. Geniş boyun diseksiyonu ve mediastinoskopi yapıldı. Mediasteninin her iki taraf plevrası açılarak toraksa drene olması sağlandı ve aynı seansta sağ tüp torakostomi, sol tarafa VATS (Video yardımcı torakoskopik cerrahi) uygulandı. VATS ile sol taraf poşlar birleştirildi ve drene olması sağlandı. Toraksı yıkamak için üçüncü interkostal aralıktan katater konuldu. Medikal tedavi olarak teikoplanin 1x800 mg (2x800 mg yükleme dozundan sonra) +meropenem 3x1 gr ile I.V. antibiyotik tedavisi yapıldı. Hastanın ilk geliş CRP si 32 mg/dl iken, postop birinci gün CRP 19 mg/dl'ye düştü. Hasta 31 gün yoğun bakımda günlük boyun pansumanı (Şekil 3) ve 10 gün süreyle günlük 1000 cc serum fizyolojik (SF) içine 1 ampul rifampisin (250 mg) / 12saat, 1000 cc SF içine 10 cc %10 povidon iyodin /12 saat ile sol toraks yıkandı. Hasta total parenteral nutrisyon ile beslenmeye başlandı. Ayrıca ara ara kan ve dren yerinden alınan kültürlerle göre antibiyotik tedavisinde düzenlemelere gidildi. Kan kültürlerinde *Acinetobacter baumannii* pozitif gelmesi üzerine yoğun bakımda takibi uygun görüldü. Plevral sıvı kültürleri negatif gelince yıkama bırakıldı. On beş gün sonra tüp torakostomiler sonlandırıldı (Şekil 4).



Şekil 1: İlk olgunun BT görüntüsü.

Olgu 2: Kemikli et yemesi sonrasında boğazında takılma ve yutamama şikâyetiyle dış merkezde hastaneye başvuran ancak medikal tedavi ile takip edilen 57 yaşındaki erkek hasta acil serviste görüldü. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, şuuru konfüze idi. Boynunda şişlik, ateş, yutamama şikâyeti nedeni ile boyun\toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi (Şekil 5). Apse ve özofagus perforasyonu ön tanısıyla acilden ameliyata alındı. Boyundaki

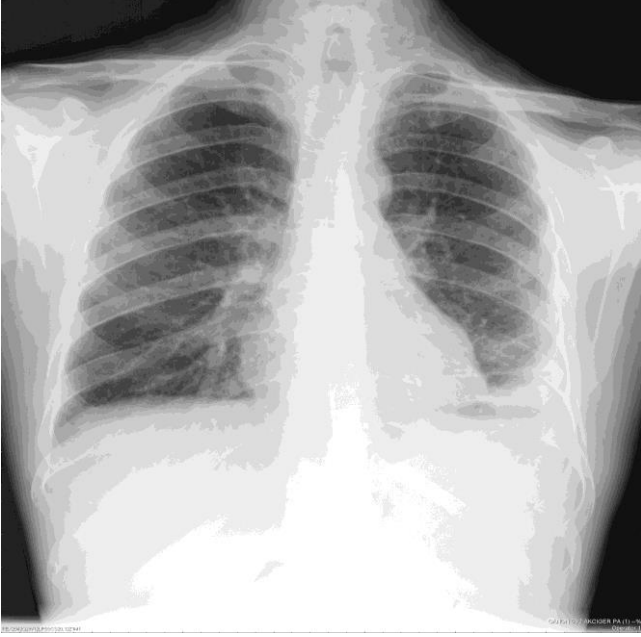
enfeksiyon ve ödemden dolayı hasta entübe edilemedi. Bunun üzerine hastaya önce magill forceps yardımıyla yabancı cisim çıkartıldıktan sonra trakeostomi açıldı (Resim 6). Ardından geniş boyun diseksiyonu yapıldı. Üst mediastene parmak diseksiyonu ile girilerek pü aspiri edildi. Postoperatif hasta yoğun bakıma alınarak takibe alındı. Ancak genel durumunun kötü olması, obez oluşu parenteral beslenmede sorunlar olabilir düşüncesiyle de hastaya PEG açıldı (perkutan endoskopik gastrotomi). Vankomisin 2x1 gr +tazobactam/piperasilin 3x4,5 gr ile I.V. tedaviye başlandı. Uygun aralıklarla alınan plevral sıvı kültürlerinin sonuçlarına göre antibiyotik değişiklikleri yapıldı. Günlük boyun pansumanı yapıldı. Mekanik ventilatörden ayrılmayı tolere edemeyen hasta 1,5 ay yoğun bakımda takip edildi. Genel durumu düzelen hasta 1,5 ay sonra ekstübe edilerek kliniğe alındı. Daha sonra şifa ile taburcu edildi (Şekil 7).



Şekil 2: İlk olgunun BT toraks alt kesit görüntüsü (ampiyem poşları).



Şekil 3: İlk Olgunun postop mediasten drenaj yerinden gelen pü.



Şekil 4: İlk olgunun taburcu edildikten sonraki akciğer grafisi.

TARTIŞMA

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM) nadir, fakat tanıda gecikme olunca yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. Sıklıkla orofarengal, veya odontojenik şiddetli enfeksiyonlara bağlı gelişen bir durumdur (1,2). Akut desendan nekrotizan mediastinit (DNM), primer cilt ve kas tutulumu olmaksızın fasyal düzlemler boyunca yayılan bağ dokusu nekrozunun olduğu, fulminant, yüksek mortalite oranları olan servikal nekrotizan fasiitisin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar (3). Orofarengal, odontojenik ve boyun enfeksiyonlarına zamanında müdahale edilmezse enfeksiyon fasyal plandan ilerleyerek mediastinit, plevral ampiyemle mortal seyredebilir. Yoğun tedaviye rağmen hala yüksek mortalite ile seyreden klinik bir durumdur (4). Yemek borusu ameliyatı veya perforasyonuna sekonder gelişen mediastinitin prognozu orofarengal nedenlerden gelişen mediastinitten daha iyidir. Çünkü erken şüphe ile tanı konulmakta ve erken müdahale edilmektedir (2). Ancak özofagus yabancı cisim nedeniyle meydana gelen mediastinit tanısında gecikmeler olduğunda mortalitesi oldukça yüksek seyredebilir (5). Bizim ikinci olgumuz da özofagus yabancı cismine sekonder 7 günlük gecikme ile müdahale edildi, trakeostomi açıldı, PEG uygulandı ve 45 günde ancak toparlayabildi.

Mediastinitin erken tanısı semptomlarındaki belirsizlik nedeni ile zordur. İlk bulgular genellikle servikal enfeksiyona bağlı gelişen retrosternal ağrı, boyunda şişme, sertlik, krepitasyon ve genel enfeksiyon bulgularıdır. Yetersiz veya etkisiz tedavi durumlarında hastalık sepsise ilerlemekte ve mortalite oranları artmaktadır (1,6). İlk olgumuzda halsizlik ve ağızda püy vasfında sıvı geldiğini ifade

etmiş ancak gerekli tetkikler yapılmadan tonsillofarenjit ön tanısıyla olgu hastaneye yatırılmıştı. İkinci olgumuzda ise özofagus yabancı cisimden şüphelenmediğinden medikal tedavi ile takibe alınmış. İlk olguda 5 gün, ikinci olguda 7 gün gecikme sonrası kliniğimize başvurdular. Başvurdukları aynı gün olgular ameliyata alındı. Bu tanı gecikmelerinden sonra mediastinit tablosu geliştiği anlaşılmıştır.



Şekil 5: İkinci olgunun BT görüntüsü.



Şekil 6: İkinci olgunun trakeostomi kanülü ve boyun pansuman sonrası görünümü.

Radyoloji, tanı konulmasında kolaylaştırıcıdır. Direkt grafiler ile mediastende genişleme, retrofarengal alanda genişleme, boyun ve mediastende hava değerleri, trakeal hava sütununun anteriora trans pozisyonu ve servikal lordozun kaybolması, pnömotoraks, plevral efüzyonlar görülebilir (7,8). Boyun ve toraks BT, enfeksiyonun yay-

gınlığını ve hangi mediasten kompartmanının etkilendiğini göstermede faydalıdır. Erken tanı ve tedaviyi sağlamadaki faydasından dolayı BT derin servikal enfeksiyonlu tüm hastalara endikedir (8). Biz de her iki olgumuza acilde boyun ve toraks BT çektirip acil cerrahi müdahaleye karar verdik.

Tedavi konusunda farklı görüşler varsa da ortak olan 3 ana başlık mevcuttur: -akut desenden mediastinitin tedavisinde, gram pozitif, gram negatif ve anaerob mikroorganizmalara etkili antibiyoterapi, -cerrahi olarak debridman ve -drenajdır. İntraoperatif trakeostomi açılmasını öneren yayınlar da mevcuttur (7). Antibiyoterapinin kültür antibiyogram sonuçlarına göre verilmesi en uygun yol olacaksa da ampirik tedavinin geniş spektrumlu olarak başlanması zorunluluğu vardır.



Şekil 7: İkinci olgunun taburcu edildikten sonraki akciğer grafisi.

Tedavinin ana prensipleri uygun antibiyoterapi ve cerrahi drenajdır. Cerrahi tedavinin şeklini enfeksiyonunun mediastindeki yayılımı belirler. Dördüncü torakal vertebra seviyesinin altına inmiş enfeksiyonlarda mediastenin visseral kompartmanlarının drenajı VATS veya torakotomi ile yapılmalıdır. Erken tanı alamayan veya doğru, yeterli tedavi edilmeyen mediastinitlerde, büyük çoğunluğu mikrobial sepsise bağlı mortalite oranı oldukça yüksektir (6). Desenden nekrotizan mediastinitte, mediastinal drenaj için videotorakoskopik yaklaşım ilk kez Roberts ve ark (9) tarafından bildirilmiştir. VATS uygun vakalarda DNM yönetimi için güvenli, etkili ve daha az invazif cerrahi seçeneklerinden biridir. En sık kullanılan yöntem ise torakotomi ve servikal drenajın kombinasyonudur (6).

Yapılan bir çalışmada (7 olguluk bir seri), hastalara servikal, mediastinal drenaj ve torakotomi ile mediastinal drenaj uygulanmış ve hastanede kalış süreleri 30-45,7 gün sürmüştür ve mortalite olmamıştır (2).

Biz de bir olgumuza geniş boyun diseksiyonu, mediastinoskopi ile girilerek mediastinal drenaj ile birlikte medias-teni iki taraflı toraksa açarak drenajı sağladık. Ayrıca aynı seansta sol tarafa VATS, sağ tarafa ise tüp torakostomi uygulandı. Sol hemitoraksı yıkamak için ise sol üçüncü interkostal aralıktan kateter uyguladık ve günde iki kez sol hemitoraks yıkandı. İkinci olgumuzda ise geniş boyun diseksiyonu+trakeostomi+mediastinal drenaj uygulandı. Ortalama hastanede kalış süremiz 35-45 gün sürdü ve mortalite olmadı. Yerinde ve zamanında yapılan hızlı, etkili cerrahi müdahalede yüksek olan mortalite oranı düşebilir.

Sonuç: Akut nekrotizan mediastinit, servikofasyal enfeksiyonların nadir fakat mortal bir komplikasyonudur. Bu olgularda, erken tanı, hızlı cerrahi yaklaşım, geniş spektrumlu antibiyotik tedavi kombinasyonu yüksek olan mortalite oranını düşürerek hayat kurtarıcı olabilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - F.M., A.Ş., M.O., B.G., G.Ö.K.; Tasarım ve Dizayn - F.M., A.Ş., M.O., B.G., G.Ö.K.; Denetleme - F.M., A.Ş., M.O., B.G., G.Ö.K.; Kaynaklar - F.M., A.Ş., M.O.; Malzemeler - F.M., B.G.; Veri Toplama ve/veya İşleme - F.M., A.Ş., M.O.; Analiz ve/veya Yorum - F.M., A.Ş.; Literatür Taraması - F.M., A.Ş., M.O., B.G., G.Ö.K.; Yazıyı Yazan - F.M., A.Ş.; Eleştirel İnceleme - F.M., A.Ş., M.O.

KAYNAKLAR

1. Şahin A, Meteroğlu F, Toptancı İR, Eren TŞ, Eren C. Fatal dental abscess: descending necrotising mediastinitis. *Respir Case Rep* 2013; 2:23-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Safránek J, Spidlen V, Skalický T, Vodička J, Martínek J, Andrlé P. Descending necrotising mediastinitis - surgical management. *Rozhl Chir* 2012; 91:362-7.
3. Şehitoğulları A, Yılmaz M, Güven M, Nasır A, Kahraman A, Aydemir Y ve ark. Nadir bir olgu: akut desenden nekrotizan mediastinit. *Sakarya Med J* 2015; 5:159-63. [\[CrossRef\]](#)
4. Glen P, Morrison J. Diffuse descending necrotising mediastinitis and pleural empyema secondary to acute odon-

- togenic infection resulting in severe dysphagia. *BMJ Case Rep* 2016; 2016. [\[CrossRef\]](#)
5. Ghimire A, Bhattarai M, Kumar M, Wakode PT. Descending necrotizing mediastinitis: a fatal complication of neglected esophageal foreign body. *Kathmandu Univ Med J* 2007; 5:98-101.
 6. Eren Ő, Avcı A, Şehitoğulları A, Eren C. Descending necrotising mediastinitis: case report. *J Clin Exp Invest* 2010; 1:228-31. [\[CrossRef\]](#)
 7. Estrare AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 545-52.
 8. Breatnatch E, Nath PH, Delaney DJ. The role of computed tomography in acute and subacute mediastinitis. *Clin Radiol* 1986; 37:139-45. [\[CrossRef\]](#)
 9. Roberts JR, Smythe WR, Weber RW, Lanutti M, Rosengard BR, Kaiser LR. Thoracoscopic management of descending necrotizing mediastinitis. *Chest* 1997; 112:850-4.