

# Desendan Nekrotizan Mediastinit: Nadir Bir Olgu

## Descending Necrotizing Mediastinitis: A Rare Case

Tülin DURGUN YETİM,<sup>1</sup> Şemsettin OKUYUCU,<sup>2</sup>  
Sabahat GENÇ AKOĞLU,<sup>3</sup> Ali BALCI,<sup>4</sup> Güldem EKŞİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

<sup>3</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

<sup>4</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

### Özet

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM) nadir, fakat yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. Sıklıkla orofarenjeal veya odontojenik şiddetli enfeksiyonlara bağlı gelişen bir komplikasyondur. Kliniğe, DNM tablosu ile başvuran 50 yaşında kadın hastada trakeaotomi açılarak, transservikal girişimle boyundaki apse drene edildi. Apselojundaki nekrotik dokulara debridman uygulandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde ampiyem poşları oluşması ve retrofarenjeal bölgeden cerahat içeriğinin mediastene yayılması olması üzerine dekortikasyon ve ampiyemektomi yapıldı. Mediastinal plevra açılarak mediasten temizlendi. Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Derin boyun enfeksiyonuna ikincil gelişen DNM'li olgu nadir görülmesi ve başarılı tedavisi nedeniyle literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Desendan nekrotizan mediastinit; derin boyun enfeksiyonu; sekonder.

### Summary

Descending necrotizing mediastinitis (DNM) is a rare fatal complication. It mostly develops due to severe oropharyngeal or odontogenic infections. A 50-year-old female patient who admitted to our department with the diagnosis of DNM underwent tracheotomy, and the abscess in her neck was drained with transcervical resection. Necrotic tissue in the area was debrided. Since thorax computerized tomography revealed formation of empyema pouches and emission of pus content from the retropharyngeal area into the mediastinum, decortication and empyemectomy were performed. The mediastinal pleura was resected and the mediastinum was cleaned. The patient was discharged with full recovery. Descending mediastinitis secondary to a deep neck infection is a rare occurrence. This study aims to share this successfully treated case in the light of the literature.

**Key words:** Descending necrotizing mediastinitis; deep neck infection; secondary.

### Giriş

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM) nadir, fakat yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. Sıklıkla orofarenjeal veya odontojenik şiddetli enfeksiyonlara bağlı gelişen bir komplikasyondur. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi girişimle iyileşme olasıdır.<sup>[1]</sup>

Servikal enfeksiyonun komşuluk yolu ile yayılması mediastinite yol açar. Enfeksiyon pleval ve perikardiyal boşluklara ve hatta batın içine, boyundaki derin fasyaların oluşturduğu boşluklar boyunca yayılır. Ampiyem, pleval ve perikart efüzyonu, peritonit, intratorasik hemoraji, kardiyak tamponada neden olan ve mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur (%47).<sup>[1]</sup>

**İletişim:** Dr. Tülin Durgun Yetim.  
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay  
**Tel:** 0326 - 229 10 00

**Başvuru tarihi:** 24.03.2011  
**Kabul tarihi:** 09.08.2011  
**e-posta:** tulinyetim@gmail.com

Multifokal ve seröz boşlukları tutan ampiyem olgularında DNM olasılığı daima akla gelmeli, gerekli önlemler acilen alınmalıdır.

Bu yazıda, oldukça nadir görülmesi, yüksek mortaliteye sahip olması ve başarılı tedavisi nedeniyle DNM'li olgu sunuldu.

## Olgu Sunumu

Yirmi gün önce başlayan boğaz ağrısı şikayeti olan 50 yaşındaki kadın hastanın dış merkezde medikal tedavi almasına rağmen şikayetlerinin gerilemediği, çenenin sağ tarafında şişlik başladığı ve giderek büyüdüğü. Bu şikayetle acil servise başvurduğu öğrenildi.

KBB kliniğinin değerlendirmesinde, hastanın boyun sağ tarafında 4x4 cm boyutlarında kızarıklık, ısı artışı olan kitlesel lezyon izlendi. Solunum sesleri sağ hemitoraksta az olarak duyuldu. Hemogram, biyokimya değerleri ve akut faz reaktanlarına yönelik laboratuvar tetkikleri ve apse sınırlarını belirlemeye yönelik boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Hastanın tam kan sayımında lökosit  $16200/\text{mm}^3$  olarak saptandı. Kan biyokimyasında SGOT 50, SGPT 67 karaciğer enzimlerinin normalin üst sınırında olduğu görüldü. Boyun BT'sinde apsenin havayolunda şifte neden olup, darlığa yol açtığı görüldü (Şekil 1). Çekilen akciğer grafisinde sağ hemitorakta plevral mayi gözlemlendi (Şekil 2).

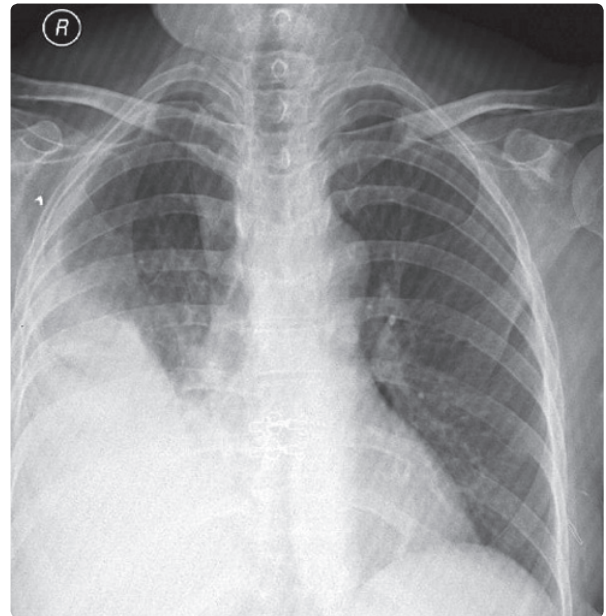
Hasta göğüs hastalıkları kliniğine konsülte edildi ve toraks BT'si çekildi. Sağ akciğerde ampiyem ile uyumlu görünüm saptandı (Şekil 3). Hastaya torasentez yapıldı. Alınan örnek laboratuvara gönderildi ve gelen sonuçların ampiyem ile uyumlu olduğu görüldü.



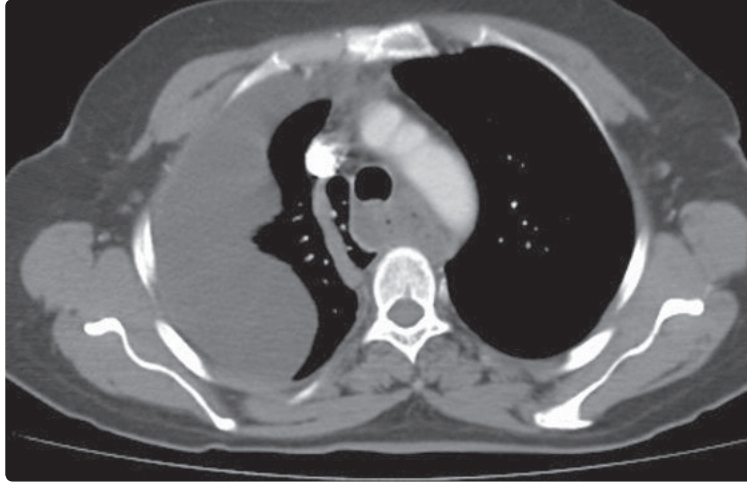
Şekil 1. Hastanın boyun BT'si, trakeal şifte neden olan boyun apsesi izleniyor.

Hasta göğüs cerrahisi kliniğine yönlendirildi. Derin boyun enfeksiyonu olan hastada desendan nekrotizan fasiit geliştiği düşünülerek, acil koşullarda KBB ve göğüs cerrahisi doktorları ortak ameliyata alınmasına karar verdi. Hastanın retrofaringeal apse poşunun entübasyon sırasında perforate olabileceği ve hava yolunu riske edebileceği düşünülerek, sedasyon ve lokal anestezi altında trakeotomi açıldı ve hasta buradan entübe edilerek genel anestezi altında transservikal girişim ile boyundaki apse drene edildi. Apse lojundaki nekrotik dokulara debridman uygulandı. Aynı seansta tüp torakostomi uygulandı. Plevral lavaj yapıldı. Piperacilin-tazobactam 4x4.5 gr başlandı. Gönderilen kültürlerinde üreme olmadı. Ampirik olarak başlanan antibiyotikler, antibiyogram sonucuna göre de etkin olduğundan tedavi değiştirilmedi. Hastanın kliniğinde düzelme olmadı, çekilen toraks BT'sinde ampiyem poşları olduğu ve retrofaringeal bölgeden rahat içeriğinin mediastene yayıldığı izlendi ve ameliyat kararı alındı. Dekortikasyon yapıldı, ampiyemektomi uygulandı. Mediastinal plevra açılarak mediasten temizlendi.

Ameliyattan sonra ikinci gün yoğun bakımdan çıkarılan hastada bilinç bulanıklığı ve solunum güçlüğü gelişti. Yoğun bakıma alındı ve respiratöre bağlandı. Se-rebral emboli düşünüldü ve antikoagülan tedavi başlandı. Beşinci günde respiratörden ayrıldı ve boyundaki şişliğin hızla gerilediği ve 4. gün kaybolduğu görüldü.



Şekil 2. Arka-ön grafide, sağ plevral effüzyon görülmekte.



**Şekil 3.** Toraks BT'sinde sağ hemitoraksta ampiyem ile uyumlu görünüm.

dü. Hastanın lökosit değerleri normal değerlere döndü, vital bulguları kararlı hale geldi. Kültürlerinde ardışık olarak 3 defa üreme olmaması ve ek drenaj olmaması üzerine drenler ameliyattan sonra 9. günde çıkarıldı. Trakeotomisi kapatılarak şifa ile taburcu edildi.

### Tartışma

Akut desendan mediastinit nadir ve ölümcül seyretme olasılığı yüksek, daha çok orofarenjeal enfeksiyonların komplikasyonu olarak gelişen bir durumdur.<sup>[2-4]</sup> Bu enfeksiyonların sonrasında nadiren servikal enfeksiyon gelişir. Bu servikal enfeksiyonun komşuluk yolu ile mediastene ulaşması ile mediastinit gelişir. 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. Bizim olgumuzunda ilk tanısı tonsillit olan hastanın enfeksiyonu, yetersiz kalan tedavi sonucunda; halsizlik, ateş, boyunda şişlik gibi bulgular ile önce boyuna sonrada mediastene ulaşmıştı. Estrera ve ark.<sup>[5]</sup> mediastinitin radyolojik bulgularını şu şekilde özetlemişlerdir: Retrofarenjeal alanda genişleme, boyun ve mediastende hava değerleri, trakeal hava sütununun anteriora transpozisyonu ve servikal lordozun kaybolması.

Bilgisayarlı tomografi enfeksiyonun yaygınlığını ve hangi mediasten kompartmanının etkilendiğini göstermede faydalıdır. Erken tanı ve tedaviyi sağlamadaki faydasından dolayı BT derin servikal enfeksiyonlu tüm hastalara endikedir. Olgumuzda da çekilen boyun BT

ve toraks BT'si tanı koymada oldukça faydalı olmuştur. Desendan mediastinitde etken genellikle mikst aerob ve anaerob mikroorganizmalardır. Ancak en sık streptokoklar saptanır. Olgumuzda daha önce antibiyotik tedavisi aldığı için üreme saptanmadı. Akut desendan mediastinitin tedavisindeki ana başlıklar şunlardır: gram-pozitif, gram-negatif ve anaerob mikroorganizmalara etkili antibiyoterapi, cerrahi olarak debridman ve drenaj.

İntraoperatif trakeotomi açılmasını öneren çalışmalar da vardır.<sup>[2,6]</sup> Bizde olgumuzda intraoperatif trakeotomi açmayı uygun bulduk. Antibiyoterapinin kültür antibiyogram sonuçlarına göre verilmesi en uygun yol olacaksa da ampirik tedavinin geniş spektrumlu olarak başlanması zorunluluğu vardır. Olgumuzda da geniş spekturumlu tedavi başlanmış ve kültür sonucuna göre mevcut tedavinin devamı uygun görülmüştür.

Tedavi, diğer tüm nekrotizan enfeksiyonlarda olduğu gibi cerrahidir. Literatürde subksifoid yaklaşım, Clamshell insizyonu, median sternotomi, torakoskopik cerrahi gibi teknikler bildirilmiştir.<sup>[5-9]</sup> Nekrotizan enfeksiyon dördüncü torasik vertebra ile trakeal bifurkasyonun oluşturduğu sanal düzlemin üzerinde ise transservikal, aşağısında ise torakotomi ile mediastinal drenajın sağlanması gerektiği öne sürülmüştür.<sup>[2,5,9]</sup> Ancak, enfeksiyonun hızlı yayılma eğiliminde olması bu yaklaşımın yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Desendan nekrotizan mediastinitde mediastinal drenaj için videotoraksoskopik yaklaşım ilk kez Roberts ve ark.<sup>[10]</sup> tarafından bildirilmiştir. Video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) uygun vakalarda DNM yönetimi için güvenli, etkili ve daha az invazif cerrahi seçeneklerin-

den biridir. En sık kullanılan yöntem ise torakotomi ve servikal drenajın kombinasyonudur. Marty-Ane ve ark.<sup>[7]</sup> bu yöntemle uyguladıkları agresif cerrahi ile 6 hastadan 5'inde iyileşme sağlamışlardır. Olgumuzda da agresif biçimde servikal drenaj ve torakotomi yöntemi uygulanmış ve başarı elde edilmiştir.

Desendan nekrotizan mediastinitin ölümcül olmasının diğer bir nedeni de son derece nadir görülmesidir. Öyle ki, 1960' tan bu yana 10 olguyu içeren sadece 3 yayın vardır.<sup>[1-3]</sup> Ayrıca, 1960 ile 2000 yılları arasında ingilizce yapılan yayınlarda toplam 96 olgu saptanabilmiştir.<sup>[1]</sup> Yayınlanan bilginin bu kadar az ve bir göğüs cerrahinin meslek hayatı boyunca sadece bir veya iki olguyla karşılaşacak olması tanı ve tedavide yetersizlikler ortaya çıkarabilmektedir.<sup>[1]</sup>

Akut nekrotizan mediastinit olgularında erken tanı konması ve hızlı cerrahi yaklaşım kararının alınması yüksek olan mortalite oranını düşürecek ve hayat kurtarıcı olacaktır.

#### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

#### Kaynaklar

1. Liman ŞT, Taştepe Aİ. Mediastinitler. İçinde: Ökten İ, Güngör A, editör. Göğüs cerrahisi. 1. baskı. Ankara: Sim

Matbaacılık; 2003. s. 141-51.

2. McCurdy JA Jr, MacInnis EL, Hays LL. Fatal mediastinitis after a dental infection. *J Oral Surg* 1977;35(9):726-9.
3. Davis O, Wolff A, Weingarten CZ. Complications of tonsillopharyngitis. *IMJ III Med J* 1986;169(1):26-9.
4. Marty-Ané CH, Berthet JP, Alric P, Pegis JD, Rouvière P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis: an aggressive treatment for an aggressive disease. *Ann Thorac Surg* 1999;68(1):212-7.
5. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157(6):545-52.
6. Gülhan E, Sarıca E, Topçu E, Topçu S, Alper A, Kurul C, ve ark. Desendan nekrotizan mediastinit: olgu sunumu. *Solunum Hastalıkları* 2002;13(3):218-20.
7. 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(1):55-61.
8. Breatnach E, Nath PH, Delany DJ. The role of computed tomography in acute and subacute mediastinitis. *Clin Radiol* 1986;37(2):139-45.
9. Sancho LM, Minamoto H, Fernandez A, Sennes LU, Jatene FB. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16(2):200-5.
10. Roberts JR, Smythe WR, Weber RW, Lanutti M, Rosengard BR, Kaiser LR. Thoracoscopic management of descending necrotizing mediastinitis. *Chest* 1997;112(3):850-4.