



Orta Özofagus Pulsiyon Divertikülü: Olgu Sunumu

Orhan Uzun, Erdal Polat, Cebrail Akyüz, Hayrettin Varolgüneş, Fatih Yaşar,
Kıvanç Derya Peker, Mustafa Duman, Sinan Yol

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Orta özofagus pulsiyon divertikülü: Olgu sunumu

Midözofagus pulsiyon divertikülleri oldukça nadir görülür. Genellikle özofagus motor bozukluğu ile yakın ilişkide olup, asemptomatik seyredir. Semptomatik olanlarda divertikülektomi ve miyotomi cerrahi seçeneklerden biridir. Bu olguda midözofagus pulsiyon divertikülü tanısını koyduğumuz, torakotomi ile eksizyon yaptığımız ve sonrasında fistül gelişmesi nedeni ile stent uyguladığımız hastayı tartıştık.

Anahtar kelimeler: Özofagus, pulsiyon, divertikül, stent

ABSTRACT

Midesophageal pulsion diverticulum: A case report

Midesophageal pulsion diverticula are rare and asymptomatic clinical entities, which usually develop secondary to esophageal motor dysfunction. Diverticulectomy with myotomy is one of the surgical treatment options. In this case report, we present a patient with midesophageal pulsion diverticulum in whom we managed the postoperative leakage following excision of the diverticulum, by endoluminal esophageal stenting.

Key words: Esophagus, pulsion, diverticulum, stent

Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12:148-150

GİRİŞ

Tüm özofagus divertiküllerinin %15'ini oluşturan orta özofagus divertikülleri nadiren görülür ve çoğunlukla traksiyon divertikülü olarak gelişirler. Orta özofagus divertikülleri disfaji yakınması bulunan hastaların %1-3'ünde gözlenir. Traksiyon divertikülleri özofagus duvarı ile kronik inflamasyona sekonder lenfadenopatiler arasındaki yapışıklıklar sonucunda gelişirler (1,2). Divertiküllerin büyük çoğunluğu asemptomatik olup rutin radyolojik ve endoskopik incelemelerde tesadüfen bulunurlar. Semptomatik orta özofagus divertikülleri sıklıkla pulsiyon divertikülleri şeklindedir. Çok daha nadir olarak bu bölgede konjenital divertiküllerde görülebilir (3). Sempto-

matik divertiküllerde divertikülektomi, torakotomi veya torakoskopik girişim ile yapılır (4-6).

Biz bu yazıda torakotomi ile divertikülektomi yaptığımız, semptomatik orta özofagus pulsiyon divertikülü olan ve cerrahi sonrası özofagus fistülü gelişen, özofagus stent uygulaması ile tedavi ettiğimiz olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

52 yaşında erkek hasta, 3 yıldır zaman zaman olan ve son 6 ay içinde artma gösteren disfaji, bulantı, son bir yıldır horlama ve ağız kokusu şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayene ve kan biyokimyası normaldi.

Baryumlu özofagus grafisinde, özofagus orta seviyede sağ posterolateral yerleşimli 3x6 cm boyutlarında geniş ağızlı divertikül saptandı (Resim 1a ve 1b). Özofagoskopi-de orta özofagusta dışlardan itibaren 30. cm'de geniş ağızlı divertiküler yapı gözlemlendi (Resim 2). Divertikülün çevre dokular ile ilişkisini değerlendirmek için çekilen toraks bilgisayarlı tomografide özofagus orta kesiminde

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Cebrail Akyüz,
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-454-9902

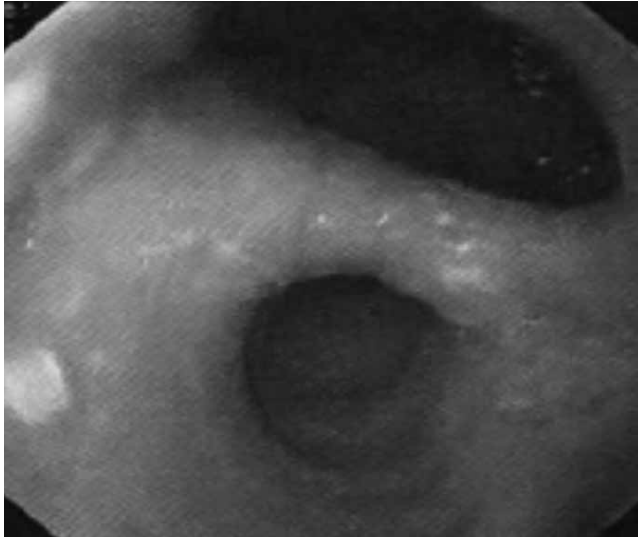
Elektronik posta adresi / E-mail address: drcakuz@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 20 Nisan 2013 / April 20, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13 Mayıs 2013 / May 13, 2013



Resim 1a: Divertikülün baryumlu özofagus grafisinde anterior görüntüsü, **1b:** Lateral Görüntü



Resim 2: Divertikülün endoskopi görüntüsü



Resim 3: Divertikülün toraks BT görüntüsü

sağ lateral duvardan orjin alan 35x57 mm boyutlarında, oral kontrast dolumu izlenen divertiküler oluşum dışında başka bir patoloji izlenmedi. Divertikül sağ ana bronş ile yakın ilişkide olmakla beraber ana bronş ve dallarında obliterasyona neden olmuyordu, mediastinal ya da hiler patolojik görünümlü lenf nodu saptanmadı (Resim 3). Özofagusun manometrik değerlendirilmesinde motilite kusuru saptanmadı.

Hastaya sağ torakotomi yapılarak, subkarinal düzeyde, pulmoner venin arkasında, özofagusun sağ tarafından gelişmiş olan 4x6 cm'lik divertikül ortaya konuldu. Kas tabakasının arasından protrüze olan ve sadece mukozadan ibaret olduğu görülen divertiküle, divertikülektomi ve primer onarım yapıldı. Ameliyat sonrası beşinci gün ateş, taşikardi bulguları olan hastanın akciğer grafisinde, sağ akciğer orta loba kadar sıvı koleksiyonu mevcuttu. Torasentezde pürülan içerik geldiği görüldü ve çekilen oral suda çözünür kontrastlı toraks tomografisinde diver-

tikülektomi yerinden kaçak olduğu görüldü. Hastada mediastinit bulguları olması üzerine tekrar ameliyata alındı, toraks içi yıkandı ve dren yerleştirme işlemi sonrası aynı seansta endoskopik olarak özofagusa tam kaplı stent yerleştirildi. Stent işlemi sonrası 7. günde yapılan kontrolde kaçak gözlenmemesi üzerine hastaya oral gıda başlandı. Postop 28. günde hasta taburcu edildi. Stent, yerleştirme işleminden 8 hafta sonra endoskopik olarak çıkarıldı. Hasta stent çıkartıldıktan sonra 13 aydır sorunsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Oldukça nadir görülen orta özofagus divertikülleri, tüm özofagus divertiküllerinin %15'ini oluşturur. Bunlar çoğunlukla traksiyon divertikülü şeklinde görülmesine rağmen, pulsiyon ve daha nadir olarak konjenital divertiküller şeklinde de gözlenir (1-3). Traksiyon divertikülü

gerçek bir divertikül olup lenfadenopatilere bağlı yapışıklık nedeniyle özofagus duvarının tüm katlarını içerecek şekilde oluşurken, pulsiyon divertikülleri sadece mukozanın fıtıklaşması şeklinde görülürler. Pulsiyon divertikülleri sıklıkla özofagus motilite kusurlarına (akalazya, diffuz özofagial spazm, fındıkkıran özofagus gibi) bağlı olarak gelişir (4-6). Bizim olgumuzda intraoperatif olarak divertikülün sadece mukozadan kaynaklandığı, üzerinde kas tabakasının olmadığı ve kasların arasından protrüze olduğu görüldü. Divertikülektomi materyalinin histo-patolojik değerlendirmesinde de sadece mukozadan oluştuğu ve kronik inflamasyon izlenmediği rapor edildi.

Orta özofagus divertikülleri çoğunlukla asemptomatik olup semptomatik divertiküller pulsiyon divertikülü şeklinde kendini gösterir. En sık görülen semptom disfaji ve regürjitasyondur. Nadir görülen şikayetler; kuru öksürük, göğüs ağrısı ve nonspesifik gastrointestinal semptomlardır (7,8). Bizim olgumuzda hastanın şikâyetleri arasında disfaji görülmesine rağmen regürjitasyon şikâyeti yoktu. Daha nadir görülen şikâyet olan ağız kokusu yakınması mevcuttu. Semptomatik hastalarda tanı disfaji şikâyetinin araştırılması sırasında konulur. Tanıda özofagografi, özofagoskopi ve BT, MRI yardımcıdır (9).

Orta özofagus divertiküllerinde kanser riski %1.8 olup, tedavisi divertikülektomidir. Sadece divertikülopeksi ve miyotomi yapılanlarda kanser riskinde azalma gözlenmez. Semptomatik hastalarda cerrahi tedavi uygulanır. Pulsiyon divertikülü genellikle özofagus motilite bozuklu-

ğu ile birlikte olup, tedaviye miyotomi de eklenir (10,11).

Literatür de özofagus cerrahisi sonrası gelişen komplikasyon nedeniyle stent yerleştirme işlemi genellikle özofagus kanseri veya mide kanseri nedeniyle oluşan anastomoz kaçaklarında yapılmıştır. Özofagus anastomoz kaçaklarında hastane içi mortalite oranı destekleyici tedaviye göre stent yerleştirilen grupta daha düşüktür. Stent yerleştirilen hastalarda daha erken oral gıdaya başlanma, daha az yoğun bakımda kalma, daha erken eve gidiş gözlenmiştir. Özofagus anastomoz kaçaklarında stent yerleştirmenin zamanı tartışmalı olup, sıklıkla tanı konduktan hemen sonra stent yerleştirme işlemi yapılmaktadır. Stent yerleştirme işleminden sonra 28-42 günler arasında stent çıkarılması işlemi yapılır (12,13). Bizim olgumuzda ameliyat sonrası 5. gün kaçak tespit edildi ve eş zamanlı olarak stent yerleştirme işlemi gerçekleştirildi. Stent yerleştirme işleminden 8 hafta sonra hastanın özofagus stenti çıkartıldı.

Orta özofagus divertikülleri çoğunlukla traksiyon divertikülü şeklinde olup nadir olarak da pulsiyon divertikülü şeklinde görülür. Semptomatik hastalarda tedavi divertikülektomidir. Pulsiyon divertiküllerinde divertikülektomiye motilite kusuru olan hastalarda miyotomi de eklenmesi gerekebilir. Divertikülektomi sonrası kaçak gelişen hastalarda kaçak alanını kapatacak şekilde kapalı stent yerleştirme işlemi hastanın tedavi sürecinin yönetilmesinde ve normal yaşamına daha erken dönmesinde yararlı olacak bir yaklaşımdır.

KAYNAKLAR

1. Michael H, Fisher RS. Treatment of epiphrenic and mid-esophageal diverticula. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2004; 7: 41-52.
2. Hadi U, Rameh C. Giant midesophageal diverticulum presenting as food impaction: case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 2007; 28: 122-125.
3. Mercantini P, Virgilio E, Petrucci N, Pardi M, Sebastiani S. Giant midthoracic pulsion diverticulum of the esophagus. *Am Surg* 2010; 76: 782-784.
4. Little AG, Skinner DB, Chen WH, Evander A, Ferguson MK. Physiologic evaluation of esophageal function in patients with achalasia and diffuse esophageal spasm. *Ann Surg* 1986; 203: 500-504.
5. Bak YT, Kim HJ, Jo NY, et al. Endoscopic "clip and cut" diverticulotomy for a giant midesophageal diverticulum. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 777-779.
6. Rosati R, Fumagalli U, Bona S, Bonavina L, Peracchia A. Diverticulectomy, myotomy, and fundoplication through laparoscopy: a new option to treat epiphrenic esophageal diverticula? *Ann Surg* 1998; 227: 174-178.
7. do Nascimento FA, Lemme EM, Costa MM. Esophageal diverticula: pathogenesis, clinical aspects, and natural history. *Dysphagia* 2006; 21: 198-205.
8. Laubert T, Hildebrand P, Roblick UJ, et al. MIS approach for diverticula of the esophagus. *Eur J Med Res*. 2010 Sep 24;15(9):390-6.
9. Antonacci N, Sciannamea G, Antonacci F, et al. Diverticulum of the midthoracic oesophagus and left diaphragmatic relaxation. *BMJ Case Rep* 2010; 5: 2010.
10. Herbella FA, Dubecz A, Patti MG. Esophageal diverticula and cancer. *Dis Esophagus* 2012; 25: 153-158.
11. Hazebroek EJ, van der Harst E. Mid-esophageal diverticulum. *J Am Coll Surg* 2008; 207: 293.
12. Moyes LH, Mackay CK, Forshaw MJ. The use of self-expanding plastic stents in the management of oesophageal leaks and spontaneous oesophageal perforations. *Diagn Ther Endosc* 2011; 2011: 418103.
13. Schubert D, Scheidbach H, Kuhn R, et al. Endoscopic treatment of thoracic esophageal anastomotic leaks by using silicone-covered, self-expanding polyester stents. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 891-896.