

گزارش یک مورد مدیاستینیت حاد ناشی از سوراخ شدگی مری بدنبال بلع استخوان ماهی

دکتر کورش شمیمی^{۱*}، دکتر شیرین حقیقی^۲

۱. متخصص جراحی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی برای مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، بیمارستان ولیعصر (عج)، بخش جراحی عمومی
دریافت مقاله: فروردین هشتاد و پنج پذیرش برای چاپ: تیر هشتاد و پنج

چکیده

سوراخ شدگی مری یک وضعیت حاد و وخیم بامیزان مرگ و میر بالا است. سوراخ شدگی مری معمولاً "بدنبال اقدامات تشخیصی و درمانی مری و معده، بلع جسم خارجی و تروما ایجاد می شود. پیش آگهی بیماری به تشخیص به موقع و شروع اقدامات درمانی مناسب در ۲۴ ساعت اول بستگی دارد.

در این مقاله خانمی ۵۹ ساله و مبتلا به دیابت معرفی می شود که بدنبال بلع استخوان ماهی مدتی با تشخیص فارتزیت تحت درمانهای معمول بوده و چند روز بعد با بدتر شدن حال عمومی به بیمارستان مراجعه کرده است و علیرغم درناژ آبسه مدیاستن و امپیم با تابلوی *sepsis* و شوک سیتیک فوت نموده است.

واژگان کلیدی: مدیاستینیت حاد، سوراخ شدگی مری، استخوان ماهی

مقدمه

مدیاستینیت شود که شروع هرچه سریعتر درمان می تواند پیش آگهی بیماری را بهبود بخشد.

معرفی بیمار

بیمار، خانم ۵۹ ساله دیابتی باتشخیص آبسه حلق به بخش اورژانس بیمارستان منتقل شد. بیمار یک هفته پس از خوردن غذا احساس بلع استخوان ماهی کرده که اقدامات خانگی معمول صورت گرفته بود. روز بعد بیمار با اودینوفازی به درمانگاه مراجعه کرده و در آنجا

سوراخ شدگی مری، یک اورژانس جراحی است که بیشتر بدنبال اقدامات تشخیصی یا درمانی و به میزان کمتر بصورت خودبخودی یا بدنبال بلع اجسام خارجی یا تروما اتفاق می افتد. یکی از اجسام خارجی که در بالغین باعث پارگی مری می شود استخوان ماهی است.

از علائم شایع سوراخ شدگی مری می توان دیس فازی و اودینوفازی را نام برد اما گاهی احساس جسم خارجی نیز مشاهده می گردد. در کودکان سرفه و استریدور نیز ممکن است دیده شود.

سوراخ شدگی مری ممکن است باعث عوارض بالقوه خطرناکی مثل پنوموتوراکس، پنومومدیاستینوم، امپیم و

بیمار با کاهش سطح هوشیاری و افت فشارخون به ICU منتقل گردید و پنج روز بعد علیرغم مراقبتهای شدید و درمان با آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف با تابلوی شوک سپتیک فوت نمود.

بحث

سوراخ شدگی مری یک اورژانس جراحی است که بیشتر بدنبال اقدامات تشخیصی یا درمانی رخ می دهد(۱). سوراخ شدگی خودبخودی (سندرم Boerhaave) در ۱۵٪ موارد، اجسام خارجی در ۱۴٪ موارد و تروما در ۱۰٪ موارد مشاهده می شود(۲).

بیشتر اجسام خارجی بلع شده از مری عبور کرده و وارد معده می شوند اما اجسام نوک تیز ممکن است باعث سوراخ شدگی مری گردند(۳) که آمار مرگ و میری بین ۹ تا ۳۲٪ را شامل می شوند(۴). اجسام خارجی بیشتر در نواحی تنگی فیزیولوژیک مری گیر می افتند که شامل اسفنکتر فوقانی مری، در مجاورت قوس آئورت، در مجاورت برونکوس اصلی چپ و نیز سوراخ دیافراگماتیک مری می باشد(۵). در مورد استخوان ماهی شایعترین محل های فرورفتن استخوان عبارتند از لوزه ها، خلف زبان، والکول و مری گردنی(۶).

استخوان ماهی از شایعترین اجسام خارجی یافت شده دربالغین است. تشخیص استخوان ماهی با رادیوگرافی معمول ممکن است دشوار باشد زیرا ترانس لوسنت و رادیولوسنت است. در صورت گیر افتادن استخوان ماهی در مری عوارض خطرناکی نظیر آبسه های گردنی، مدیاستینیت، فیستول مری به تراشه، فیستول مری به آئورت یا مری به کاروتید ایجاد می شود(۷و۶).

دیس فازی و اودینوفازی علائم شایع فرورفتن جسم خارجی در مری می باشند(۳) و احساس فرورفتن جسم نوک تیز قویاً مطرح کننده استخوان ماهی است(۶). علائم تنفسی نظیر سرفه و استریدور در کودکان شایعتر هستند. آمفیزم زیرجلدی یک کلید تشخیصی برای سوراخ شدگی مری بشمار می رود(۵).

رادیوگرافی رخ و نیمرخ ازگردن و قفسه سینه باید بعمل آید، اگرچه در صورت رادیولوسنت بودن استخوان،

با یک دوز پنی سیلین بنزاتین و دو دوز پنی سیلین پروکائین در طول سه روز متوالی تحت درمان قرار گرفته بود.

در روز پنجم، با بدتر شدن حال عمومی و گلودرد، تشخیص آبسه حلق مطرح شده و بیمار با ضعف عمومی و دیسترس تنفسی به بیمارستان منتقل گردید.

در هنگام ورود، بیمار درجه حرارت 38.4°C ، $\text{PR} = 100/\text{min}$ ، $\text{BP} = 100/60 \text{ mmHg}$ ، تنفس ۴۰ در دقیقه داشت. معاینه بالینی کاهش صداهای تنفسی در هر دو ریه و تاکی کاردی را نشان داد. اما معاینه حلق بیمار طبیعی بود. و آمفیزم زیرجلدی نیز نداشت.

در آزمایشهای بعمل آمده: $\text{WBC} = 29300/\mu\text{l}$ (با 88% نوتروفیل و 12% لنفوسیت)، $\text{Hb} = 13/4 \text{ g/dl}$ ، $\text{ESR} = 100 \text{ mm/hr}$ ، $\text{PLT} = 206000/\mu\text{l}$ ، $\text{INR} = 1/5$ ، $\text{PTT} = 32 \text{ sec}$ ، $\text{PT} = 15/5 \text{ sec}$ ، mEq/L ، $\text{BS} = 438 \text{ mg/dl}$ ، $\text{CRP} = ++$ ، $\text{Urea} = 112 \text{ mg/dl}$ ، $\text{K} = 4/6 \text{ mEq/L}$ ، $\text{Na} = 138$ ، $\text{Cr} = 1/5 \text{ mg/dl}$ بود. در ABG بعمل آمده از بیمار، $\text{HCO}_3^- = 13/6$ ، $\text{PCO}_2 = 36$ ، $\text{PH} = 7/19$ ، $\text{PO}_2 = 60$ گزارش گردید.

در رادیو گرافی بعمل آمده، مایع آزاد در زاویه کوستوفرنیک چپ مشاهده شد. رادیوگرافی نیمرخ گردن و سینه، استخوان ماهی را که در قسمت فوقانی مری توراسیک فرورفته بود، به همراه هوای آزاد در فضای خلف مری نشان داد. در CT اسکن قفسه سینه پنومومدیاستینوم و امپیم سمت چپ مشاهده گردید. (شکل های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵)

چند ساعت پس از بستری، بیمار جهت مداخله جراحی به اتاق عمل منتقل گردید. بلافاصله پس از ورود به اتاق عمل، بیمار دچار ایست قلبی _ تنفسی شد که تحت CPR قرار گرفت. در اطاق عمل شکاف جلوی عضله SCM چپ داده شد و در حدود 200 cc چرک و نسوج متعفن از ناحیه خارج گردید. مدیاستن قدامی تخلیه شد و دو درن جهت شستشو در محل گذاشته شد. سپس با توراکوتومی چپ 250°C چرک متعفن خارج و chest tube گذاشته شد.

rigid یا قابل انعطاف است که جسم خارجی را مشخص میسازد(۵).

درمان بیمار دچار سوراخ شدگی مری در اثر بلع جسم خارجی از بیمار تا بیمار دیگر متفاوت است(۱۰). جراحی برای عوارض بلع جسم خارجی ضرورت دارد. در موارد عارضه دار شده نظیر سوراخ شدگی، وضعیت بیمار بحرانی بوده و بهترین نتیجه در صورتی عاید میشود که بیمار در طول ۲۴ ساعت اول تحت عمل جراحی دربریدمان و ترمیم اولیه از وفا ژ قرارگیرد که در این صورت میزان بقای بیمار ۸۰ تا ۹۰٪ است. تاخیر پس از ۲۴ ساعت میزان بقا را به زیر ۵۰٪ کاهش می دهد(۲).

درمورد آسسه های گردنی و مدیاستینیت، بازکردن گردن و تخلیه آسسه باید صورت گیرد(۴). درمان حمایتی شامل آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، جبران مایعات و حمایت های تغذیه ای نیز اهمیت دارند. آنتی بیوتیک ها باید طوری انتخاب شوند که تمام پاتوژن های احتمالی را بپوشانند. دربریدمان جراحی ممکن است نیاز به تکرار داشته باشد. شمارش سلول های خونی و CT اسکن های پی در پی می تواند سودمند باشد(۹). sepsis درمان نشده یا وجود تجمعاتی از چرک در CT اسکن ممکن است دربریدمان جراحی رادیکال را ضروری سازد(۴و۲).

نتیجه گیری

همواره باید بیاد داشت بیمارانی که سابقه ای از خوردن غذای حاوی ماهی میدهند و با اودینوفازی یا دیس فازی مراجعه می کنند می توانند یک مورد اورژانس سوراخ شدگی مری باشند که ممکن است به مدیاستینیت حاد بیانجامد. در نتیجه، برای بررسی و تشخیص این بیماران بهتر است اقدامات تشخیصی لازم صورت گیرد تا عوارض و مرگ و میر را به حداقل برسانیم. گرفتن کلیشه ساده رادیوگرافی از قفسه سینه و گردن، CT اسکن قفسه سینه، از وفاگوگرافی و از وفاگوسکوپی اقدامات تشخیصی با ارزشی هستند که در ارزیابی این بیماران کمک می کنند. همچنین ضروری است که وضعیت عمومی بیمار بررسی شود تا با جایگزینی مایعات، الکترولیتها و تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف ناپایداریهای همودینامیک هر چه سریعتر اصلاح گردد.

کمک کننده نخواهد بود(۵). آمفیزم مدیاستن نشانه خوبی است اما حداقل یک ساعت طول می کشد تا ایجاد شود و تنها در ۴۰٪ بیماران مشاهده می گردد. پهن شدن مدیاستن ثانویه به ادم ممکن است تا ساعتها مشاهده نشود(۲).

بسته به محل سوراخ شدگی مری، یافته های رادیوگرافی متفاوت است. در سوراخ شدگی مری گردنی آمفیزم گردن و در سوراخ شدگی مری مدیاستینال، آمفیزم مدیاستن شایعتر است(۲).

وجود امپیم و پنوموتوراکس که در ۷۷٪ موارد دیده میشود به پارگی پلور ارتباط دارد(۸). اگر یکپارچگی پلور حفظ شود بجای پنوموتوراکس شاهد آمفیزم مدیاستن خواهیم بود. تجمع مایع در پلور ثانویه به التهاب مدیاستن دیرتر ایجاد می شود. در ۹٪ بیماران رادیوگرافی قفسه سینه نرمال است(۲).

تشخیص سوراخ شدگی مری با از وفاگوگرافی با ماده حاجب تایید می شود که در ۹۰٪ بیماران نشت ماده حاجب را نشان می دهد. انتخاب ماده حاجب محلول در آب نظیر گاستروگرافین ترجیح داده می شود اما ۱۰٪ جواب منفی کاذب دارد که بعلت عبور سریع ماده حاجب محلول در آب از مری در وضعیت ایستاده است، بنابراین بهتر است از وفاگوگرافی در وضعیت خوابیده به پهلوی راست انجام شود. یک مشکل عمده در استفاده از از وفاگوگرافی با کنتراست این است که امکان از وفاگوسکوپی بعدی را دشوار می سازد(۲).

به نظر میرسد CT اسکن با ماده حاجب خوراکی در تشخیص سوراخ شدگی مری سودمند باشد(۹).

CT اسکن با ماده حاجب خوراکی استخوان ماهی یا مرغ و التهاب بافت نرم اطراف را نشان می دهد. در یک مطالعه در ژاپن، CT اسکن توانست استخوان ماهی را در ۱۰۰٪ از ۱۱ بیماری که بعلت بلع و گیرافتادن استخوان ماهی مراجعه کرده بودند نشان دهد، در حالیکه رادیوگرافی های ساده در ۵۶٪ موارد منفی بودند. در مطالعه فوق الذکر CT اسکن توانست تمام استخوانها را بدون در نظر گرفتن مکان یا موقعیت قرارگیریشان، نشان دهد(۶). استاندارد طلایی برای تشخیص، از وفاگوسکوپی



REFERENCES

1. Katsetose MC, [et al]; Esophageal perforation and mediastinitis from fish bone ingestion . South Med J. 2003 May; 96(5) :516-20.
2. Peters J H , DeMeester T R ; "Esophageal perforation" in Schwartz's Principles of Surgery / edited by F. Charles Brunicaardi [et al]. 8th ed .2005 ; 906-908.
3. Brady PG; Management of esophageal and gastric foreign bodies, ISSN 1070 – 7212. Vol.2, No.1 July 1994
4. Lam HCK, [et al] ; Esophageal perforation and neck abscess from ingested foreign bodies ,ISSN 1070-7212. Vol 2, No 1, July 1994.
5. Exarhos DN[et al]; Acute Mediastinitis : spectrum of computed tomography findings .Eur Radiol. 2005 Aug; 15(8): 1569-74. Epub 2004 Dec 31.
6. Allen Lue; Fish bone impactions. Grand rounds archives, The Bobby R Alford, Department of Otorhinolaryngology and Communicative sciences, January 2000
7. Turcot R [et al] ; Anaerobic mediastinitis and septic shock secondary to esophageal perforation. Can J Surg. 1979 Jul; 22(4):382-4.
8. chao YK [et al]; Treatment of esophageal perforation in a referral center in Taiwan. Surg Today, 2005; 35 (10):828 – 32.
9. Exarhos DN[et al]; Acute Mediastinitis : spectrum of computed tomography findings .Eur Radiol. 2005 Aug; 15(8): 1569-74. Epub 2004 Dec 31.
10. Reeder LB, DeFillipi VJ , Ferguson MK; Current results of therapy for esophageal perforation, Am J Surg, 169:615, 1995.