

Cases Report

Lateral esophagostomy with thoracic drainage in treatment of esophageal perforation

H Parsa*

P Fallah**

M Rezaei***

S Shahmoradi****

*Assistant professor of Vascular Surgery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Associate professor of Thoracic Surgery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

***Generalsurgeon , Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**** Resident of General Surgery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

***Abstract**

Background: Esophageal perforation is a true emergency caused by instrumentation, spontaneous rupture known as Boerhaave syndrome, foreign bodies, and trauma. For patients with an early diagnosis (less than 24 hours), the primary repair is performed and in case of delayed diagnosis the end esophagostomy with thoracic drainage and tube jujunostomy is the treatment of choice.

Objective: The aim of this study was to evaluate the surgical technique of lateral esophagostomy with thoracic drainage in treatment of esophageal perforation.

Methods: This cross-sectional study was performed based on information derived from three patients admitted to the emergency ward of Shahid Rajaei hospital in Qazvin with the diagnosis of esophageal perforation who underwent lateral esophagostomy with thoracic drainage and tube jujunostomy.

Findings: Three patients with esophageal perforation caused by foreign bodies or Boerhaave syndrome underwent surgery with lateral esophagostomy, thoracic drainage, and tube jujunostomy technique. Following surgery, the patients were transferred to ICU and all recovered.

Conclusion: This study confirms that patients with esophageal perforation, who undergo lateral esophagostomy, thoracic drainage, and tube jujunostomy, make a good recovery soon after a simple and short duration surgery without invasive surgical procedure.

Keywords: Lateral Esophagostomy, Thoracotomy, Boerhaave syndrome

Corresponding address: Shahid Rajaei Hospital, Padegan St., Qazvin, Iran

Email: hoparsaar2004@yahoo.com

Tel: +98 281 3335800

Received: 2009/08/04

Accepted: 2010/04/29

گزارش موارد

ازوفاگوستومی جانبی همراه با درناژ توراسیک در درمان پارگی مری

دکتر حسین پارسا* دکتر پرویز فلاح** دکتر میکائیل رضایی*** دکتر شکوه شاهمرادی****

* استادیار جراحی عروق دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ** دانشیار جراحی قفسه سینه دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 *** متخصص جراحی عمومی
 **** دستیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس مکاتبه: قزوین، خیابان پادگان مرکز آموزشی درمانی شهیدرجایی، دفتر مدیر گروه جراحی تلفن: ۰۲۸۱-۳۳۳۵۸۰۰ Email: hoparsaar200@y aho.com

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۹

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۱۳

چکیده

زمینه: پارگی مری به دنبال آندوسکوپی، سندرم بوئر هیو (Boer haave)، بلع جسم خارجی و تروما، فوریت‌های واقعی جراحی محسوب می‌شوند. درمان این موارد شامل ترمیم اولیه در ۲۴ ساعت اول پس از ایجاد پارگی و ازوفاگوستومی انتهایی، درناژ توراسیک و تعبیه تیوب ژنوستومی در موارد طول کشیده هستند.

هدف: مطالعه به منظور ارزیابی ازوفاگوستومی جانبی همراه با درناژ توراسیک در درمان پارگی مری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ارزیابی موارد از اطلاعات پرونده سه بیمار که طی سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ با تشخیص پارگی مری که دو بیمار یکی ۶۰ ساله و دیگری ۴۱ ساله به علت استفراغ شدید و دیگری آقای ۷۰ ساله در اثر بلع استخوان مرغ دچار پارگی مری شده و به صورت اورژانسی به بیمارستان شهیدرجایی قزوین مراجعه کرده و جراحی ازوفاگوستومی همراه با درناژ توراسیک و تعبیه تیوب ژنوستومی شده بودند، استفاده شد. **یافته‌ها:** بیماران به دنبال بلع جسم خارجی و سندرم بوئر هیو دچار پارگی مری شده بودند، و پس از عمل جراحی ازوفاگوستومی جانبی، همراه با درناژ توراسیک و تعبیه تیوب ژنوستومی، سلامت خود را بازیافتند.

نتیجه‌گیری: بیمارانی که دچار پارگی مری می‌شوند و تحت درمان با عمل جراحی ازوفاگوستومی جانبی همراه با درناژ توراسیک و تعبیه تیوب ژنوستومی قرار می‌گیرند، طی یک عمل جراحی ساده و کوتاه مدت و بدون نیاز به آزاد سازی مری درمان می‌شوند و بهبود می‌یابند.

کلیدواژه‌ها: ازوفاگوستومی لترال، توراگوتومی، سندرم بوئر هیو

*مقدمه:

اسکن نیز وجود مایع و هوا را در مدیاستن نشان می‌دهد.^(۲)

کلید درمان موثر، تشخیص زودرس است. درمان غیرجراحی پارگی در شرایط خاصی انجام می‌شود و به عکس برداری دقیق از مری نیاز دارد. جراحی درمان اصلی این بیماری است.^(۳)

بستن اولیه سوراخ ظرف ۲۴ ساعت سبب ۸۰ تا ۹۰ درصد بهبودی می‌شود. برای دسترسی مناسب به محل آسیب مری، برش توراگوتومی چپ داده می‌شود. لبه زخم ترمیم شده و با استفاده از بخیه گمبی بسته می‌شود. محل

پارگی مری یک فوریت واقعی است. شایع‌ترین علل آن مداخله‌های پزشکی مانند آندوسکوپی و انجام بیوپسی و بوئیناژ، سندرم بوئر هیو (Boer haave)، بلع جسم خارجی و تروما هستند.^(۱) علل ناشایع دیگر شامل لوله‌گذاری داخل نایب مشکل، تراکتوستومی، بررسی کورکورانه مری شکمی، جراحی روی مری گردنی، تیروئیدکتومی، درمان با لیزر و استنت گذاری هستند.

ازوفاگوگرام با کنتراست، خروج ماده حاجب را از مری در ۹۰ درصد بیماران نشان می‌دهد (بیمار باید در وضعیت خوابیده به پهلو راست قرار گیرد). سی تی

بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل و تغذیه از راه ژژنوستومی آغاز شد. پس از گذشت ۱۰ روز ازوفاگوگرام انجام شد و پس از اطمینان از عدم نشت ماده حاجب، رژیم غذایی از راه دهان آغاز شد. پس از تحمل رژیم غذایی و کم شدن ترشحات، توراگوستومی لوله‌ای و ژژنوستومی خارج و بیمار مرخص شد. به بیمار آموزش داده شد هنگام بلع با فشار بر روی ازوفاگوستومی، بلع راحت‌تر انجام می‌گیرد و پس از مدتی ازوفاگوستومی تبدیل به فیستول شده و فیستول به صورت خود به خودی بسته شد.

* یافته‌ها:

بیمار اول آقای ۷۰ ساله ای بود که به دنبال بلع جسم خارجی (استخوان مرغ) از سه روز قبل از مراجعه دچار احساس درد به هنگام بلع (ادینوفاژی) شده بود. از روز قبل از مراجعه درد قفسه سینه، تب و تعریق نیز به علایم اضافه شده بود. علایم حیاتی وی در ابتدای مراجعه تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد، فشارخون ۱۵۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و نبض ۱۱۰ در دقیقه بودند. در نتیجه بیمار مورد احیا قرار گرفت. پس از آن سی‌تی‌اسکن انجام شد و با تشخیص مدیاستینیت به دنبال پارگی مری قفسه سینه تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از عمل جراحی بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد. ۷ روز بعد وارد بخش شد و ۲۵ روز پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص شد.

دومین بیمار آقای ۴۱ ساله‌ای بود که به دنبال تهوع و استفراغ از یک روز قبل از مراجعه و با علامت درد قفسه سینه به مرکز دیگری مراجعه کرده بود و به علت افیوژن پلور در آن مرکز توراگوستومی لوله‌ای سمت راست انجام شده بود. در بدو مراجعه به این مرکز تب نداشت. فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و نبض ۹۰ در دقیقه داشت. با خوردن مقداری بلودومیتلن و خارج شدن آن از توراگوستومی لوله‌ای بیمار با تشخیص پارگی مری به صورت اورژانسی تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از

اتصال با استفاده از قطعه‌ای از پرده جنب با روش فوندوپلیکاسیون نیسن تقویت می‌شود.^(۴)

اگر بستن سوراخ پس از ۲۴ ساعت از زمان ایجاد آسیب انجام شود و بافت ملتهب شود، تقسیم کاردیا و برداشتن بخش مبتلای مری توصیه می‌شود. باقی‌مانده مری متحرک شده و در صورت امکان مری طبیعی حفظ می‌شود و به عنوان ازوفاگوستومی انتهایی بیرون کشیده می‌شود و ترشحات مدیاستین مبتلا درناژ می‌شود و لوله ژژنوستومی تغذیه‌ای جاگذاری می‌شود. پس از بهبودی این جراحی، ترمیم با جای‌گذاری کولون ساب استرنال در نوبت بستری بعدی انجام می‌شود.^(۵) در این مقاله ازوفاگوستومی جانبی همراه با درناژ توراسیک عنوان روش جدید در درمان جراحی پارگی مری ارائه می‌شود.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه بررسی موارد بر روی پرونده سه بیمار انجام شد که بین سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به علت پارگی مری به بخش فوریت‌های مرکز آموزشی-درمانی شهیدرجایی شهر قزوین مراجعه کرده و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.

هر سه بیمار ۲۴ ساعت پس از ایجاد پارگی مری مراجعه کرده بودند. بیماران پس از بستری در بخش فوریت‌ها احیا شده و برای آنها اصلاح آب و الکترولیت انجام شد. همچنین آنتی‌بیوتیک نیز تجویز شد و پس از اخذ رضایت نامه تحت عمل جراحی اورژانسی قرار گرفتند.

ابتدا توراگوتومی خلفی-جانبی راست انجام شد. پس از دبریدمان نسوج نکروز شده و شستشوی پلور و مدیاستن و تعیبه توراگوستومی لوله‌ایبرش قفسه سینه بسته شد. سپس بیمار به صورت خوابیده به پشت قرار گرفته و لاپاراتومی انجام شد و تیوب ژژنوستومی تعیبه شد.

ازوفاگوستومی جانبی با آزاد کردن مری گردنی با برش قدام عضله استرنوکلیدوماستوئید انجام شده سپس

می‌شود که آزاد کردن مری را مشکل می‌سازد و عوارض فراوانی همچون آسیب به قلب و پریکارد، آئورت، اعصاب واگ و فرنیک و سایر اعضای حیاتی را به همراه دارد که گاهی ادامه جراحی را غیر ممکن می‌سازد.^(۷) در این روش بدون مداخله مستقیم و تهاجمی، مری دست نخورده باقی می‌ماند.

اکثر بیماران مبتلا به پارگی مری در هنگام مراجعه بدحال هستند که یکی از علل آن تأخیر در تشخیص است. در این حالت یک جراحی طولانی و پیچیده، طول عمر بیمار را کم‌تر می‌کند و عوارض و حوادث حین و بعد از عمل بیش‌تری به همراه خواهد داشت. با انجام روش ارائه شده در این مقاله، طول مدت، عوارض و حوادث حین و بعد از عمل به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد.

روش جدید ازوفازگوستومی جانبی به جای ازوفازگوستومی انتهایی و انجام درناژ توراسیک بدون ترمیم مری یا آزاد کردن آن روش نوینی است که در مرکز آموزشی-درمانی شهیدرجایی قزوین در مورد این سه بیمار انجام شد و موفقیت آمیز بود.

به هر حال، به نظر می‌رسد انجام تحقیق‌های بیش‌تری جهت بررسی این روش لازم است.

*مراجع:

1. Charles Brunnicardi F, Andersen Dana K, Billiar R. Schwartz principles of surgery, esophageal perforation. 8th ed. Mc Graw Hill; 2005. 906-10
2. M.Townsend, B.Ever, L.mattox, sabiston textbook of surgery, esophageal perforation. 2004.
3. Saloj A. Seppala RM, pitkararta PP, et al. Spontaneous rupture and functional state of esophagus. Surgery 1992; 112:397-900
4. Adams BD, Sebastian BM, Carter J. Honoring the admiral. Boer haave ran wassenaers syndrome. Dis Esophagus 2006; 19: 146-51

عمل جراحی به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد و ۶ روز بعد وارد بخش شد. یک ماه پس از عمل جراحی مرخص شد.

سومین بیمار آقای ۶۰ ساله‌ای بود که به دنبال تهوع و استفراغ از ۲ روز قبل از مراجعه، دچار درد قفسه سینه و تب و لرز نیز شده بود که در مرکز دیگری به دنبال افیوژن پلور توراکوستومی لوله‌ای راست انجام و به این مرکز ارجاع شده بود. در ابتدای مراجعه تب ۳۹ درجه سانتی‌گراد، فشارخون ۱۰۰/۶۰ میلی‌متر جیوه و نبض ۱۰۰ در دقیقه داشت. با انجام ازوفازگوستومی با کاستروگرافین، تشخیص پارگی مری قطعی شد و بیمار تحت عمل جراحی با روش مذکور قرار گرفت و پس از آن به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد. ۲۰ روز پس از عمل جراحی بیمار مرخص شد. در هر سه بیمار طول مدت عمل جراحی ۲ تا ۳ ساعت بود. ازوفازگوستومی جانبی در هر سه بیمار خود به خود و طی مدت زمان پی‌گیری سرپایی آنها بسته شد و هیچ کدام دوباره بستری نشدند.

*بحث و نتیجه‌گیری:

جراحی درمان اصلی پارگی مری است. روش مرسوم جراحی در مواردی که زمان تأخیر قبل از بستن سوراخ مری بیش از ۲۴ ساعت باشد، شامل ازوفازگوستومی انتهایی، دبیریدمان بافت‌های نکروز شده مری از طریق توراکوتومی، تعبیه لوله توراکوستومی و لاپاراتومی و تعبیه لوله ژژنوستومی است.^(۶) از بین روش‌های جراحی در درمان پارگی مری، ازوفازگوستومی لترال به علت عدم نیاز به تعیین دقیق محل پارگی قبل از عمل که وقت‌گیر است، نسبت به روش‌های دیگر جراحی ارجح‌تر است. از طرفی ممکن است پارگی بسیار ریز (میکروپرفوراسیون) باشد و با چشم غیرمسلح دیده نشود و برای تشخیص و ترمیم پارگی مخاط به میوتومی طولی نیاز باشد که ترمیم آن مشکلاتی را برای جراح فراهم می‌آورد. در مدت کوتاهی پس از پارگی مری، مدیاستن به شدت ملتهب

5. Craven GG, Whittaker MG. Boer haave syndrome as a complication of preexistent gastrointestinal disease. *Ir Jmeel Sci*, 1999 Dec; 1025-7

6. Ghossemi KF, Rodrigues HJ, Rresgal, et al. Endoscopic treatment of Boer haave syndrome using a remorable self expandable

plastic stentamerican *American journal of surgery*.2007; 41(9): 863-4

7. Zisis C, Guillin A, Heyries L, et al. Stent placement in the management of esophageal leak. *Ear J Cardio thoracic Surgery*. 2008 Mar; 33(36): 451-6