

Vaka Takdimi

Bilateral Travmatik Şilotoraks

Uzm.Dr.Ergun SALMAN*

Dr.Mustafa BAYDAR**

Dr. Mehmet BA YRAKTAROĞLU*

Dr.Serhat TUĞRUL*

Dr. Aydın DALGIÇ ***

Dr. Adnan BULUT***

Şilusun plevra boşluğunda toplanması ile oluşan şilotoraks Bessone ve arkadaşları tarafından dört kate-
goride sınıflandırılmıştır (1). 1-Konjenital şilotoraks 2-
Postoperatif şilotoraks 3-Cerrahi olmayan travmatik
şilotoraks 4-Travmatik olmayan şilotoraks.Konjenital
şilotoraks ya doğum travmasına ya da duktus torasikus
atrezisine bağlı olarak oluşmaktadır. Postoperatif şiloto-
raksın nedeni ameliyat sırasında duktus torasikus ve
dallarının zedelenmesidir. Cerrahi olmayan travmatik
şilotoraks duktus torasikusu etkileyen kunt veya pene-
tre travmaları takiben oluşmaktadır.Spontan şilotoraks
olarak da adlandırılan travmatik olmayan şilotoraksın
en sık raslanan sebepleri ise neoplasmalar, infeksiyon-
lar ve vena kava superior veya sol subclavian ve jugu-
lar ven trombozlarıdır.

Makalede bilateral travmatik şilotoraks nedeni ile
sırasıyla tüp direnaji, fibrin glue, cerrahi tedavi uygula-
narak tedavi edilen bir olgu sunularak literatür gözden
geçirilmektedir.

VAKA TAKDİMİ

E.U. 5 yaşında (11706086) erkek hasta nefes
darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden bir
hafta kadar önce evde sandalyeden düştüğü daha son-
ra aktivitesinin azalmaya başladığı, nefes darlığının orta-
ya çıktığı öğrenildi.

Akciğer grafisinde bilateral sıvı saptanması üzerine
ponksiyon yapılan hastanın her iki tarafından kırmızıya
çalan renkli boza kıvamında mayi geldi. Bunun üzerine
bilateral göğüs tüpü takılarak su altı drenajına bağlandı
(Şekil 1-2). Tüp takıldıktan sonra ilk birkaç saatte sa-
ğdan 1700 cc soldan 300 cc mayi boşaldı. İlerleyen
günlerde kırmızı renk ortadan kalkarak süt rengindeki
tipik şilus ortaya çıktı. Mayinin biyokimyasal tetkikleri
de şilus olduğunu teyit etti (Total protein: %4 gr, Albu-
min: %2,3 gr, Total lipid: %3 gr, Kolesterol: %110 mg,
Glukoz:%68 mg, Na:115 mEq/lit, K:4,5 mEq/lit, Cl:98

mEq/lit). Kesin şilotoraks tanısı konması üzerine has-
taya bol proteinli, bol kalorili, yağdan fakir, orta zincirli
trigliseritlerden zengin diyet başlandı.

Yirmialtı günlük tedavi sonucu günde ortalama
150 cc şilus gelen sol göğüs tüpü drenajı tamamen
kesildi. Ancak sağ göğüs tüpünden hala günde ortala-
ma 250 cc şilus gelmeye devam ediyordu. Bunun ü-
zerine şilöz dolaşımı minime indirerek sızıntı yerinin
kapanmasını hızlandırmak için oral beslenme tama-
men kesilerek intravenöz hiperalimentasyona başlan-
dı. Bu işlemle drenajın şilöz vasfı kayboldu, ancak
günde ortalama 200 cc civarında devam etti. Bunun-
la da drenaj miktarında önemli bir azalma olmayınca
tüp drenajı uygulamasının 45. gününü fibrin glue uygula-
nmasına karar verildi. Yasudanın tarif ettiği tarz ve
miktarla fibrin glue göğüs tüpünden içeri verilerek
göğüs tüpü 10 dakika klempli tutuldu sonra açıldı (2).
Fibrin glue uygulanmasından sonra hastanın şilöz
drenajı azalmakla birlikte devam etti. Bu durumda
cerrahi tedaviden başka bir alternatif kalmıyordu.
23/7/1991'de ameliyata alınan hastaya sağ torakotomi
yapılarak tüm parietal plevra soyuldu, duktus torasi-
kus aşağıda diafragma hizasından ligatüre edildi. A-
meliyat sonrası şilöz drenaj tamamen kesildi (Şekil
3). Hasta bir hafta sonra taburcu edildi. Bir ay son-
raki kontrolde de iyi durumda bulundu.

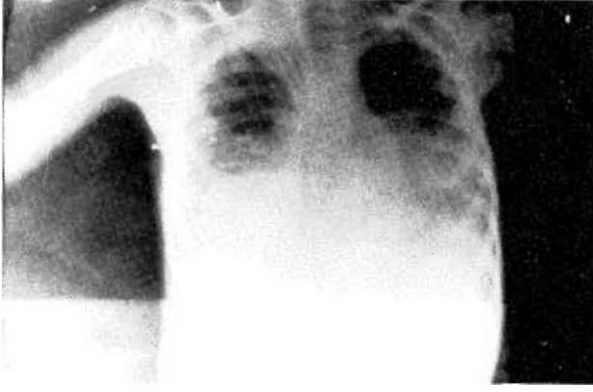
TARTIŞMA

Duktus torasikus sisterna şilinin uzantısı olup
göğüste vertebral kolonun ön yüzünde aorta ile azi-
gos ven arasında yer alır; sol jugular-subclavian ve-
nöz junctiona açılır. Duktus torasikus vena azigosla,
interkostal, lumbal venlerle birçok ek lenfatikovenöz
anastomazlar yapar, ayrıca sağ lenfatik duktus ile
multipl komünikasyonları da vardır. Bu anastomaz ve
komünikasyonlar nedeniyle duktus torasikus zararlı bir
etki olmaksızın herhangi bir seviyeden bağlanabilir. Po-

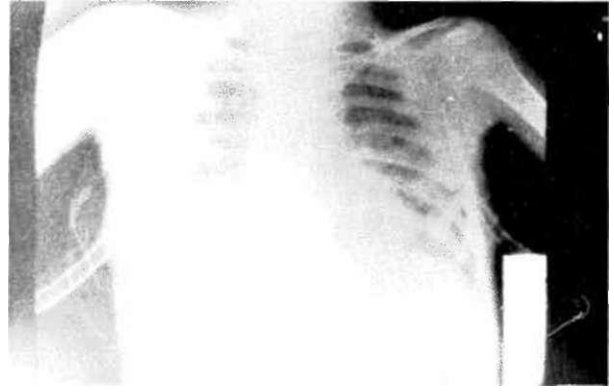
* S.S.K. Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği,

** S.S.K. Ankara Hastanesi Anesteziyoloji Kliniği,

*** S.S.K. Ankara Hastanesi 3.Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA



Şekil 1. Hasta ilk geldiğinde çekilen akciğer grafisi.



Şekil 2. Bilateral göğüs tüpü takıldıktan sonra çekilen akciğer grafisi.

pulasyonun %40-60'ında iki veya daha fazla sayıda ana duktus mevcuttur, bunların pozisyonları da çok değişiktir (3).

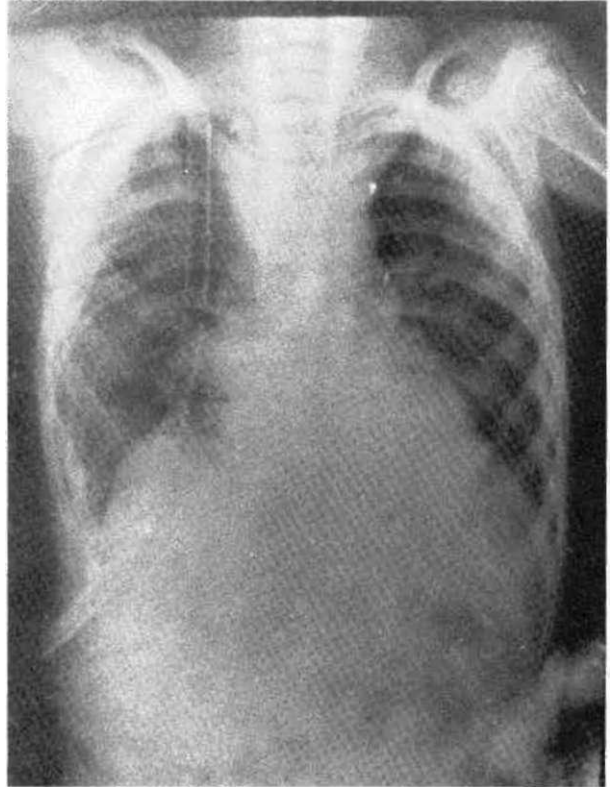
Duktus torasikusun ana fonksiyonu yağların taşınması ile ekstrasvasküler proteinlerin kana geri dönmesini sağlamaktır. Şilusta predominant hücre tipi lenfositir. Şilusun bazal akım hızı alınan yemek ve yağ muhtevasına bağlı olmakla birlikte 0.82*0.27 ml/kg/saattir (3).

Travmatik şilotoraks travmayı takiben 2-10 gün sonra ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni bu zaman zarfında mediastende siloma gelişmesidir. Siloma tek plevraya açıldığında unilateral şilotoraks, her iki plevraya açıldığında ise olgumuzdaki gibi bilateral şilotoraks ortaya çıkmaktadır. Postoperatif dönemde gelişen şilotorakslarda da şilotoraksın ortaya çıkması için birkaç gün gerekmektedir. Bunun nedeni erken postoperatif dönemde iyi beslenme olmadığı için şilus akımının az olmasıdır.

Şilotorakslı hastada klinik olarak progresif dispne, takipne ortaya çıkar. Dinlemekle o tarafta solunum sesleri azalmıştır. Hipalbuminemi, lenfopeni vardır. Akciğer grafisinde plevral efüzyon ya da efüzyon plevraya drene olmamışsa mediastinal şilomadan dolayı mediastinal radyoopak gölge görünümü vardır.

Cerrahi tedavinin söz konusu olmadığı devirlerde travmatik şilotoraks %50 mortalité gösteriyordu (3). 1948'de Lampson duktus torasikus ligasyonu ile başarıyla tedavi edilen bir hastayı rapor etti, bu şilotoraks tedavisinde dönüm noktası oldu (4). Cerrahi tedavinin gerektiği zaman devreye girmesiyle mortalité %15'lere kadar düştü (5).

Şilotoraks tedavisinde ilk aşama göğüs tüpü drenajı, iyi beslenme, lenf akımının azaltılmasıdır. Bunun için yüksek kalorili, yüksek proteinli, düşük yağlı diyet verilmesidir. Bu tedavi ile travmatik şilotoraksların yaklaşık %50'si spontan olarak kapanmaktadır (3). Şilus kaybı hafif ya da orta derecede ise (0.25 ml/kg/saatten az) drenajın kesilmesi için üç, dört hafta beklenmeli,



Şekil 3. Torakotomi ile duktus torasikus bağlandıktan sonra çekilen akciğer grafisi.

kesilme olmazsa ancak bu süreden sonra cerrahi tedavi uygulanmalıdır. 2 ml/kg/saat gibi ciddi drenajlarda ise beklenmeden cerrahi tedavi uygulanmalıdır (3). Cerrahi tedavide yapılan işlem duktus torasikusun ligasyonudur.

Hardy sol torakotomi yaparak diafragama hizasında özofagus duvarına mavi boya enjekte ederek sızıntı olan yerin üst ve altından duktusu bağladığını bildirmektedir (6). Diğer otörler fistülün yerine bakmadan sağ to-

rakotimiyi, 8-10. vertebralar arasından duktusu bağlamayı tercih etmektedirler (7,8). Bunun nedeni genellikle bu bölgede duktusun tek bir trunk halinde bulunmasıdır. Transtorasik duktus ligasyonunun başarı oranı %90 civarındadır (9,10).

Şilotoraks tedavisinde cerrahi duktus ligasyonundan başka diğer bazı tedavi metodları da ortaya konmuştur. 1978'de Adler ve Levinsky inatçı şilotoraks-

lı iki hastayı talk pleurodesisle başarıyla tedavi ettiklerini bildirdiler (2). Stenzl da ekstraplevral patent duktus arteriosus ligasyonu sonrası şilotoraks gelişen bir hastayı fibrin glue ile tedavi ettiğini bildirdi (12). Azizkhan ve arkadaşları şilotoraksta pleuroperitoneal shunt'ın ilk başarılı kullanımını rapor ettiler (13). Gelişen bu tedavi metodlarının ışığında biz de en son olarak cerrahi tedavi uygulayarak hastamızı tedavi ettik.

KAYNAKLAR

1. Bessene LN, Ferguson TB, Burford TH. Chylothorax. *Ann Thorac Surg* 1971; 12:527.
2. Yasuda Y, Mori A, Kato H, Fujino S, Asakura S. Intrathoracic fibrin glue for postoperative pleuropulmonary fistula. *Ann Thorac Surg* 1991; 51:242-44.
3. Hardy JD, Ewing HP. The mediastinum. In: Glenn WWL, ed. *Thoracic and cardiovascular surgery: Norwalk, Connecticut. Appleton-Century-Crofts* 1983: 201-4.
4. Lampson RS. Traumatic chylothorax. A review of the literature and report o a case treated by mediastinal ligation of the thoracic duct. *J Thorac Surg* 1948; 17:778.
5. Demeester TR, Lafontaine E. The pleura. In: Sabiston DC, Spencer FR, eds. *Gibbon's surgery of the chest. Philadelphia: WB Saunders, 1983 Volume 1:369-72.*
6. Hardy JD, Walker GR, DeGuzman VC: Thoracic duct fistula in infant: Blue dye localization and operative closure. *JAMA* 1962:182-87.
7. Kausal HW, Reeve TS, Stein AA. Anatomic and pathologic studies of the thoracic! duct. *J Thorac Surg* 1957: 34:631.
8. Glenn WWL. The lymphatic system: Some surgical considerations. *Arch Surg* 1981; 116:489.
9. Patterson GA, Todd TRJ, Delarue NC, lives R, Pearson FG, Cooper JD. Supradiaphragmatic ligation of the thoracici duct in intractable chylous fistula. *Ann Thorac Surg* 1981; 32:44-49.
10. Milsom JW, Kron IL, Rheuban KS, Rodgers BM. Chylothorax: An assessment of current surgical management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985: 89:221 -27.
11. Adler RH, Levinsky L. Persistent chylothorax. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:859-64.
12. Stenzl W, Rigler B, Tscheliessnigg HK, Beitzke A, Metzger H. Treatment of postsurgical chylothorax with fibrin glue. *Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 31:35-6.
13. Azizkhan RG, Canfield J, Alford BA, Rodgers BM. Pleuroperitoneal shunts in management of neonatal chylothorax. *J Pediatr Surg* 1983; 18:842-50.