

VESZÉLYES MELLKASI ÁLLAPOTOK

Dr. Kotsis Lajos

ESETISMERTETÉSEK

Az alábbi – sürgősségi csoportot alkotó – betegeket az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Mellkasebészeti Tanszékére történő felvételük alapján ismertetem.

1. eset

A középkorú férfi hányás után kialakult masszív mediastinális emphysemáját – spontán eredetűnek véelve – collarisan bedrenálták. További diagnosztikus lépésekre nem került sor. 24 óra múltán már a kétoldali hydrothorax árulta el, hogy a primeren jelentkező emphysema valójában a spontán nyelőcső ruptura részjelensége volt. A választott eljárásra – transthoracalis primer sutura funduplicatióval kiegészítve – a megújult nyelőcsősebészeti szemlélet jegyében került sor¹.

2. eset

Az idős diabeteses nőbeteg oesophagoscopia utáni perforáció gyanújával helyezték át. Csak a báriummal megismételt nyelésvizsgálat mutatta ki a sérülést. A két vizsgálat között eltelt 5 nap, a iatrogén perforáció sikeres zárása dacára, akut veséltelenséghez vezetett.

3. eset

A középkorú férfi mellkasi fájdalma mögött az infarktust kizárták, bal oldali mellkasi folyadékgyülemét drenálták, de eredetét nem tisztázták. A 9. napra halasztott nyelésvizsgálat során sem ismerték fel a spontán nyelőcső rupturát. Az áthelyezéskor súlyosan septicus beteg, már csak klasszikus nyelőcső kirekesztésre volt alkalmas

állapotban. Ezt követően mellúri decorticatiót, majd 2 hónap után, nyelshelyreállító bypasst végeztünk, isoperistalticus colon szegmenttel².

4. eset

Öngyilkossági szándékból lenyelt zsilettpenge endoscopos visszahúzása jobb oldali légmellhez vezetett. Csak 5 nap után került sor nyelésvizsgálatra (1. kép).



1. kép: Kihúzott zsilettpenge okozta 14 cm-es nyelőcsősérülés



2. kép: A műtét utáni, gyógyult nyelőcső

Amikor a 9. napon tanszékünkre került, a 14 cm hosszú, fibrino-purulens környezetű nyelőcsősérülést bal oldali cervicalis feltárással kiegészített, jobb oldali trans-thoracalis behatolásból – decorticatiót követően – suturáltuk. Miniatúr varratelégtelenégét, Urschel szerinti³ pár napos nyelőcsőkirekesztéssel szüntettük meg (2. kép).

5. eset

A 39 éves diabeteses beteg 6 hetes, letokolt, drenált jobb oldali empyemával került intézetünkbe. Amikor kiderült, hogy korábban a Mallory–Weiss típusú gyomorvérzését sclerotizálással szüntették meg, az azonnali nyelésvizsgálat az empyemás üreggel széles alapon közlekedő nyelőcsődefectust mutatott ki (3. kép). Erre az eseményre az előző három intézményben nem kérdezett rá senki (!). Ebben a reménytelen helyzetben az utolsó esélyt a nyelőcső egészének nyugalomba helyezésében láttuk. Ennek érdekében dupla nyelőcső kirekesztéshez (Urschel³ + Ergin⁴) folyamodtunk, povidon-jódos lavagezal kiegészítve. 12 nap után a kirekesztő szalagokat el lehetett távolítani, sőt tágításra sem volt szükség.

6. eset

A fiatal nőbeteg precordiális szúrt sérülését antero-laterális thoracotomiából úgy explorálták, hogy abból a mediastinum kimaradt. A 7. napi áthelyezésekor már empyemája, purulens mediastinitise és pericarditise volt. Postero-laterális thoracotomiából transfixáló nyelőcsősérülését még zárni lehetett, de sepsise befolyácsolhatatlan maradt.

7. eset

Kiterjesztett lymphadenectomiával kiegészített, bal oldali pulmonectomiát követő 6. heti – empyemát okozó – nyelőcső-perforációban, már csak végleges nye-



3. kép: 6 hetes iatrogén nyelőcsősérülés

lőcső-kirekesztés volt végezhető, amit fenestrációval egészítettünk ki. Ezt a beteg heteken-hónapokon át elhúzódó kálváriája követte. Tumor recidiva, majd máj-áttétek miatt afterloading, sőt perfúziós kemoterápia és sikertelen bőrcsöves bypass után, a 9. hónapban sikeres praesternalis Roux-kacsos nyelőcső bypass révén nyerte vissza nyelőképességét⁵.

8. eset

Re-resectió jobb oldali pulmonectomia negyedik hónapjában azonos oldali empyema lépett fel. A beállított Bülau drénen át a lenyelt tea is kifolyt. Re-thoracotomia során a nyelőcső miniatűr perforációs nyílását a serratus anteriorból képzett izomlebennyel sikerült zárni. A beteg 8 évvel később is élt, csak minimális refluxra panaszkodott.

9. eset

Két 24 órán túli rupturában – bal oldali transthoracalis mediastinális decompressiót követően – a primer suturát nyeles rekeszlebennyel eredményesen biztosítottuk⁶.

10. eset

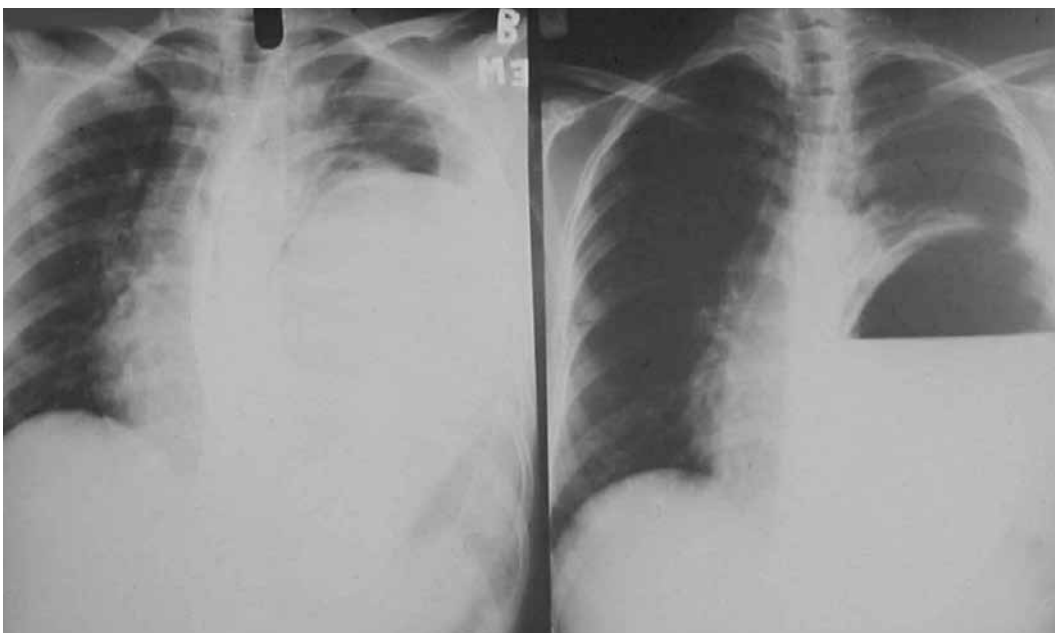
Hányást követően kórházba került nőbeteg bal oldali, empyemának vélt mellkasi gyülemét drenálták és antibiotikumot adtak. Az intézet meghibásodott röntgenkészüléke elegendőnek bizonyult a nyelésvizsgálatról való lemondáshoz (!). Amikor átutalták – a 13 napos fo-

lyamat dacára – a bal oldali thoracotomiából végzett decortitatio és a típusos ruptura széleinek felfrissítése után a nyálkahártya még varrható állapotú volt. Hiatus plasztikával fejeztük be a műtétet. A beteg két hét alatt meggyógyult⁵.

11. eset: Spontán ruptura rendkívüli körülmények között
A betegnél bal oldali pulmonectomia után két nappal kialakult jobb oldali hydrothorax mögött spontán ruptura volt kimutatható. Légzésdinamikai szempontokra való tekintettel a típusos rupturát transhiatalis úton suturáztuk, cseplesszel fedtük és decompressióval egészítettük ki. A 7. napi nyeléskontroll gyógyult nyálkahártya-sérülést igazolt⁷.

12. eset: A csődöt mondott gyomorszonda rejtélye

A 32 éves, sokkos állapotú, dyspnoés nőbetegét éjjel, bal oldali gastrothorax típusos felvételével (4. kép) vettük át. A gyomorszonda eredménytelen levezetési kísérlete kizáródott rekeszsérvről árulkodott. Valóban, a sürgős thoracotomia során az egész bal mellkasfelet kitöltő, extrém módon kitágult, de még életképes gyomrot találtunk. A kizáródott Bochdalek-féle rekeszsérv megoldása már a thoraco-laparotomiává átalakított behatoláson keresztül zajlott le^{8,9}. 8 héttel később a beteg 3150 grammos myomatosus uterusát távolítottuk el, amely a kizáródásban megkérdőjelezhetetlen szerepet játszott.



4. kép: Kizáródott rekeszsérv okozta gastrothorax

MEGBESZÉLÉS

A felsorolt esetek többségében volt egy kritikus momentum, mely az érdemi sebészi lépések előtt több napos, akár hetes késéshez vezetett. A betegek esélyeit a fel nem ismert, előzmény nélküli vagy rosszul értelmezett hydrothorax, empyema, cervicalis emphysema, szabálytalan nyelőcső idegentest-eltávolítási kísérlet, a radikális mediastinális lymphadenectomiát követő, kivételes nyelőcsőfali ischaemia vagy az inadekvát mellüri exploratio jelentős mértékben rontotta.

Herman Boerhaave, aki *Jan Gerrit van Wassenae*r holland admirális orvosa volt, a tengernagyot hányás után, 1723. október 29-én villámcsapásként sújtó betegség tüneteinek, majd boncleletének maradéktalan leírásával örök példával szolgált, hogyan kell az ilyen rendkívüli eseményt az utókor számára megörökíteni. 1970-ben *Osier Abbott*, angol sebész az általa páratlan bravúrként kezelt 47 spontán nyelőcső rupturáról akadémiai színvonalú tanulmányt tett közzé¹⁰.

A nyelőcső sérülésétől eltelt órák számolása helyett az akkor már reneszánszát élő nyelőcsősebészetben a lehetőségek számba vétele vált a mindennapos gyakorlat részévé, akárcsak a Korányi Mellkassebészeti Tanszékén. Az International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE) 1980-ban történt tokiói megalakulása hatalmas lendületet adott a mellkassebészeti fiatal hajtása számára. Erről a folyamatos fejlődésről az ISDE 2008-as budapesti Világkongresszusa is meggyőző adatokat szolgáltatott¹¹, és ez napjainkban is folytatódik. ■

IRODALOM

1. Kotsis L, Csikos M, et al. Multimodality approach to the treatment of the early and late esophageal disruption and perforation. *Diseases of the esophagus*. Siewert JR, Hölscher AH. Springer-Verlag. Berlin-Heidelberg, 1988; 1342-1346.
2. Kotsis L. Esophagoplasty with isoperistaltic transvers colon graft. 1973. Thesis.
3. Urschel HC, Fazzuk MA, et al. Improved management of esophageal perforation: exclusion and diversion in continuity. *Ann Surg* 1974; 179: 634-640.
4. Ergin AM, Wetstein L, et al. Temporary diverting cervical esophagostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 151: 97.
5. Kotsis L, Kostic Sz, Vadász P. Surgery of very late intrathoracic esophageal rupture and perforations. *Int J Radiol Radiat Ther* 2020; 7: 159-161.
6. Kotsis L, Agócs L. The effectiveness of diaphragmatic pedicled grafts in esophageal injuries and wall reconstruction. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 14: 218-219.
7. Kotsis L, Adócs L, et al. Transhiatal closure of right-sided esophageal rupture after a left pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 246-247.
8. Kotsis L, Csekeő A. Latent diaphragmatic hernia: a surgical challenge. *Chest* 2002; 121: 1006.
9. Kotsis L, Kovács O, et al. A feledés homályába vesztett rekesz rupturák rizikófaktorai. *Med Thor* 2014; 67: 325-329.
10. Abbott OA, Mansour KA, et al. Atraumatic so called spontaneous rupture of the esophagus. A review of 47 personal cases with comments on the new method of surgical therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 59: 67-83.
11. Kotsis L. A Nyelőcsősebészeti Világtársaság négy évtizede. *Med Thor* 2021; 74: 336-337.