

## Spontan Proksimal Özofagus Rüptürü

Spontaneous rupture of the proximal esophagus  
Göğüs Cerrahisi

Başvuru: 30.04.2015  
Kabul: 25.05.2015  
Yayın: 23.06.2015

Ufuk Çobanoğlu<sup>1</sup>, Fuat Sayır<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Özofagus perforasyonu, yüksek morbidite ve mortaliteyle birlikte olan acil bir durumdur. En sık sebebi enstrümantasyondur. Erken dönemde tanı konulup tedavi edilmesi gerekir. Oldukça ender rastlanılan spontan özofagus rüptürü çözümlenmesi güç bir klinik sorundur. Tanısındaki hatalar ve gecikmeler artmış morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Bu çalışmada, proksimal özofagusta spontan rüptürü olan ve konservatif olarak tedavi edilen bir hasta sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Özofagus, Rüptür Spontan

### Abstract

Esophageal perforation is a surgical emergency associated with high morbidity and mortality. The most common cause of esophageal perforation is instrumentation. Prompt diagnosis and surgical treatment is necessary. Spontaneous perforation of the esophagus in a rare clinical entity which the analysis is difficult. Its diagnosis is often missed or delayed resulting in increased morbidity and mortality. In this study, the patient who was treated conservatively that had spontaneous rupture of the proximal esophagus was presented.

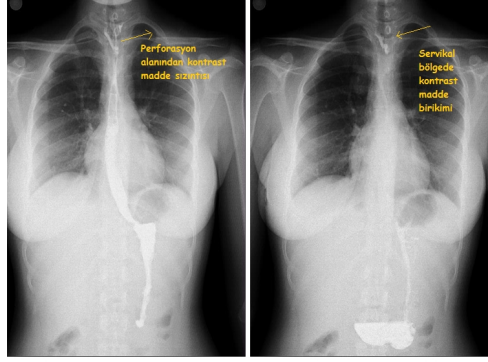
**Keywords:** Esophagus, Rupture Spontaneous

### Giriş

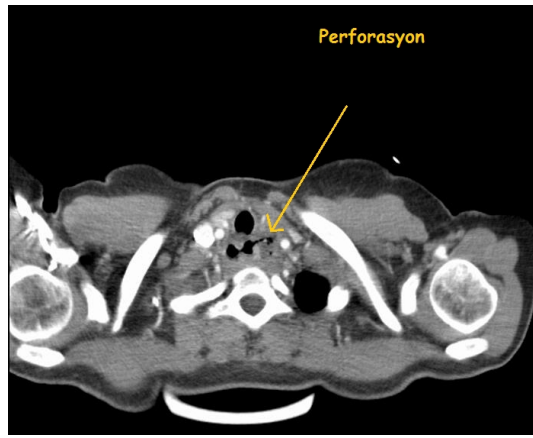
Özofagus perforasyonu acil müdahale gerektiren bir konudur. Teşhis ve tedavideki gecikme morbidite ve mortalitede artışa yol açmaktadır. Günümüzde özofagus perforasyonlarının yaklaşık %33 ile %76'sında iyatrojenik nedenler sorumludur<sup>1</sup>. Özofagusun spontan rüptürleri nadir olup, Boerhaave sendromu, kuvvetli öğürme ve kusma sonrasında oluşan spontan özofagus perforasyonu olarak tanımlanır ve tipik perforasyon için klasik bir örnektir. Ayrıca (doğum, ağır yük kaldırma, öksürme sırasında olduğu gibi) ani intraluminal basınç artışları da özofagus perforasyonlarına neden olabilir<sup>1</sup>.

### Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında erkek hasta, 15 gündür devam eden öksürük ve balgam çıkarma şikayeti sonrası ani başlayan yutma güçlüğü, boyun ve boğaz ağrısı ile müracaat ettiği acil serviste, boyunda cilt altı amfizemi tespit edilmesi üzerine özofagus perforasyonu şüphesi ile kliniğimize yatırıldı. Suda eriyen kontrast madde ile çekilen özofagografide (Şekil 1) ve toraks tomografisinde (Şekil 2) proksimal özofagusta solda rüptür saptandı.

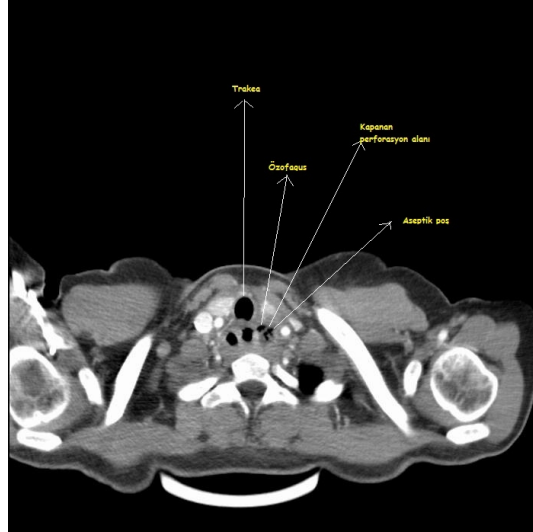


Şekil 1 : Özofagus grafide proksimalde perforasyon



Şekil 2 : Toraks tomografisinde proksimal özofagusta solda perforasyon

Hastanın genel durumunun stabil olduğu gözlemlendi. Kontrast grafinin perforasyon alanından hızla özofagus lümeni içerisine geri dönmesi ve hastaneye gelme süresine kadar hastanın oral almasına karşın bu bölgede koleksiyon olmaması perforasyonun özofagusa iyi drene olduğunu gösterdi. Kan tetkilerinde, lökosit değeri: 4.2 $\mu$ L, C-reaktif protein değeri:3 mg/L, Eritrosit sedimentasyon hızı: 3mm/1 saat olması perforasyona bağlı bir enfeksiyon tablosunun henüz gelişmediğini düşündürdü. Bu durumda, hastaya öncelikle konservatif tedavi uygulanmasına karar verildi. Oral alımı kesilerek total parenteral nutrisyon (TPN) ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlandı. Nazo-gastrik sonda (NGS) takılması sırasında yapılacak hatalı bir uygulamanın perforasyon alanında defektin genişlemesine neden olabileceği düşünüldüğünden NGS takılması tercih edilmedi. 48 saatte genel durumu hızla düzelen hastada 4. gün cilt altı amfizemi resorbe oldu. 6. gün çekilen kontrol toraks tomografisinde perforasyon alanının aseptik bir poş bırakarak kapandığı tespit edildi (Şekil 3).



**Şekil 3** : Toraks tomografisinde aseptik bir poş bırakarak kapanan perforasyon alanı

7. gün oral alım açıldı. Onuncu gün taburcu edilen hastada herhangi bir yan etki gelişmedi. Taburcu olduktan sonra yapılan 15. gün ve ikinci ay kontrollerinde bir sorun saptanmadı.

## Tartışma ve Sonuç

Özofagus perforasyonunda hayatta kalmada en önemli kriterler erken teşhis ve erken dönemde yapılan uygun tedavidir<sup>2-4</sup>. Teşhis ve tedavideki gecikme pürülan mediastinit, plörit, sepsis ve ölüme yol açabilir.

Özofagus perforasyonu akut mediastinitin önemli bir sebebidir. Servikal veya üst torasik özofagus perforasyonu hava, oronazal sekresyonlar ve yutulan gıdalar mediasteni kontamine eder. Birkaç saat içinde ödem, pürülan ve kötü kokulu eksüda ve aşikar nekroz gelişir. Bu proses mediastinal dokular içinde hızla yukarı ve aşağı doğru yayılır. Plevra intakt kalırsa erken apse formasyonu oluşur. Plevra açılırsa enfeksiyon interplevral mesafeye yayılarak ampiyeme neden olur<sup>2-5</sup>.

Tedavi seçeneği; perforasyon nedeni, lokalizasyon, altta yatan özofagus hastalığı, tanı zamanı, özofagusun durumu, çevre organ yaralanması, hastanın genel durumu ve yaşına bağlı olarak değişir. Sağ kalımın göstergesi perforasyon ve tedavi arasında geçen süreye bağlı olsa da yaralanmanın ciddiyeti ve tecrübe de önemlidir<sup>5,6</sup>.

Medikal tedavi sadece seçilmiş hastalarda uygulanmalıdır. Medikal tedavi uygularken eldeki cerrahi tedavi seçeneği kaçırılmamalıdır<sup>5,7,8</sup>.

Konservatif tedavinin çok özel seçim kriterleri olup bu hastalara uygulanabilir (Tablo 1). Bu kriterler erken tanı, stabil hasta, minimal yaralanma ve minimal plevral ya da mediastinal kontaminasyondur<sup>8,9</sup>. Hastamızda da genel durumunun stabil ve perforasyonun özofagusa iyi drene olduğunun ve septik bir tablo olmadığı tespit edilmesi üzerine konservatif tedavi uygulandı.

Tablo 1. Konservatif Tedavi Endikasyon Kriterleri	
1	Sepsise gidiş bulguları ya da ağrısı olmayan ve klinik olarak <u>stabilite</u> hasta
2	Erken tanı; tercihen yaralanma anında fark edilmiş olması ya da geç tanı ama yaralanmayı <u>tolere</u> ettiği gösterilmiş ve oral olmamış olan
3	Kapalı <u>perforasyon</u> yani <u>özofagus</u> lümeninin içine drene olan yaralanma ( <u>Özofagusa iyi drene olan perforasyon</u> )
4	Tümör ya da abdominal <u>özofagus perforasyonu</u> olmaması
5	<u>Perforasyonun distalinde</u> obstruksiyon olmaması
6	Göğüs cerrahisi uzmanı tarafından değerlendirilmesi
7	Kontrast <u>özofagogramda mediastinum</u> tutulumuyla sınırlı ve <u>plevral</u> aralıkta tutulum olmaksızın minimal <u>ekstravazasyonlu</u> veya <u>ekstravazasyonsuz perforasyon</u>
8	Minimal <u>semptom</u> veren <u>perforasyon</u>
9	Küçük <u>perforasyon</u> . (0,5 mm'den daha küçük)

**Tablo 1**  
Konservatif Tedavi Endikasyon Kriterleri

Konservatif tedavi, yaralanmadan sonraki 48 saatte hastanın stabil olmasını, TPN'u ve en az 7 gün geniş spektrumlu antibiyotik tedavisini içerir. Bu hastalarda NGS takılması konusunda görüş ayrılıkları vardır çünkü NGS, intratorasik negatif basınç gradientine karşı bir dekompresyon sağlayabilmesine karşın körleme takılmaya çalışması perforasyonu büyütebilir. Ayrıca NGS özofagus lümenine gastrik reflü olmasına yol açabilir<sup>10</sup>. Hastamızda konservatif tedavi protokolü aynıysa ile uygulanmış ve NGS takılması tercih edilmemiştir.

Sonuç olarak, özofagusun spontan perforasyonları sık değildir, üstelik intralümenal basınç artışına sekonder gelişen perforasyonlar nadirdir. Özellikle proksimal lokalizasyonlu perforasyonlarda öncelikle konservatif tedavi yöntemleri denenebilir. Yapılan tüm konservatif yöntemlere rağmen 24 saat içinde hastanın genel durumunda bir iyileşme olmazsa ve sepsis bulguları gelişirse tedavi başarısız kabul edilmeli ve derhal cerrahi müdahale uygulanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Plott E, et al. A state-of-the-art review of esophageal trauma: where do we stand? Dis Esophagus. 2007;20:279-89.
2. Asensio JA, et al. Penetrating esophageal injuries: multicenter study of the American Association for the Surgery of Trauma. J Trauma. 2001;50:289-96.
3. Eroglu A, et al. Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair. Dis Esophagus. 2004;17:91-4.
4. Eroglu A, et al. Current management of esophageal perforation: 20 years experience. Dis Esophagus. 2009;22:374-80.
5. Kaman L, et al. Management of esophageal perforation in adults. Gastroenterology Research. 2010;3:235-44.
6. Gupta NM, Kaman L. Personal management of 57 consecutive patients with esophageal perforation. Am J Surg. 2004;187:58-63.
7. Mishra B, et al. Non operative management of traumatic esophageal perforation leading to esophagocutaneous fistula in pediatric age group: review and case report. World J Emerg Surg. 2015;10:1-7.
8. Eroğlu A, Aydın Y, Aksoy M. Özofagus yaralanmaları. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;2:260-71.
9. Paul S, Chang M.Y. (Çağırıcı U, Turhan K.), Künt ve Penetran Özofagus Yaralanmaları. In: Mustafa Yüksel, çeviri editörü. Erişkin Göğüs Cerrahisi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2011. s. 361-72.
10. Yenigün B, ve ark. Özofagus yaralanmaları. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1:60-74.

## Sunum Bilgisi

8. Ulusal Göğüs Cerrahisi Kongresinde (Nisan 2015, Antalya) poster olarak sunulmuştur.