

BOERHAAVE SENDROMU (BİR OLGU NEDENİYLE)

YAŞAR YILMAZKAYA (1) FEVZİ GÜNEŞ (2) ESRA ÖZTÜRK (2) ZEKİ ÇAVUŞOĞLU (3)
YUSUF SÖNMEZ (3) ALİ ALEMDAR (3) ŞAHİN BARUT (4)

Oldukça ender rastlanılan spontan özofagus rüptürü çözümlenmesi güç bir klinik sorundur. Teşhis ve tedavisi güçlüklerle dolu olan bu antite morbid "BOERHAAVE" sendromu ismi ile anılır. Kliniğimizde, Epigastriumda ağrı, kusma ve boyunda cilt altı Amfizemi ile gelerek yatırılan 15 yaşında bir kız çocuğunda tanı sonucu Spontan Özofagus delinmesi (BOERHAAVE SENDROMU) tesbit edilen bir olgu bildirilmiştir.

Spontaneous perforation of the esophagus in a rare clinical entity which the analysis in difficult. The diagnosis and treatment of the spontaneous perforation of the esophagus (Boerhaeve's syndrome) may propore some difficulties. In these papers we reported a 15 years old girl with Boerhaeve's syndrome with clinical manifestations of pain in epigastrium, subcutaneous emphysema of the neck and vomitus.

GİRİŞ

Özofagusun spontan rüptürü ilk defa 1704 yılında Hollandalı Hekim BOERHAAVE tarafından tarif edilmiştir. (5) BOERHAAVE'nin hastası 50 yaşlarında güçlü kuvvetli bir amiral emeklisidir. Hastasında ani ve batıcı karakterde ağrısına eşlik eden kusma mevcut olup müteakiben çok belirtileriyle hasta 24 saat sonra kaybedilmiştir. Bu tablonun benzeri de 1946 yılında "BARRETT" tarafından tarif edilmiştir. (3,4) OLSEN ve GLAGETT tarafından bir süre sonra cerrahi müdahale ile bu tip hastaların erken dönemde kurtarılabilme olasılığının mevcut olduğu ifade edilmiştir. (4) Anatomik bakımdan özofagusda sindirim kanalının diğer bölümlerinde bulunan seroza katı bulunmaz, bu nedenle sindirim sisteminin diğer bölümlerine kıyasla düşük basınçlara bile karşı koyamayıp yırtılmasına sebep olabilir.

Özofagusun distal bölümü sol plevranın, orta bölümü ise sağ plevranın hemen altında yer alır. Bu bölümlerde özofagusu destek sağlayacak yumuşak dokular bulunmaz.

Kusma sırasında özofagus alt bölümünün çapı normalin 5 misline veya daha yüksek değere ulaşabilir. Kusma sırasında negatif göğüs- içi basıncının artması lümen çapında ani değişiklikler ortaya çıkararak rüptür için uygun ortam yaratır. (6) Spontan veya aşırı zorlanmaya bağlı olarak meydana gelen rüptürler çok enderdir. SAWYERS ve arkadaşlarının bildirdikleri 64 olgudan 8'i ROSOFF ve WHITE tarafından bildirilen 68 olgudan 16'sı bu şekilde oluşmuştur. Bu bildirimlerle spontan özofagus rüptürünün genel hasta topluluğuna göre görülme sıklığı 75.000/1'dir. Özofagusun üçte-bir alt bölümünde oluşan rüptürlerin çoğu, spontan niteliktedir.

OLGU

Ç.K. (Protokol no: 5284) 15 yaşında ev kızı.

ŞİKAYETLERİ: Bulantı, kusma, epifastrium ağrısı, boyunda şişlik (cilt altı amfizemi)

HİKAYESİ: Gittiği diş hekiminden sonra bulantı ve kusma başlayan hasta müracaat ettiği doktordan semptomatik tedavi olmuş. Aynı zamanda epigastrium ağrısı ve boyunda cilt altı amfizemi gelişmiş ve kliniğimize yatırılmıştır.

FİZİK MUAYENE: Servikal bölgede her iki supraklaviküler fossada sternal bölgede cilt altı amfizemi mevcut, epigastrium bölgesi palpasyonla ağrılı.

RADYOLOJİK BULGULAR: P-A akciğer grafisinde yumuşak dokularda cilt altı amfizem bulguları mevcuttur.

ÖZOFAGO GRAFİ: Urovison ampul ile yapılan özofagus pasaj tetkikinde özofagus alt bölümünde ve sol ciğerde sızıntı yapan opak imajı mevcut.

- 1) Göğüs Hastalıkları, Klinik Şefi Kartal Devlet Hastanesi
- 2) Göğüs Hastalıkları Asistanı, Kartal Devlet Hastanesi
- 3) Genel Cerrahi Uzmanı Kartal Devlet Hastanesi
- 4) Genel Cerrahi Asistanı, Kartal Devlet Hastanesi

TEDAVİ: Bu bulgular ışığında hasta cerrahi kliniğinde genel anestezi altında ameliyata alındı. Gastrik üzeri median kesi ile batın açılarak, özofago-gastrik bileşkeye varıldı. Cardio-özofageal bileşkeden yaklaşık 10 cm.'lik özofagus distali künt disseksiyonla serbestleştirildi. Sol postero-lateralde ve cardio-özofageal bileşkeden yaklaşık 3 cm. proksimalde fibroz yapışıklıklar submukozaya kadar giden 0.3 cm.'lik longitudinal ve dorsal düzenlemede rüptürle karşılaşıldı, ancak spontan olarak kapanmaya meyilli olduğuna karar verildi. Levin tüp + dren konularak kapatıldı.

TARTIŞMA

BOERHAAVE Sendromu genellikle ağır ve ölüme yol açan bir olaydır. Tedavi edilmeyen hastalar 24 saat içerisinde ölebilir. Hasta çoğu kez erken dönemde kollapsa girer. Delinmenin olduğu düzeyde duyulan ağrı bütün olguların ortak belirtisidir. Özofageal perforasyon intra-abdominal basıncın ani artışı izleyerek gelişebilir. Öksürük, hıçkırık, ağır kaldırma ve hatta doğumda olabilir. Kapalı cricopharyngeusa rağmen kuvvetli olarak mide içeriklerinin özofagusa reflux'u halinde intra-özofageal basınçta dramatik olarak artma gelişir. (1) Deneysel olarak erkeklerde kadınlara göre 5 kat fazladır. Açık olarak bir hıçkırık ve geçirme atağını izleyen sol omuza yansıyan ağrı, solda göğüs ağrısı, retrosternalde ani başlangıç gösteren ağrı tablosu mevcuttur. (10) Ağrının başlangıcından kısa bir zaman sonra genellikle hastanın ateşi yükselir ve genel durum hızla bozulur. Vital belirtilerde erken dönem değişiklikleri mevcuttur. Mediastinal dokuları ilgilendiren delinmelerde akciğer tabanlarında yaygın raller duyulabilir. Hasta soluğunu tuttuğu anda kalbin her vurumunda mediastende bulunan hava özel bir ses çıkarır. Buna Hamman'ın "mediastinal çıtırtı sesi" denir. Daha yaygın mediastinal amfizem olgularında boyun tabanında krepitasyon alınabilir. Zamanla cilt altı amfizemi tüm göğüs duvarı ve boyunu kapsar, eğer plevra boşluğuna delinme cereyan etmiş ve hipronömotoraksa yol açmış ise dispne, siyanoz, hava açlığı, akciğer kollapsı ve tansiyon pnömotoraksa ilişkin diğer solunum belirtileri ortaya çıkar.

Dispneik hastalarda mediastinum içinde havanın varlığında, ya da sol hemitoraks içerisinde sıvı varlığında bu sendromdan şüphelenilir. (6)

Özellikle tanıyı kuvvetlendiren özofago grafidir. Özofagusun kontrast maddelerle yapılan radyolojik incelemeleri vakit geçirilmeksizin uygulanmalıdır. Trase boyunca yukarı doğru yükselen opak madde imajı tipiktir. Böylelikle özofagusta perforasyon seviyesi tesbit edilir. (20)

BOERHAAVE Sendromu özellikle post-emetiktir, ancak bazı hastalık komplikasyonu olarak da spontan perforasyon gelişmektedir. (21) Şiddetli astmatik atak sonrası (13), geçirme sonrası (8), şiddetli öksürük ve hıçkırık nöbetleri sonrası da gelişebilir. (2)

Myokard infaktüsünde özofagus perforasyonunu predispoze edilen faktörlerdendir. (11) FENELEY (7) böyle bir olguyu ilk olarak yayınladılar. TRİGGIANİ ve BELSEY (18) genç bir erişkinde bulantı ve kusma olmaksızın komik bir TV programı izlerken gelişen 1/3 orta özofageal perikardiuma açılan perforasyon olgusunu tarif ettiler.

Klasik olarak BOERHAAVE sendromu:

- Orta yaş erkek
- Alkolizm ve kötü beslenme
- MACKLER TRİADI (17)
- Kusma
- Alt torasik ağrı
- Subkutaneöz amfizem

En sık rastlanan laboratuvar bulguları lökositoz ve sıvı kaybına bağlı olarak gelişen hemokonsantrasyon oluşur. Aspire edilen plevra sıvısından yutulan tükrüğe bağlı yüksek amilaz düzeyi saptanabilir.

Ayrırcı teşhiste; bu sendromdan karın ağrısı son derece şiddetli olup şiddet ve yayılma yönünden çoğu kez duodenum ülserlerinin delinmesi yahut pankreatit nedeniyle ortaya çıkan ağrıları andırır. Göğüste duyulan ağrı ise aorta'nın disekan anevrizması veya miyokard enfarktüsü ağrılarını andırır. Özofagus rüptüründen şüphe edilen bir hastada gerekli değerlendirme birkaç saat içinde yapılmalıdır. Böylelikle gerçek teşhise yönelik acil tedaviye başlanabilir.

TEDAVİ: Bazı özel koşullarda konservatif yöntemlerle tedavi edilen özofagus delinmesi olguları yaşamlarını sürdürebilir. Bununla birlikte cerrahi tedavi özofagus delinmesi olgularının çoğunda başarılı olur. Uygulanacak cerrahi yaklaşım hem delinmenin nedenine hem de delinme olayıyla cerrahi girişim arasına geçen süreye bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Servikal delinme: Delinmenin servikal özofagusta olduğu olgularda ekstrasozyosyonun kısıtlı oluşu ve göğüste herhangi bir patolojik olayın olmaması koşuluyla yoğun antibiyotik tedavisi, ağızdan beslenmenin yasaklanması damardan beslenme sağlanması gibi önlemler bazen yeterli tedavi sağlar.

Krepitasyon ve özofagus lümeni dışına çıkan muhtevanın fasya katlarına yayılmasına neden olan servikal özofagus delinmelerinde, en azından yoğun antibiyotik tedavisiyle birlikte cerrahi drenaj uygulamasına başvurulmalıdır. Teknik yönden olanak varsa, deliğin kaatılması yararlı bir işlemdir. Doğru tedavinin uygulandığı servikal özofagus delinmelerinde ölüm oranı oldukça düşüktür.

Torasik delinme: Delinme olayı ile cerrahi girişim arasından geçen süre torasik delinme olgularının yaşamını belirleyen en önemli etkidir. Delinmeyi izleyen 24 saatte daha kısa bir zamanda tedavi edilebilen hastalarda ölüm oranı % 10-15 kadardır. Buna karşılık cerrahi tedavi uygulanması gecikilen olgularda bu oran % 50'ye yükselmektedir. Spontan ve enstrumental delinmelerde erken-

den özofago grafi ile birlikte göğüs drenajı uygulanması çoğu kez başarılı sonuç verir. Kapatım çizgisi, çevredeki dokulardan yama olarak yararlanılarak desteklenmelidir. Alt özofagus rüptürlerinde Thal tarafından tanımlanan yakındaki fundus bölümünün bu amaçla kullanılması yöntemi özellikle değerli bir işlemdir. (17) Kapatım çizgisi diyafragma lambosu veya civardaki plevra ile de örtülebilir.

Cerrahi tedaviden sonra enfeksiyonun sürmesi ve çeşitli komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı daima vardır. Mediastinit, empiyem, akciğer veya mediasten apsesi, diyafragma-altı abseleri ve rafi veya anastomaz kaçığı gibi durumlar erkenden tanınmalı ve en uygun teknikle acilen tedavi edilmelidir.

Özofagus delinmelerinde mortalite ve morbidite oranlarının henüz yüksek olmasının başlıca nedenini, enfeksiyöz komplikasyonlar oluşturmaktadır.

Olgumuzda boyun ve göğüste gelişen cilt altı amfizemi, sürekli bulantı ve kusma, ardından aniden gelişen batin ve sol omuza yansıyan sol göğüs ağrısı (bilhassa retrosternalde gelişen), sonrası hematemez tablosu dikkati özofagus üzerine topladı. Boyunda cilt altı amfizeminin ortaya çıkması yol gösterici oldu. Çekilen özofagus grafisinde kalasik opak madde imajının görülmesi ve arkasında yapılan cerrahi girişim tahmini yaklaşımımızı kesin olarak kanıtladı. Bu nedenle nadir bir sendrom olan olguyu yayınlamayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

- 1- Abbott OA, Mansur KA, Logan WD, et al: Atraumatic so-called "spontaneous" rupture of the esophagus: a review of 47 personal cases. with comments on a new method of surgical therapy. J Thorac Cardiovasc Surg 59:67-83, 1970
- 2- Banks JG, Bancewicz J: Perforation of the esophagus: experience in a general hospital. Br J Surg 68: 580-584, 1981
- 3- Barrett NR: Spontaneous perforation of the oesophagus: review of the literature and report of 3 new cases. Thorax 68:48-70, 1946
- 4- Barrett NR: Report of a case of spontaneous perforation of the oesophagus successfully treated by operation. Br J Surg 35: 216-218, 1947
- 5- Boerhaave Revisited: Spontaneous Esophageal perforation as a diagnostic masquerader. The Am. J of Med. 86: 345-346, 1987
- 6- Curci JJ, Horman MJ? Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment. Ann Surg 183: 401-408, 1976
- 7- Feneley MP. Pneumopericardium. Aust N Z J Med 13: 75-78, 1983
- 8- Kennard HWH: Rupture of oesophagus during childbirth. Br Med J 1: 417, 1950
- 9- Mackler SA: Spontaneous rupture of the esophagus. An experimental and clinical study. Surg Gynecol Obstet 95: 345-356, 1952
- 10- Maglente DDT, Edwards MC: Spontaneous closure of esophageal tears in Boerhaave's syndrome. Gastrointest Radiol 4: 223-225, 1979
- 11- Mansour KA, Teaford H: Atraumatic rupture of the esophagus into the pericardium simulating acute myocardial infarction. J Thorax Cardiovasc Surg 65: 458-461, 1973
- 12- Olsen AM, Clagett OT: Spontaneous rupture of the esophagus: report of a case with immediate diagnosis and successful surgical repair. Postgrad Med 2: 417-421, 1947
- 13- Raffle EJ: Spontaneous rupture of the esophagus and bronchial asthma. Lancet 1: 938-940, 1958
- 14- Rosoff L. and White, E.J: Perforation of the esophagus AM. J. Surg, 128: 207-218, 1974
- 15- Sawyers J.L. et al: Esophageal perforation An increasing challenge Ann Thorac surg 19: 233-238, 1975
- 16- Sealy WC: Rupture of the esophagus. Am J Surg 105: 505-510, 1963
- 17- Thal, A.P. and Hatafuku, T: Improved operation for esophageal rupture. J.A.M.A. 188: 826, 1964
- 18- Triggiani E, Belsey R: Esophageal trauma: Incidence, diagnosis and management Thorax 32: 241-249, 1977
- 19- Urschel, H.C. Razzuk, M.A..., et al improved management of esophageal perforation: Exclusion and diversion in continuity Ann surg: 179: 587-591, 1974
- 20- Wechsler RJ: CT of esophageal-pleural fistulae. AJR 147: 907-909, 1986
- 21- Wilson DR, Cote RW, Bailey LL: Boerhaave syndrome: lifter's liability. West J Mod 133: 517-519, 1980.