

## ÖZAFAGUS RÜPTÜRÜNDE KONSERVATİF TEDAVİ

## CONSERVATIVE TREATMENT IN ESOPHAGEAL RUPTURE

Dr. Mustafa ÖNCEL, Dr. Erhan TUNCAI, Dr. Oya İMAMOĞLU, Dr. Hakan YILDIZ, Dr. Ergin OLCAY\*

**SUMMARY:** Oesophageal perforation, is a rare condition, can be caused by external trauma, or instrumentation, or foreign body. A spontaneous form of the rupture is named as Boerhaave syndrome. Because of the protected location of oesophagus, its perforation is generally associated with other organ injuries. Conservative therapy is one of the modalities treatment is proposed. In these papers, a patient with a traumatic oesophageal perforation is reported. He is treated by conservative therapy and additional irrigation that haven't been found in the literature. The patient is cured without any complication.

**Key words :** Oesophagus, perforation, conservative therapy, irrigation

Özafagus rüptürü seyrek görülmesine karşın tanı ve tedavisi özellikler gerektiren bir patolojidir. En sık sebep enstrüasyon sırasında oluşan iatrojenik yaralanmalar ve spontan perforasyonlardır. Bunun dışında yabancı cisimler ve seyrek olarak da travma özafagus rüptürüne yolaçabilir. Patolojinin oluşumu ile tedavi arasındaki interval prognozu etkilemektedir. Tedavide genelde uygun bir cerrahi yöntem seçilir ancak konservatif yaklaşım uygun vakalarda uygulanabilir.

**OLGU:**

MG. 40 yaşında. Erkek.

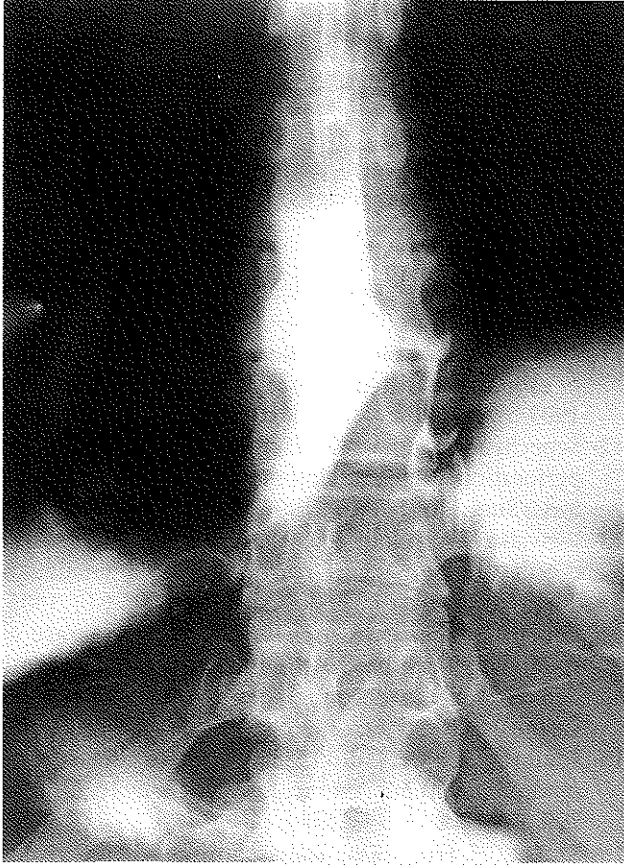
Yüksekten sivri bir cismin üzerine düşme sebebiyle acil polikliniğimizde görülen hastanın thoraks ve batınında hassasiyet mevcuttu. Çekilen grafisinde sağda 4., 5., 6., solda 3.ve 5. kotlarda fraktür ve bilateral hemotoraks olduğu görüldü. Ayrıca sağ skapulunun altında yaklaşık 2cm'lik toraksa nazif olan kesisi mevcuttu. Vital bulguları iyi olmayan hasta acilen ameliyathaneye alındı. Yapılan peritoneal lavajın (++++) olarak değerlendirilmesi üzerine yapılan laparatomide Grade 4 dalak rüptürü saptandı. Bilateral tüp torakostomisi ve splenektomi yapılan hastaya peroperatuar nazogastrik sonda uygulandı ve rahatça mideye ulaştığı gözlemlendi. Postoperatif 2. güne kadar herhangi bir problemi olmayan hastanın nazogastrik sondasının çekilmesinden ve hastaya oral gıda verilmeye başlanılmasından sonra sağ toraks tüpünden gelen mayi miktarı arttı. Özafagus rüptüründen şüphelenildi. Hastaya metilen mavisi içirildi ve sağ thoraks tüpünden geldiği gözlemlendi. Bu sebeple hastaya uygulanan özafagografi (Resim-1) ve özafagoskopide 35. cm'de, 1 cm'lik, çevresi fibrinöz yapı gösteren perforasyon ve sağ

diafragma üzerinde ürografın birikimi görüldü. Tedavinin irrigasyon ve konservatif yaklaşım olarak devam ettirilmesine karar verildi. Bu yöntemle hastaya perforasyonun daha üst seviyesinde kalan bir nazogastrik yutturuldu ve günde kademeli olarak azaltılmak şartıyla 3000-7000 cc %0.9'luk NaCl solüsyonu 25 gün süreyle bu nazogastrikten verildi. Verilen mayinin yaklaşık olarak tamamı sağ thoraks tüpünden alınıyordu. Bu aşamada hastaya total parenteral nütrisyon verildi, hasta sepsis açısından takip edildi ve 7., 15., 25. günler özafagografi çekilerek tedavinin etkinliği takip edildi. Çekilen özafagografilerin hepsinde suda çözünürlüğü olan kontrast maddeler kullanıldı. Hergün nazogastrik tüpten verilecek mayi miktarına o günün sabahı hastanın genel durumu, şikayeti olup olmaması, lökosit sayısı, ateşi ve toraks tüpünden gelen miktar göz önüne alınarak karar verildi. 25. gün nazogastrik tüp çekildi ve hastaya ağızdan su verilmeye başlandı. 29. gün sulu gıda verilen hasta bunu tolere etti ve 32. gün hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide sağ diafragma üzerindeki poşun kaybolduğu görüldü ve aynı gün hasta şifa ile taburcu edildi. Bundan 45 gün sonra hastaya uygulanan özafagoskopide perforasyona ait skatris dokusundan başka bir patoloji göze çarpmamaktaydı. Hasta postoperatif 3. ayında ve herhangi bir problemi olmadan yaşamına devam etmektedir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ**

Özafagus perforasyonu acil ve çok ciddi bir klinik tablodur. Cerrahi tekniklerdeki ve antibiyotik tedavisindeki ilerlemelere karşın hala mortalite ve morbidite oldukça yüksektir. Yaralanmanın anatomik yeri daha çok thorakal ve servikal segmentlerde seyrek olarak da abdominal segmenttedir ve bulguların ortaya çıkmasında ve tedavi yönteminin seçilmesinde rol oynar(1,2). Anatomik lokalizasyon mortalitede de belirleyici bir faktördür: servikal ve abdominal

\*Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Servisi,  
Yazışma Adresi: Dr. Mustafa ÖNCEL  
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Servisi  
Cevizli/ İSTANBUL



RESİM 1.

yaralanmalarda mortalite %12 ve %24 iken thorakal yaralanmalarda %40'ı bulmaktadır.(3)

Perforasyonun en sık nedeni iatrojenik yaralanmalardır. Endoskopik incelemeler, dilatasyon amaçlı enstrümantasyonlar, yabancı cisimler ve bunların çıkarılması için yapılan girişimler sonucu gelişen yaralanmalar tüm özafagus yaralanmalarının yaklaşık %60-80'ini oluşturur. Ancak bu tür perforasyonlarda tanı girişim sırasında konulabildiği için prognoz daha iyidir. Boerhaave'in tanımladığı kusmayla ilişkili olan ve tüm özafagus duvarını kapsayan spontan rüptürler %7-12, yanık veya kanser gibi sebeplerle oluşan yaralanmalar ise %3-6 oranında görülürler. Özafagus korunan bir bölgede bulunduğu için travmatik rüptürleri seyrek ve genellikle başka yaralanmalarla beraber görülür.(4) Tüm perforasyonların sadece %3-8'i künt veya penetran travmayla oluşur. Künt travmalarda karın veya toraksa dışarıdan yapılan basıncın oluşturduğu harotravma yaralanmanın temel mekanizmasını oluşturur. (1,2,4,5,6)

Endoskopik girişimler ve enstrümantasyonlar sonrasında şikayetleri olanlarda, yabancı cisim yutanlarda, kostik madde içenlerde, toraks ve boyun travması alanlarda özafagus yaralanması akla gelmelidir. Teşhisin ilk 24 saatte konulup, tedavinin başlaması durumunda mortalite %10-15 iken teşhis ve tedavi geciktiğinde %50'ye yükselmektedir. Torakal ağrı, ateş, disfaji, mediastinal ve

subcuteneal amfizem, öksürük, stridor, disfoni, sepsis, akut batın bulguları verebileceği gibi %7 vakada asemptomatik olabilir.(4) Özafagus yaralanmalarında kesin tanı özafagografi ve özafagoskopi ile konur. Her iki teknik tek başına kullanılırsa %40 yanlış negatif sonuç verebilir, bu sebeple durumu stabil hastalarda her ikisi de yapılmalıdır. Her iki testin kullanılması durumunda duyarlık %100'e ulaşır.(3) Baryumlu özafagografi her ne kadar suda çözünürlüğü olan kontrast maddelere üstünlüğü olsa da yaralanma yerinden mediastene sızarak mediastenit yapma riski olacağından tetkik öncelikle Radyografin uygulanarak yapılmalıdır. Sonuç negatif olarak değerlendirilirse tetkik Baryum'la tekrarlanabilir.(3) Tanıda bilgisayarlı tomografi ve akciğer grafisi yol gösterici olabilir.(4,7) Şüphelenmek ve tanıyı koymak özofagus rüptürlerinin seyirindeki en önemli aşamadır, çünkü tanının gecikmesi prognozu ciddi olarak etkiler.(1,8,9,10)

Tedavinin planlanmasında perforasyonun yeri, nedeni, yaralanmanın üzerinden geçen interval, hastanın genel durumu, sepsis gelişip gelişmediği rol oynar. (11) Cerrahi tedavi sadece drenaj ve primer tamirden total özafajektomi ve rekonstrüksiyona kadar geniş bir yelpazeyi içine alır: Doku flebi çevirme, servikal özafagostomi, omentumun pedikülüyle beraber yamanması, transhiatal drenaj, özofageal eksklüzyon, endoskopik kliplleme.(4,12,13, 14) Hasta cerrahiye alınınsın veya alınmasının ağızdan gıda alımının kesilmesi, aerob ve anaerob bakterilere karşı geniş spektrumlu antibiyoterapi, sıvı ve elektrolit dengesinin düzeltilmesi, tüm oral gıda alımın durdurulması, total parenteral nütrisyon uygulanması, kardiyopulmoner desteğin sağlanması esastır.(3) Cerrahi tedaviye alternatif olarak seçilmiş bazı vakalarda tanı gecikmiş olsa bile konservatif tedavi uygulanabilir. Ancak hasta sepsiste olmamalı, sistemik şikayetleri minimal olmalı ve genel durumu iyi olmalıdır.(2,4,12,15).

Literatürde konservatif tedaviye yer verilmiş ve seçilmiş vakalarda yüz güldürücü sonuçlarına değinilmiş olsa da enfeksiyon odağının irrigasyonu yer almamaktadır. Sadece servikal özofagusta rastlanılan rüptürlerde transözofagial yıkama tedavisi uygulanan 8 hastalık bir seriye rastlanılmıştır. Bu serideki hastalardan mortalite ve sepsis oluşmadan altısında spontan olarak rüptür kapanmıştır. (16) Ancak burada sunulan olgu rüptürün yerleşimi ve teşhisin konulmasının gecikmesi açısından farklılık göstermektedir. Bu literatür bilgileriyle beraber sunulan olgu drenajı sağlanmış bir vakada yüksek volümlerde sıvıyla yıkayarak enfeksiyonla daha etkili bir mücadele sağlanabileceğini göstermektedir. Ancak bu yöntemle olumlu sonuçlar elde edilebileceğini göstermek için daha geniş hasta serilerine ihtiyaç vardır.

Özofagus rüptürü sonrasında tedaviye rağmen morbidite ve mortalite yüksektir. Yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık 1/3'ünde reoperasyon, %50'sinde ise özofagusta darlık sebebiyle dilatasyon gerekmiştir.(17) Erken teşhis ve tedavi ile yaralanmanın servikal özofagusta olması mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerdir, genel

mortalite ise %16-57 arasında değişmektedir.(1,2,4,11)

Sonuç olarak özofagus yaralanması önemli ve yüksek mortaliteyle seyreden bir klinik tablodur. Rüptür şüphesi olan hastalarda teşhisin erken konulması için çaba gösterilmeli ve gerekirse cerrahi müdahaleden kaçınılmamalıdır. Seçilmiş ve özellik gösteren hastalarda konservatif yöntem iyi sonuçlar vermektedir.

#### KAYNAKLAR:

- 1- Gawrychowski J, Rokicki W, Dziedzic M ve ark.: Observations related to causes and treatment of iatrogenic esophageal injuries. *Wiad Lek.* 1:254-258. 1997
- 2- Platel JP, Thomas P, Giudicelli R ve ark.: Esophageal perforations and ruptures: a plea conservative treatment. *Ann Chir.* 51(6):611-616. 1997
- 3- Kihitir T: Trakeobronkial sistem ve özofagus travması. In Kihitir T: *Travma cerrahisi*, İstanbul, Ulusal Tıp Kitabevi, 1992, pp89-93
- 4- Michel LA, Collard JM: Perforation, Boerhaave's syndrome, and Mallory-Weiss syndrome. In Morris PJ, Malt RA (eds): *Oxford textbook of surgery*. New York, Oxford University Press, 1994, pp:868-872
- 5- Haws MT, Kucan JO, Zamboni WA: Spontaneous esophageal perforation in an acute burn patient. *Ann Plast Surg.* 37(6):641-644. 1996
- 6- Svetitskii IV, Danskaia AK: Complication in esophageal bouginage. *Vestn Otorinolarigol.* 1:54-55. 1997
- 7- Hegenbarth R, Birkenfeld P, Beyer R: Roentgen findings in spontaneous esophageal perforation. *Aktuelle Radiol.* 4(6):337-338. 1994
- 8- Sabanathan S, Eng J, Richardson J.: Surgical management of intrathoracic oesophageal rupture. *Br J Surg.* 81(6):863-865. 1994
- 9- Kotsis L, Apati E, Agocs L ve ark.: Early diagnostic pitfalls in esophageal perforation and spontaneous rupture of the esophagus. *Orv Hetil.* 136(28):1491-1495. 1995
- 10- Cieslinski K, Peplinski J, Skokowski J: Boerhaave syndrome: Diagnostic difficulties. *Pneumonol Alergol Pol.* 62(9-10):526-529. 1994
- 11- Kotsis L, Kostic S, Zubovits K.: Multimodality treatment of esophageal disruptions: *Chest.* 112(5):1304-1309. 1997
- 12- Senechaud C, Robert JH, Bertin C ve ark.: Esophageal perforation: Which treatment under which situation?. *Swiss Surg.* 2(5):187-190. 1996
- 13- Wewalka FW, Clodi PH, Holdinger D: Endoscopic clipping of esophageal perforation after pneumatic dilation for achalasia. *Endoscopy.* 27(8):608-611. 1995
- 14- Kimino K, Tobinaga K, Nakasana T ve ark.: A case of spontaneous ruptured of the esophagus managed with pedicled omental covering. *Nipper Kyabu Geka Gakkai Zasihi.* 44(7):990-993. 1996
- 15- Traum S, Lane CE, Dalton ML Jr.: Surviving Boerhaave's syndrome without thoracotomy. *Chest.* 106(1):297-299. 1994
- 16- Santos GH, Froter RW.: Transesophageal irrigation for the treatment of mediastinitis produced by esophageal rupture. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 91(1):57-58. 1986
- 17- Lannetton MD, Vlessis AA, Whyte RI ve ark: Functional outcome after surgical treatment of esophageal perforation. *Ann thoracic surg.* 64(6):1606-1609. 1997