

BÖLÜM 13



ÖZOFAGUS PERFORASYONUNDA TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Mehmet GÜZEL¹

ÖZET

Özofagus perforasyonları nadir görülmesine rağmen hayatı tehdit eden ciddi bir durumdur. Özofagus dışta serozası olmadığı için perforasyonlara ve yırtılmalara hassas bir organdır. Tanısal ve terapötik işlem olan endoskopinin yaygınlaşması ile perforasyonların %55 -%60 ı iyatrojenik kaynaklanmaktadır. %55 oranında en sık toraksta oluşurken bunları sırası ile %25 servikal bölge, %20 abdominal bölge izler. Bu hastalığın yönetiminde etiyoloji ve lokalizasyon önemli olduğu kadar, tanı süresi, yaralanma türü, perforasyonun boyutu ve hastanın komorbiditesi de önemlidir. Erken tanı ve tedavi oldukça hayat kurtarıcıdır. Tıpta gelişen tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen mortalite ve morbidite halen yüksek seyretmektedir. Yakın zamana kadar cerrahi tedavi ön planda iken güncel dönemde endoskopik girişimler (stent, sutur, klips, vakum, doku yapıştırıcısı) daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Konservatif ve minimal invazif tedavi yaklaşım oranlarının artmasına rağmen cerrahi girişimin önemi hiçbir zaman kaybolmamıştır. Bundan dolayı cerrahların ameliyat endikasyon ve operasyon süreçlerine hakim olması gerekmektedir.

¹ Op. Dr., İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Cerrahisi BD., mehmetguzel209@gmail.com



•Spontan özofagus rüptürü, İatrojenik ve travmatik bir rüptür ile karşılaştırıldığında ölüm oranı daha yüksekti (yüzde 36'ye karşı yüzde 19'a karşı 7).

Postoperatif komplikasyonların sıklığını ve tipini detaylandıran geniş serilerden oluşan herhangi bir rapor bulunmamaktadır. Küçük hasta serilerine dayanarak, en sık bildirilen komplikasyonlar arasında kalıcı kaçak, fistül oluşumu, mediastinit, ampiyem, özofagus darlığı, pnömoni, apse, mediastinit ve sepsis yer alır (19) (21) (22) (23).

NONOPERATİF YÖNETİM

Ameliyatsız takip, daha erken tanı ve daha az kontaminasyon içeren iyatrojenik özofagus perforasyonlarının artması ile son yıllarda artış göstermiştir. Ameliyatsız takip için esas olan dikkatli hasta seçimidir; uygun hasta seçimi yüzde 100 sağkalım oranlarına ulaşabilir [36-38]. Non operatif takip yapılabilmesi için, özofagus patolojilerine hakim klinisyenler, dikkatli hasta takibi ve uygun cerrahi ekibin erken katılımını gerektirir. (Tablo 3)

Servikal perforasyon çevre organların konumları dolayısı ile non operatif yaklaşım için en sıklıkla düşünülen perforasyonlardır. Plevral veya periton boşluğunda gelişen perforasyonlar, kontamine içeriğin geniş, boş alanlarda dökülmesini kontrol etmenin zorluklarından dolayı, ameliyatsız tedavi için göreceli bir kontrendikasyondur.

KAYNAKLAR

1. Oesophagus, Barrett NR. Spontaneous perforation of the, 1946, review of the literature and report of three new cases. *Thorax.* ve 1:48-70.
2. Schipper JP, Pull ter Gunne AF, Oostvogel HJ, van Laarhoven CJ. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. *Literature review and treatment algorithm. Dig Surg* 2009 ve 26:1.
3. Sepesi B, Raymond DP, Peters JH. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010 ve 26:379-383.
4. Fadoo F, Ruiz DE, Dawn SK, et al. Helical CT esophagography for the evaluation of suspected esophageal perforation or rupture. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 ve 182:1177-1179.
5. White CS, Templeton PA, Attar S. Esophageal perforation: CT findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1993 ve 160:767-770.
6. Curci JJ, Horman MJ. Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1976 ve 183:401.
7. Shaker H, Elsayed H, Whittle I, et al. The influence of the 'golden 24-h rule' on the prognosis of oesophageal perforation in the modern era. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010 ve 38:216.
8. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004 ve 77:1475.
9. Raymond DP, Watson TJ. Esophageal diversion. *Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2008 ve 13:138.
10. Mirilas P, Skandalakis JE. Benign anatomical mistakes: right and left coronary ligaments. *Am Surg* 2002 ve 68:832.



11. Fürst H, Hartl WH, Löhe F, Schildberg FW. Colon interposition for esophageal replacement: an alternative technique based on the use of the right colon. *Ann Surg* 2000 ve 231:173.
12. Barkley C, Orringer MB, Iannettoni MD, Yee J. Challenges in reversing esophageal discontinuity operations. *Ann Thorac Surg* 2003 ve 76:989.
13. Thomas P, Fuentes P, Giudicelli R, Reboud E. Colon interposition for esophageal replacement: current indications and long-term function. *Ann Thorac Surg* 1997 ve 64:757.
14. Freeman RK, Herrera A, Ascoti AJ, et al. A propensity-matched comparison of cost and outcomes after esophageal stent placement or primary surgical repair for iatrogenic esophageal perforation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015 ve 149:1550.
15. Sharma P, Kozarek R, Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. Role of esophageal stents in benign and malignant diseases. *Am J Gastroenterol* 2010 ve 105:258.
16. Freeman RK, Ascoti AJ, Giannini T, Mahidhara RJ. Analysis of unsuccessful esophageal stent placements for esophageal perforation, fistula, or anastomotic leak. *Ann Thorac Surg* 2012 ve 94:959.
17. Boumitri C, Kumta NA, Patel M, Kahaleh M. Closing perforations and postperforation management in endoscopy: duodenal, biliary, and colorectal. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2015 ve 25:47.
18. de Moura DTH, de Moura BFBH, Manfredi MA, et al. Role of endoscopic vacuum therapy in the management of gastrointestinal transmural defects. *World J Gastrointest Endosc* 2019 ve 11:329.
19. Salo JA, Isolauri JO, Heikkilä LJ, et al. Management of delayed esophageal perforation with mediastinal sepsis. Esophagectomy or primary repair? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993 ve 106:1088.
20. Jones WG 2nd, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuing challenge. *Ann Thorac Surg* 1992 ve 53:534.
21. Port JL, Kent MS, Korst RJ, et al. Thoracic esophageal perforations: a decade of experience. *Ann Thorac Surg* 2003 ve 75:1071.
22. Kim-Deobald J, Kozarek RA. Esophageal perforation: an 8-year review of a multispecialty clinic's experience. *Am J Gastroenterol* 1992 ve 87:1112.
23. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2012 ve 2013(41):580-637.