

11

Özofagus Perforasyonu

Evrin KAHRAMANOĞLU AKSOY
Erdal YEKELER

TANIM

Özofagus perforasyonu, yaşamı tehdit eden, nadir görülen bir durumdur. Yıllık insidansı 1.000.000’da 3,1’dir. İlk olarak 1724 yılında Boerhave tarafından tanımlanmıştır. Temel olarak iyatrojenik ve noniyatrojenik olarak iki gruba ayrılır. İyatrojenik perforasyonlar, özofagus perforasyonlarının yaklaşık olarak %70’ini kapsamaktadır. Tanısal endoskopik işlemlerde perforasyon riski %0,03 ile %0,11 arasında değişirken özofageal balon dilatasyonu, özofageal varis skleroterapisi, özofageal stent yerleştirilmesi, peroral endoskopik miyotomi gibi terapötik işlemlerde risk %9’a kadar çıkmaktadır. Nazogastrik, orogastrik tüp yerleştirilmesi, cerrahi işlemlere ve radyoterapiye sekonder perforasyonlar diğer iyatrojenik nedenlerdir. Spontan perforasyonlar yaklaşık %15 oranında görülür ve en sık noniyatrojenik perforasyon nedenidir. Künt travmalar, penetran travmalar, kimyasal yanıklar, yabancı cisimler, özofajitler, peptik striktürler, maligniteler diğer nedenleri oluşturmaktadır (1,2).

KLİNİK

Başvuru şikayetleri; perforasyon yeri, nedeni, başvuruya kadar geçen süre, perforasyon büyüklüğü gibi çeşitli faktörlere bağlıdır.

Servikal özofagus perforasyonu, boyun ağrısı, odinofaji, disfoni ile başvurabilir. Boyun palpasyonu sırasında krepitasyon ve hassasiyet saptanabilir. *Toraksik özofagus perforasyonu* Boerhaave teşhisi konan hastalarda sıklıkla öğürme ve kusma sonrası retrosternal göğüs ağrısı ile saptanır. Göğüs duvarı palpasyonunda krepitasyon saptanabilir. Mediastinal amfizemli hastalarda oskültasyonda ral duyulabilir. Dispne, takipne, göğüs perküsyonunda donukluk, vokal fremitusta azalma saptanabilir. *Abdominal özofagus perforasyonu* omuza yayılabilen, bulantı kusmanın eşlik edebildiği epigastrik ağrı ile başvurabilir. Serozaya ulaşan transmural yırtıklar akut peritonit ile başvurabilirler.

Ateş, taşikardi, takipne, hipotansiyon, siyanoz, mediastinit ve sepsis bulgusu olabilir (1,3).

debritman yapabilmek, loküle abse alanlarını drene edebilmek için transtorasik yaklaşım daha etkili olmaktadır (17,18). Perforasyonun geç fark edildiği (24 saat sonra fark edilen olgular) hemitoraksın ve mediasteninin enfekte olduğu olgularda, enfeksiyona yönelik gerekli tedavi yapıldıktan 4-6 hafta sonra rezeksiyon planlanmalıdır. Özofagus perforasyonlarına yönelik rezeksiyon operasyonlarında her zaman mortalite çok daha yüksek olmuştur (19).

Özofagus perforasyonları, anatomik lokalizasyona göre servikal, torasik ve abdominal yerleşimli olmaktadır. Her üç anatomik lokalizasyonda perforasyona yönelik cerrahi tedavi prensiplerinde küçük farklılıklar olsa da temelde yaklaşım aynıdır. Perforasyonlarda tedavi prensiplerini şöyle sıralayabiliriz.

1. Oral alımın kesilmesi
2. Plevral alanın göğüs tüpü ile drenajı ve ardından yıkama
3. Endoskopik yöntemler ile perforasyonun kapatılması
4. Perforasyon sahasının drenajı (Servikal veya batında ise)
5. Etkin antibiyotik başlanması
6. Beslenmenin sağlanması (Total parenteral beslenme veya enteral)
7. Etkin drenaj ve antibiyotik ile enfeksiyon/enflamasyon kontrol altına alındıktan sonra uygun cerrahi yaklaşım.

Özofagus perforasyonlarında erken tanı ve tedavide geç kalınırsa, mortalitesi çok yüksek bir durumdur. Her bir olgu ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Her bir olgu için farklı tedavi yaklaşımları uygulanabilir. Son yıllarda endoskopik yöntemlerin tedaviye sağladığı avantajlar cerrahi yöntemleri ikinci plana itmiştir. Ancak her perforasyonun cerrahiye ihtiyaç duyacağı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rogart JN. Foregut and colonic perforations: practical measures to prevent and assess them. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25(1):9-27.
2. Gurwara S, Clayton S. Esophageal perforations: An endoscopic approach to management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(11):57.
3. Paspatis GA, Arvanitakis M, Dumonceau JM, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement - Update 2020. *Endoscopy*. 2020;52(9):792-810.
4. Kaman L, Iqbal J, Kundil B, Kochhar R. Management of esophageal perforation in Adults. *Gastroenterology Res*. 2010;3(6):235-244.
5. Siddiqui S, Schraufnagel DP, Siddiqui HU, et al. Recent advancements in the minimally invasive management of esophageal perforation, leaks, and fistulae. *Expert Rev Med Devices*. 2019;16(3):197-209.

6. Henderson JB, Sorser SA, Atia AN, Catalano MF. Repair of esophageal perforations using a novel endoscopic suturing system. *Gastrointest Endosc.* 2014;80(3):535-537.
7. Sharaiha RZ, Kumta NA, DeFilippis EM, et al. A Large Multicenter experience with endoscopic suturing for management of gastrointestinal defects and stent anchorage in 122 patients: A Retrospective Review. *J Clin Gastroenterol.* 2016;50(5):388-392.
8. Laukoetter MG, Mennigen R, Neumann PA, et al. Successful closure of defects in the upper gastrointestinal tract by endoscopic vacuum therapy (EVT): a prospective cohort study. *Surg Endosc.* 2017;31(6):2687-2696.
9. Schorsch T, Müller C, Loske G. Endoscopic vacuum therapy of anastomotic leakage and iatrogenic perforation in the esophagus. *Surg Endosc.* 2013;27(6):2040-2045.
10. Chang CH, Lin PJ, Chang JP, Hsieh MJ, Lee MC, Chu JJ. One-stage operation for treatment after delayed diagnosis of thoracic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 1992;53(4):617-620.
11. Peng L, Quan X, Zongzheng J, et al. Videothorascopic drainage for esophageal perforation with mediastinitis in children. *J Pediatr Surg.* 2006;41(3):514-517.
12. Do YW, Lee CY, Lee S, Kim HE, Kim BJ, Lee JG. Successful management of delayed esophageal rupture with T-Tube drainage using video-assisted thoracoscopic surgery. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;49(6):478-480.
13. Wright CD, Mathisen DJ, Wain JC, Moncure AC, Hilgenberg AD, Grillo HC. Reinforced primary repair of thoracic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 1995;60(2):245-249.
14. Eroglu A, Turkyilmaz A, Aydin Y, Yekeler E, Karaoglanoglu N. Current management of esophageal perforation: 20 years experience. *Dis Esophagus.* 2009;22(4):374-380.
15. Sung SW, Park JJ, Kim YT, Kim JH. Surgery in thoracic esophageal perforation: primary repair is feasible. *Dis Esophagus.* 2002;15(3):204-209.
16. Zumbro GL, Anstadt MP, Mawulawde K, Bhimji S, Paliotta MA, Pai G. Surgical management of esophageal perforation: role of esophageal conservation in delayed perforation. *Am Surg.* 2002;68(1):36-40.
17. Okten I, Cangir AK, Ozdemir N, Kavukçu S, Akay H, Yavuzer S. Management of esophageal perforation. *Surg Today.* 2001;31(1):36-39.
18. Orringer MB, Stirling MC. Esophagectomy for esophageal disruption. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(1):35-43.
19. Seo YD, Lin J, Chang AC, Orringer MB, Lynch WR, Reddy RM. Emergent esophagectomy for esophageal perforations: A safe option. *Ann Thorac Surg.* 2015;100(3):905-909.