



İlginç bir Boerhaave Sendromu Olgusunun Cerrahi ve Endoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu

An Unusual Presentation of Boerhaave Syndrome and its Surgical and Endoscopic Therapy: A Case Report

Gürhan Çelik, Acar Aren, Hasan Bektaş, Mehmet Emin Güneş

Özet / Abstract

Boerhaave sendromu zorlu kusma ve kapalı krikofaringeus ile öğürme sonucu oluşmaktadır. İlginç bir Boerhaave sendromu olgusunu sunarak, cerrahi ve endoskopik tedavisi tartışıldı. Yetmiş bir yaşında erkek hasta zorlu bir kusma sonrası özofagus perforasyon nedeniyle oluşan akut karın nedeniyle Samsun'da özel bir hastahenenin acil servisine baş vurmuştu. Laparotomi ile özofagus tamiri yapılmış ve feeding jejunostomi uygulanmıştı. Postoperatif 6. günde pleural apse gelişmiş, sağ tüp torakostomi uygulanmış ve özofagus fistülü gelişmişti. Kliniğimize transfer edildikten sonra özofagografi, tomografi ve endoskopi gibi ileri tetkiklerle özofagus fistülünün yeri saptandı. Özofagusun alt ucundaki 3 cm'lik fistül ağzını örtecek şekilde bir "Covered Stent" endoskopik olarak yerleştirildi. Kontrol özofagografide kaçığın durduğu saptandı. Oral gıda alımı sonrası hastada distansiyon ve gastrointestinal obstrüksiyon bulguları gelişti. Laparotomi yapılarak jejunal torsiyon saptandı ve feeding jejunostomi kapatıldı. Yerleştirilmesinden 6 hafta sonra stent çıkarıldı. Kontrol özofagografi normaldi ve ağızdan beslenme başlandı. Olgumuzda olduğu gibi Boerhaave sendromu önceden var alan bir gastrointestinal hastalık nedeniyle de oluşabilmektedir. Erken tanının ve özenle seçilen tedavi yöntemlerinin, Boerhaave sendromu mortalitesini kabul edilebilir seviyelere indirebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Boerhaave sendromu, covered stent, özofagografi, feeding jejunostomi

Boerhaave's syndrome is esophageal rupture as a result of forceful vomiting or retching against a closed cricopharyngeus. We presented an unusual presentation of Boerhaave Syndrome and discussed its surgical and endoscopic therapy. A seventy one-year-old man had an acute abdomen after forceful vomiting due to esophageal rupture and was brought to the Emergency Clinic of a private hospital in Samsun. He had undergone laparotomy with a repair of the esophageal perforation and feeding jejunostomy. In the postoperative 6 th day, pleural abscess had developed and a right chest tube had been inserted. An esophageal fistula had developed. After he had been transferred to our Clinic, with further investigations using esophagography, tomography and endoscopy, the site of esophageal fistula was established. A "Covered Stent" was inserted and placed over the 3 cm large fistula orifice in the lower part of the esophagus. Control esophagography revealed that the leakage had stopped. After oral feeding the patient had distention and signs of intestinal obstruction. Laparotomy was done and a jejunal torsion was found and revised and the feeding jejunostomy closed. After 6 weeks of insertion, the stent was removed. Control esophagography was normal and oral feeding was started. Boerhaave's syndrome could be a complication of pre-existent gastrointestinal disease, as in our case. Early diagnosis and carefully selected therapeutic practice can reduce the mortality rate of Boerhaave's syndrome to an acceptably low level.

Key Words: Boerhaave syndrome, covered stent, esophagography, feeding jejunostomy

Giriş

Boerhaave sendromu, yüksek mortaliteye sahip nadir bir durumdur. Boerhaave sendromu zorlu kusma ve öğürme sonucu oluşmaktadır. Özofagus distalinde spontan gelişen vertikal tam kat yırtıklara bağlıdır. Etiyolojide kusma, gerilme, doğum, şiddetli öksürük, künt travma, epilepsi, astım ve zorlu yutkunma sayılmaktadır. Etiyolojisi tartışmalı ilginç bir Boerhaave sendromu olgusunu sunarak, cerrahi ve endoskopik tedavisi tartışıldı.

Olgu Sunumu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta zorlu bir kusma sonrası özofagus perforasyon nedeniyle oluşan akut karın nedeniyle Samsun'da özel bir hastahenenin acil servisine başvurmuştu. Laparotomi ile özofagus tamiri yapılmış ve feeding jejunostomi uygulanmıştı. Postoperatif 6. günde pleural apse gelişmiş, sağ tüp torakostomi uygulanmış ve özofagus fistülü gelişmişti. Kliniğimize transfer edildikten sonra özofagografi (Resim 1), tomografi (Resim 2) ve endoskopi (Resim 3) gibi ileri tetkiklerle özofagus fistülünün yeri saptandı. Özofagusun alt ucundaki 3 cm'lik fistül ağzını örtecek şekilde bir "Covered stent" endoskopik olarak yerleştirildi. Kontrol özofagografisinde kaçığın durduğu saptandı (Resim 4). Oral gıda alımı sonrası hastada distansiyon ve gastrointestinal obstrüksiyon bulguları gelişti. Laparotomi yapılarak jejunal torsiyon saptandı ve feeding jejunostomi kapatıldı. Yerleştirilmesinden 6 hafta sonra stent çıkarıldı. Kontrol özofagografisi normal bulundu ve ağızdan beslenme başlandı (Resim 5).

Tartışma

Boerhaave sendromu spontan gelişen, zorlu kusma ve öğürme nedeniyle oluşur. Çoğunlukla bir neden saptanmasa da doğum, şiddetli öksürük, künt travma, epilepsi, astım ve zorlu yutkunma nedenleri arasındadır. Nadir olarak bazı olgularda üst gastrointestinal obstrüksiyon olarak ikinci bir patolojinin olabileceği vurgulanmıştır (1). Olgumuza ilk olarak başvurduğunda laparotomi ile primer tamir yapılmıştır. Özofagus yaralanmasının üzerinden geçen süreden bağımsız olarak primer tamiri

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Acar Aren, Hacıevhaddin Mh. Samancıdaları Sok.
No: 5 D: 6 Yedikule 34310 İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 532 550 85 62
E-posta: gürhanpervin@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received Date:
19.11.2012

Kabul Tarihi/Accepted Date:
14.04.2013

© Copyright 2013 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2013 Makale metnine
www.istanbulpdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.



Resim 1. Hastanın kliniğimize geldiğinde çekilen baryumlu grafide fistül görülüyor



Resim 2. Tomografik görüntüde fistül ve toraks içinde opak madde

birçok cerrah tarafından uygulanan basit ama etkili bir yöntemdir. Bu olguda kullanılsa da diyafragma, omentum ve mide fundusu primer kapamayı desteklemek için kullanılmıştır (2). Doku desteksiz onarım sıklıkla yetersiz olup %40 kaçakla sonuçlanır. Ancak bunda altta yatan nedenin de rol oynaya bileceği göz ardı edilmemelidir. Bununla beraber onarım desteklenirse kaçak oranı dramatik olarak %10 seviyesine düşer (3, 4). Laparoskopik yaklaşımla tecrübeli ellerde aynı girişimler yapılabilir. Periton bol izotonik salin solusyonla yıkanır ve Jackson-Pratt drenler yerleştirilir. Feeding jejunostomi postoperatif beslenme için mutlaka uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası tüm primer tamir olgularında en az 1 hafta ağızdan gıda ve sıvı alımı kesilir. Nutrisyon desteği parenteral verilebilir ancak tercihen feeding tüpten yapılmalıdır. İleusu yoksa postoperatif 2 gün beslenme başlanmalıdır. Ciddi olmayan, küçük perforasyonlarda nutrisyon durumu iyi olan hastalarda feeding jejunostomi yapmadan santral kateter uygulayarak parenteral beslenme yeterli olabilir. Olgumuzda da feeding jejunostomi uygulanmıştı. Hasta bu sayede gelişen özofagus fistülüne rağmen beslenmesinde ciddi sorunlar yaşamamıştır. Olgumuzda primer tamir desteksiz yapılması yanında ikincil bir üst gastrointestinal obstrüksiyon fistül gelişimine neden olmuş olabilir. Ancak ilk laparotomi esnasında bu tip bir patoloji saptanmamıştır.

Endoskopik tedavi özofagus yaralanmalarından sorumlu olmakla birlikte, tedavi amaçlı uygulamalarda bir artış gözlenmektedir. Endoskopik olarak klips ile mekanik kapatılma yapılabilmekte, ayrıca doku yapıştırıcıları ya da kaplı stent ile girişimler yapılabilmektedir. Bu işlem tecrübeli endoskopistler tarafından yapılmalıdır. Uygulama sonrası özofagografi ile stentin kaçığı önlediği tespit edilir. Kaçak yoksa oral alıma izin verilir. Olgumuzda da "Covered Stent" başarı ile yerleştirilmiş ve kontrol grafide kaçığın kesildiği saptanmış ve oral gıdaya başlanmıştır (Resim 4). Altıncı hafta sonra stent geri alınarak tedavi tamamlanır. Olgumuzda da laparotomi sonrası patoloji çözümlendikten sonra sent alınmıştır ve oral gıda başlanmıştır (Resim 5). Son yıllarda özofagial perforasyonlarda endoskopik tedaviyi öneren ve uygulayan birçok merkez vardır (5-11). Endoskopik işlemler ağrının az olması, hastane yatış süresinin ve maliyetin azalması gibi ek faydalara sahiptir (7, 8). Perforasyon sahasını kapatmak



Resim 3. Fistül ağzının endoskopik görüntüsü

için kullanılan çıkarılabilen "Polyflex" stent yerleştirilmesi oral alıma izin verir, mediastinum ve toraksa özofagial içeriğin yayılımını önler (5). Aynı zamanda bu stentler inatçı özofagial kaçaklı hastalarda özofagial diversiyon ve sonradan rekonstrüksiyon için bir alternatif oluşturur (12-15).

Olgumuzu ilginç kılan stent sonrası kusmalarının devam etmesi ve üst gastrointestinal obstrüksiyon bulguları vermesidir. Laparotomide bir jejunum ansını torsiyone olduğu saptandı. Jejunostomi torsiyon bölgesine yakın olmakla birlikte distalde yerleşmekte idi. Bu patolojinin sonradan olduğu veya perforasyon öncesi olup olmadığı konusu ıvıklığa kavuşturulamadı. Ancak literatürde benzer olgulardan bahsedilmesi eşlik eden gastrointestinal patolojilerin göz ardı edilmemesi gerektiğini düşünmüştür.

Sonuç

Olgumuzda olduğu gibi Boerhaave sendromu önceden var alan bir gastrointestinal hastalık nedeniyle de oluşabilmektedir. Erken tanı-



Resim 4. Özofagusun alt ucundaki 3 cm'lik fistül ağzını örtecek şekilde bir "Covered stent" endoskopik olarak yerleştirildi. Kontrol özofagografisinde kaçağın durduğu saptandı



Resim 5. Yerleştirilmesinden 6 hafta sonra stent çıkarıldı. Kontrol özofagografisi normal bulundu

nın ve özenle seçilen tedavi yöntemlerinin, Boerhaave sendromu mortalitesini kabul edilebilir seviyelere indireceği kanaatine varıldı.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - G.A., A.A.; Tasarım - G.A., A.; Denetleme - G.A., A.A.; Kaynaklar - A.A.; Malzemeler - G.A., A.A., H.B., M.E.G.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - G.A., A.A., H.B., M.E.G.; Analiz ve/veya yorum - G.A., A.A.; Literatür taraması - A.A., Yazıyı yazan - G.A., A.A.; Eleştirel inceleme - G.A., A.A.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patient who participated in this study.

Author Contributions

Concept - G.A., A.A.; Design - G.A., A.; Supervision - G.A., A.A.; Funding - A.A.; Materials - G.A., A.A., H.B., M.E.G.; Data Collection and/or Processing - G.A., A.A., H.B., M.E.G.; Analysis and/or Interpretation - G.A., A.A.; Literature Review - A.A., Writing - G.A., A.A. Critical Review - G.A., A.A.

Kaynaklar

1. Craven GG, Whittaker MG. Boerhaave's syndrome as a complication of pre-existent gastrointestinal disease. *Ir J Med Sci* 1992; 161: 670-4. [\[CrossRef\]](#)
2. Fell SC. Esophageal perforation in Deason Fg. Cooper FJ, Dela Urier J, et al. Eds. *Esophageal Surgery* 2nd Ed. Philadelphia, Churchill Livingstone 2002. p. 615-36.
3. Wright CD, Mathisen DJ, Wain JC, Moncure AC, Hilgenberg AD, Grillo HC. Reinforced primary repair of thoracic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 245-9. [\[CrossRef\]](#)
4. Gouge TH, Depan HJ, Spencer FC. Experience with the Grillo pleural flap procedure in 18 patients with perforation of the thoracic esophagus. *Ann Surg* 1989; 209: 612-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Kiev J, Amendola M, Bouhaidar D, Sandhu BS, Zhao X, Maher J. A management algorithm for esophageal perforation. *Am J Surg* 2007; 194: 103-6. [\[CrossRef\]](#)
6. Sung HY, Kim JI, Cheung DY, Cho, SH, Park, SH., Han, JY, et al. Successful endoscopic hemoclippping of an esophageal perforation. *Dis Esophagus* 2007; 20: 449-52. [\[CrossRef\]](#)
7. Blocksom JM, Sugawa C, Tokioka S, Williams M. The Hemoclip: a novel approach to endoscopic therapy for esophageal perforation. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1136-8. [\[CrossRef\]](#)
8. Shimamoto C, Hirata I, Umegaki E, Katsu K. Closure of an esophageal perforation due to fishbone ingestion by endoscopic clip application. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 736-9. [\[CrossRef\]](#)
9. Pross M, Manger T, Reinheckel T, Mirow L, Kunz D, Lippert H et al. Endoscopic treatment of clinically symptomatic leaks of thoracic esophageal anastomoses. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 73-6. [\[CrossRef\]](#)
10. Fernandez FF, Richter A, Freudenberg S, Wendl K, Manegold M.Ö, et al. Treatment of endoscopic esophageal perforation. *Surg Endosc* 1999; 13: 962-6. [\[CrossRef\]](#)
11. Schubert D, Pross M, Nestler G, Ptok H, Scheidbach H, Fahlke J, et al. Endoscopic treatment of mediastinal anastomotic leaks. *Zentralbl Chir* 2006; 131: 369-75. [\[CrossRef\]](#)
12. Chambers AS, Jordan T, McGranahan T, Kiev J. A new management approach for esophageal perforation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 130: 1470-1. [\[CrossRef\]](#)
13. Freeman RK, Ascioti AJ, Wozniak TC. Postoperative esophageal leak management with the Polyflex esophageal stent. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133: 333-8. [\[CrossRef\]](#)
14. Johnsson E, Lundell L, Liedman B. Sealing of esophageal limitations. *Dis Esophagus* 2005; 18: 262-6. [\[CrossRef\]](#)
15. Freeman RK, Van Woerkom JM, Ascioti AJ. Esophageal stent placement for the treatment of iatrogenic intrathoracic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2007; 83: 2003-7. [\[CrossRef\]](#)