

Özofagus Perforasyonları

Başta göğüs cerrahisi ve gastroenteroloji olmak üzere pek çok disiplinde özofagus lümeni kullanılarak tanı ve tedavi amaçlı girişimler yapılmaktadır. Son yıllarda bu bölgede yapılan invaziv girişimlerin yapılma sıklığındaki artış nedeniyle özofagus yaralanmaları daha sık görülmektedir.

Her ne sebeple olursa olsun özofagus yaralanması olduğunda bariyer ortadan kalkacağı için ağız ve dış ortamdan gelen bakterilerin kontaminasyonu ile çok kısa sürede mediastinal, plevral enfeksiyon, ardından da sepsisin görüldüğü görüldüğü morbidite ve mortalitesi yüksek, özellikle perforasyon ve tedavi arasındaki süre 24 saati geçtiğinde, bir klinik tablo ortaya çıkar.

ETYOLOJİ

- **İatrojenik %60**
Özofagoskopi ile buji-balon dilatasyon, skleroterapi, lazer, biopsi, stent, EUS ve transözofageal EKO, özofagus entübasyonu
- **Barojenik (spontan) %15**
Boerhaave sendromu, Mallory-Weiss, zorlu doğum, konvülziyon, defekasyon
- **Travma %10**
Künt, penetran
- **Operatif**
mediastinal kitle cerrahisi, özofagus cerrahisi (leimiyom eksizyonu, akalazyada myotomi), antireflü prosedürler, lenf nodu diseksiyonu, servikal vertebra cerrahisi, tiroidektomi, trakeostomi
- **Yabancı cisimler** (keskin kenarlılar ve alkalen disk piller)
- **Koroziv yanıklar**
- **Tümör ve diğer hastalıklar**
Özofagus Ca, periözofageal intratorasik tümörlerin mediasten invazyonları, divertikül
- **Enfeksiyöz nedenler**
Eroziv özofajit, nekrotizan ülserler

Semptomlar

- Özofageal perforasyonunda semptomlar ve klinik bulgular perforasyonun yeri, nedeni ve yaralanmanın üzerinden geçen süreye bağlı değişir
- servikal disfaji, boyun ağrısı, disfoni ve subkutan servikal amfizem

göğüs ağrısı, takikardi, takipne, ateş ve lökositoz gibi mediastinit ve ampiyeme ait semptom ve bulgular
akut karın semptom ve bulguları

intratorasik ve intrabdominal yaralanmalarda klinik daha ağırdır

Tanı

- Endoskopi
- Direk grafiler
- Suda eriyen ajanla opak inceleme
- BT

TEDAVİ

- Oral stop, parenteral hidrasyon ve beslenme
- Geniş spektrumlu antibiyotikler
- NG sonda ile dekompresyon, dışarı tükürme
- En uygun tedavi seçeneğini belirleyen ana faktörler; perforasyonun etyolojisi ve lokalizasyonu, özofagusun ve hastanın durumu ile perforasyondan sonra geçen zamandır

TEDAVİ

- **Nonoperatif tedavi**
- **Cerrahi tedavi**

Erken tanı - Primer tamir: Tüm enfekte ve nekrotik dokuların debridmanı, perforasyonun onarımı

Erken tanı – Rezeksiyon: primer tamirin mümkün olmadığı veya yüksek olasılıkla başarısız kalacağı malign perforasyonlar, ciddi distal obstrüksiyon, yaralanma sonrası geç başvuru ve tamirle kötü fonksiyonel sonuç beklenen sıkı striktür, son evre akalazya gibi altta yatan persistan özofagus patolojileri varlığında akla gelmelidir

Drenaj ve debridman

özofageal diversiyonlar - servikal özofagostomi, özofagus distalinin kapatılması, drenaj, beslenme jejenostomisi -- geç dönemde özofajektomi)

- **Endoskopi tedaviler** - tam kaplı genişleyebilen stent ve metalik klipler

Nonoperatif tedavi

Septik yayılıma ait kanıt olmayan küçük perforasyonlar

Özofagografide plevraya açılmamış kapalı perforasyon

Kaçak içeriğinin özofagus lümenine geri drene olduğu perforasyonlar

Özellikle servikal özofagusta enstrümental perforasyon

Geç tanı alıp, bu periyodu iyi tolere eden hastalar

Oral alımı olmamış septik tablonun iyi kontrol edildiği hastalar

Normal hemodinami ve respiratuar stabilite, ağrı yok

Her zaman göğüs cerrahı kontrolünde

Perforasyon malignite/striktüre bağlı ve abdominal özofagusta olmayacak

Sağkalımı etkileyen faktörler

- <24 saat tanı ve tedavi
- Lokalizasyon
servikal << torasik veya abdominal
- Mekanizma
Spontan > diğer nedenler