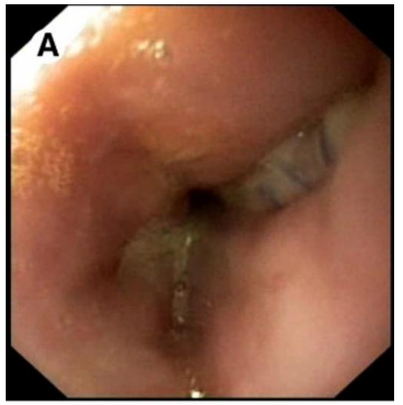
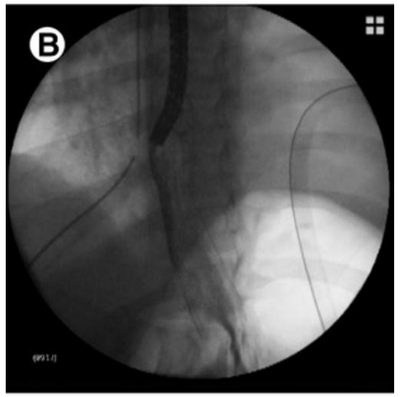
Özefagus Yaralanması

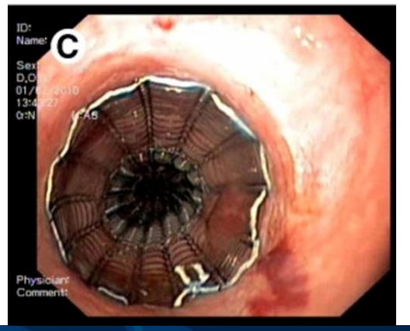
Dr. Murtaza KAYA
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Acil Tıp AD

Sunum planı

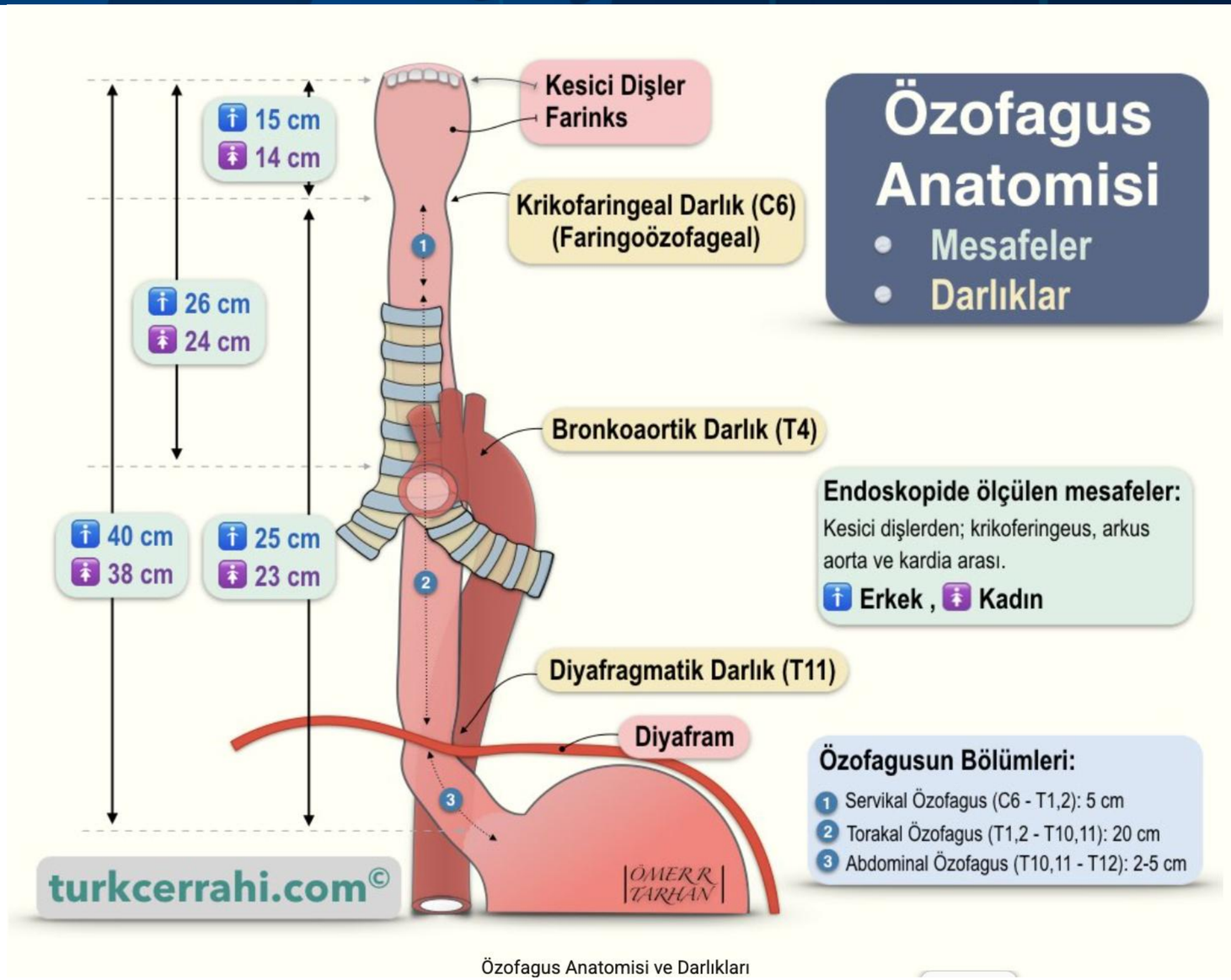
- Özefagus anatomisi
- Yaralanmanın epidemiyolojisi ve fizyopatolojisi
- Yaralanma şekilleri
- OLGU
- Klinik prezentasyon
- Tanı-Görüntüleme
- Tedavi







Özefagus anatomisi



Özofagus Anatomisi ve Darlıkları

Yaralanmanın epidemiyolojisi ve fizyopatolojisi

•Epidemiyoloji:

•Özefagus yaralanmaları oldukça nadirdir.

•Penetran travmalarda tüm vakalar %1'inden az

•**En sık** servikal özefagus

•Torasik özefagus yaralanmasına **%98** diğer toraks organları eşlik eder.

- Yıllık yaklaşık **200 vaka (İngiltere verisi)**
- **Mortalite %35** civarında.

Yaralanma türü

- **Penetran/Künt/Blast/Koktik**
- **Kısmi kat mukozal yaralanma**: Ağrılı, kanama
- **Tam kat yaralanma (Perforasyon)**:
  - Paraözefageal kontaminasyon ve **sepsis** gelişir.
  - Torasik perforasyon en tehlikeli formdur.

Yaralanmanın epidemiyolojisi ve fizyopatolojisi

- **Torasik perforasyon neden tehlikeli**
  - Solunumla oluşan **negatif basınç**, enfeksiyonun göğüs içine yayılımını hızlandırır.
- **Plevral boşluğa yayılım**:
  - Plevranın etkilenmesi → SOL plevral boşlukta sıvı/gaz birikimi
  - Sepsis derinleşir, gaz değişimi ve solunum bozulur
  - **Ampiyem** gelişebilir.

Yaralanma şekilleri

1. İYATROJENİK

a) Endoskopik İşlemler (En sık neden)

•OGD sırasında özefagus yaralanması **nadir**, ancak en sık görülen mekanizmadır.

•**Kısmi kat**: ağrı ve kendini sınırlayan kanama.

•**Tam kat perforasyon** daha nadir ama ciddi.

Endoskopik girişimlerde perforasyon oranları

•**Tanısal OGD:** %0.03

•**Kanama kontrolü:** %2

•**Benign darlık dilatasyonu:** %2

•**Malign darlık dilatasyonu:** %4–6

•**Stent uygulamaları:** %5

•**ESD / EMR:** %3

•**EUS perforasyon oranı:** %0.02–0.07

•**Yüksek riskli durumlar:**

- Alt özefagus malignitesi
- Yaşlılarda faringeal poşlar

Yaralanma şekilleri

b) Kateter bazlı işlemler

- Nazogastrik / nazojejunal tüp yerleştirilmesi
- Özefageal Doppler / monitörizasyon cihazları
- **Transözefageal EKO:** perforasyon riski **1/500**

c) Cerrahi işlemler

- Servikal omurga cerrahisi
- Mediastinoskopi, akciğer transplantasyonu
- Torasik aort cerrahisi
- **En sık cerrahi neden:**
  - Hiatal cerrahiler (Nissen fundoplikasyon, paraözefageal herni onarımı)

Yaralanma şekilleri

2. NON-İYATROJENIK

a) Gıda tıkanması : En sık non-iyatrojenik neden.

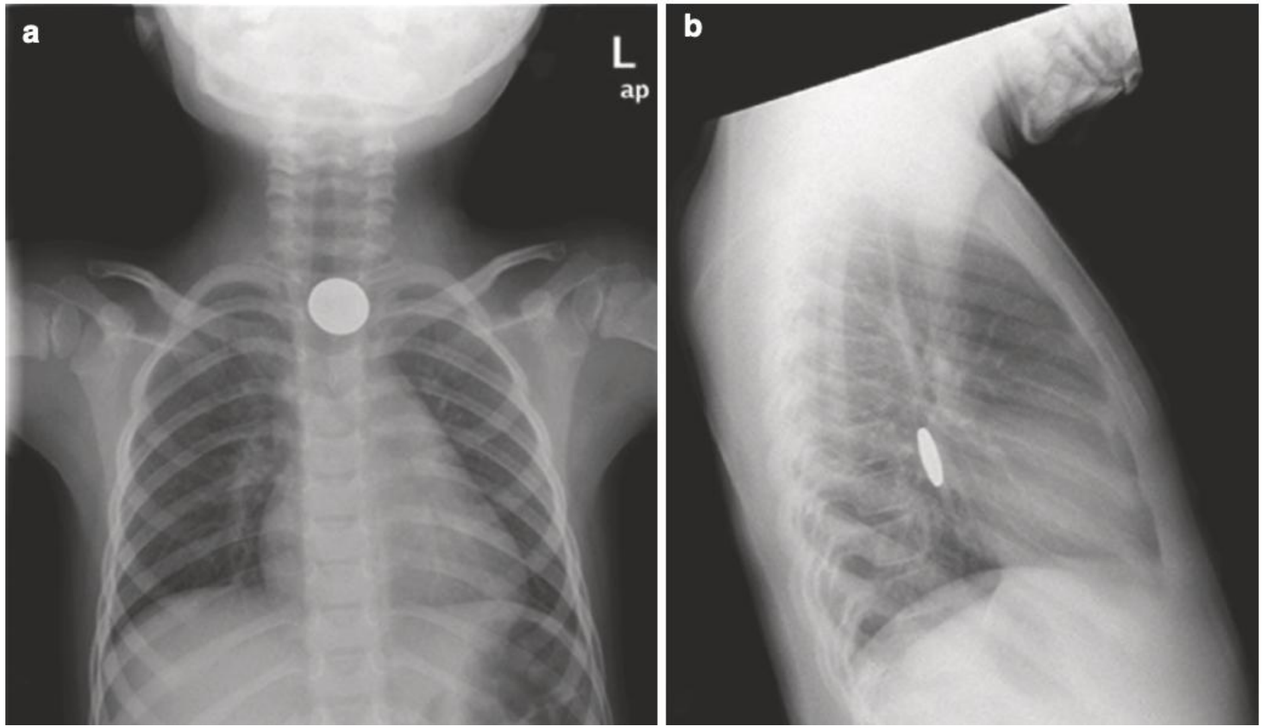
•Çoğu spontan çözülür.

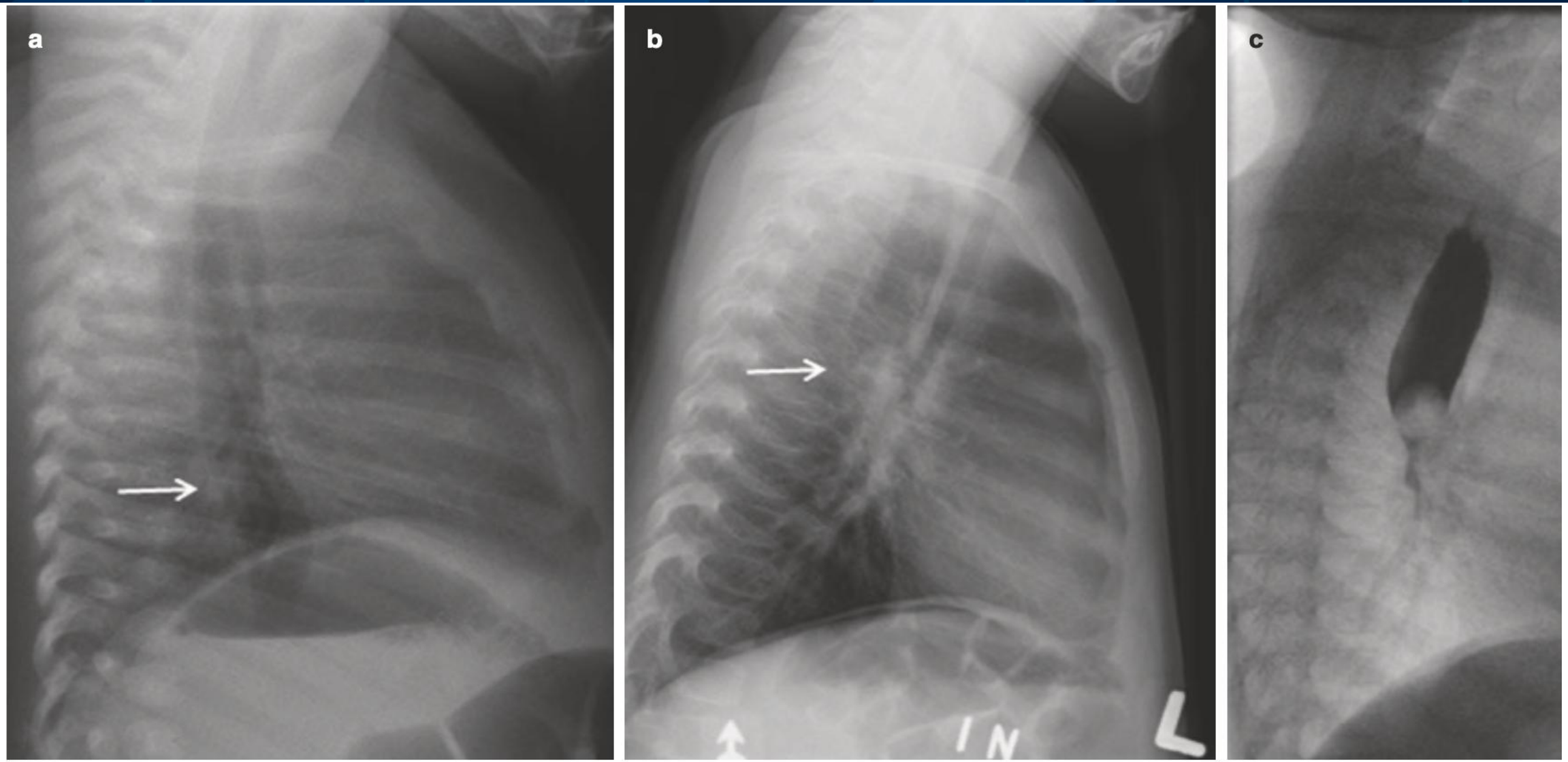
•%20'sinde girişim gerekir (çoğu fleksibl endoskopi ile).

•Penetran gıdalar (balık kılçığı vb.) daha riskli.

•Yaralanma genellikle anatomik dar bölgelerde olur:

- Krikofarengeus
- Servikal osteofitler
- Aort arkı
- Sol ana bronş
- GE birleşimi




a
b
c
IN
L

Yaralanma şekilleri

b) Ekstrinsik penetran travma

•Bıçaklanma ve ateşli silah yaralanmaları

•Diğer organ yaralanmalarıyla birlikte görülür

•İnsidans düşük:

- Penetran boyun travmalarının **<%6'sı**
- Penetran torasik travmaların **<%1'i**

c) Künt travma

•Çok nadir

•Genellikle trafik kazaları

•Daha çok **servikal özefagusta** görülür.

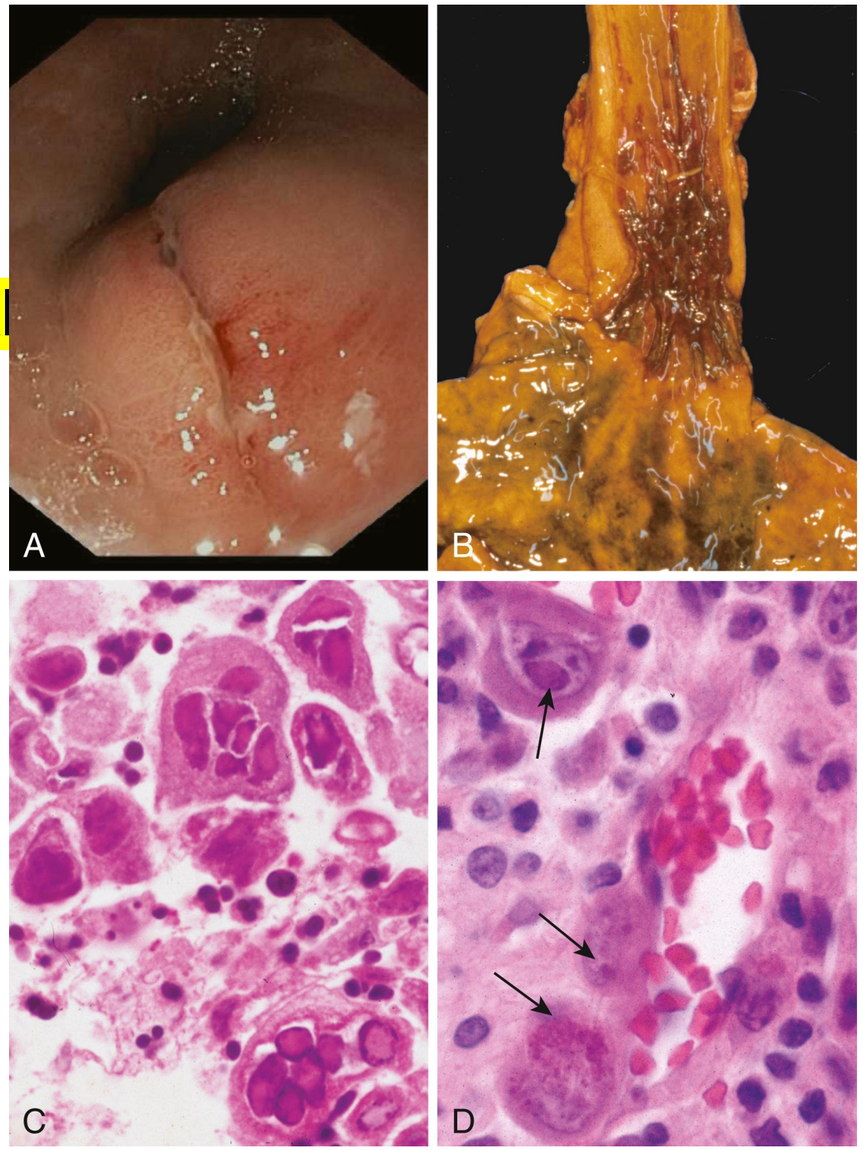
Yaralanma şekilleri

3. SPONTAN ÖZEFAGUS YARALANMALARI

•Kusma → ani basınç artışı.

a. Mallory–Weiss (kısmi kat):

- Mukoza yırtığı
- Kanama ve ağrı yapar,
- Genellikle hızlı düzelir.



Yaralanma şekilleri

b. Boerhaave Sendromu (tam kat perforasyon):

- "Mackler Triadı" (kusma + torasik ağrı + subkutan amfizem) **nadiren tamdır (%0–26)**
- **Hamman belirtisi** (prekordiyal krepitus) daha sık: **%30–40**
- Tipik perforasyon yeri: **distal özefagus**

•**Diğer nedenler:** Doğum, ağır kaldırma, epilepsi nöbeti gibi intraabdominal basıncı artıran durumlar.

•**Nadir ;**yılda **3–6 vaka**.



Yaralanma şekilleri

c. Kostik Özefagus Yaralanmaları

- **%80** kazara içim: 2–6 yaş,
- **İntihar girişimi:** 30–50 yaş

•Şiddeti belirleyen faktörler:

- Alınan miktar, pH, sıcaklık, temas süresi

•Patogenez:

- İlk 48 saatte nekrotik doku dökülür → daha derin tabakalar açığa çıkar
- Derinlik arttıkça perforasyon ve geç dönem **striktür riski artar**
- **Tam kat nekrozda** geç striktür oranı **≈ %100**
- Alt özefagus genelde daha çok etkilenir

•Derecelendirme (1–3):

- **1:** Yüzeysel, cerrahi gerekmez
- **3:** Uzun segment tam kat → her zaman cerrahi gerekir

•Asit vs Alkali:

- **Asit:** Koagülasyon nekrozu → daha yüzeysel, daha az volüm içilir
- **Alkali:** Likü efaksiyon nekrozu → yağ/protein çözünmesi → **daha derin yaralanma**
- Mide asidi alkaliyi kısmen nötralize eder → mide genelde daha az etkilenir

OLGU

- 36 yaş, erkek

- **Çamaşır suyu içerek intihar girişimi sonrası** acil servise ağır solunum sıkıntısı ile getirildi.

- Vital bulgular:

Tansiyon 70/50 mmHg, Satürasyon %90 solunum sayısı 40/dk.

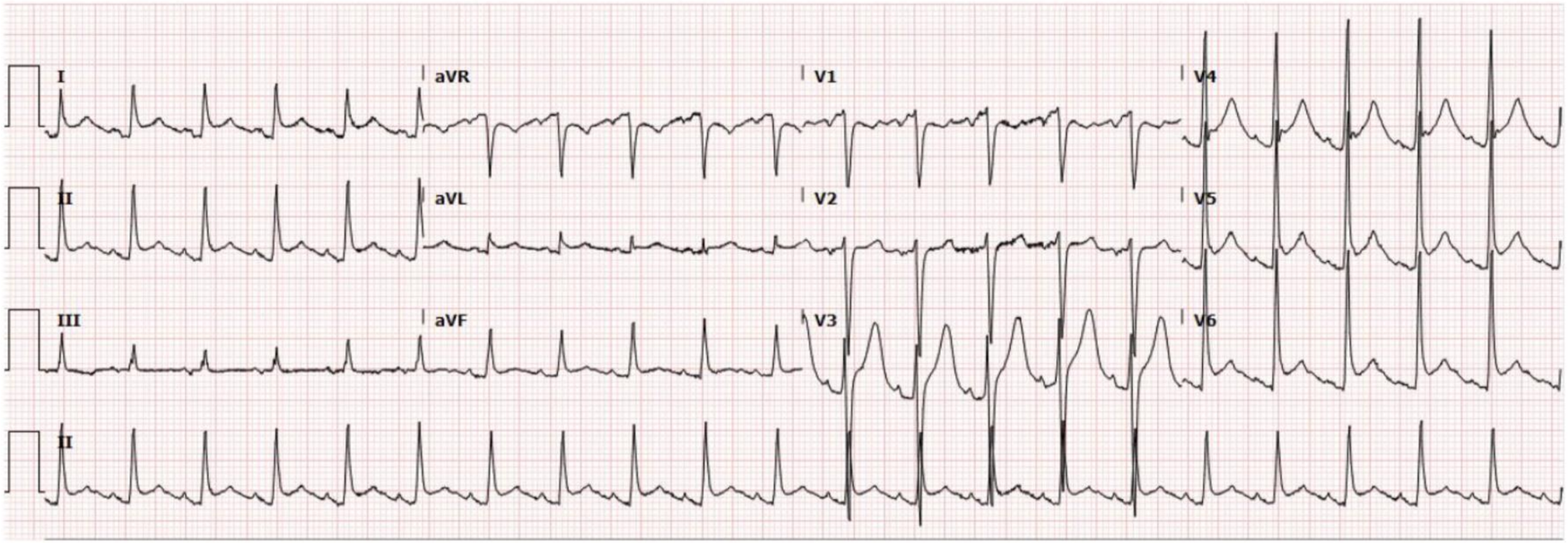
- **Fizik muayene**:

Bilateral bazalde ral, kalp sesleri zor duyuluyor, pleuritik sürtünme sesi ve anterior boyunda krepitasyon.

Tetkikleri planlanıyor. EKG, Kan/Görüntüleme

🟧 İLK ACİL MÜDAHALELER

İleri havayolu → entübasyon yapıldı.
Hemodinamik destek: norepinefrin
Geniş spektrum antibiyotikler



EKG: Spodick’s sign + PR depresyonları → **akut perikardit**
EKO: Trace perikardiyal efüzyon, SV fonksiyonları korunmuş.

Blood

	Day 1
Lactic acid (mmol/L) (0.5–2.2 mmol/L)	3.3
Creatinine (mg/dL) (0.6–1.3)	2.5 H
Magnesium (mg/dL) (1.6–2.6)	4.7 H
Adjusted calcium (mg/dL) (8.5–10.5)	8.5
Protein (g/dL) (6.0–8.3)	4.8 L
Albumin (g/dL) (3.4–5.4)	2.3 L
Phosphate (mg/dL) (2.5–4.5)	2.3 L
Sodium (mEq/L) (133–145)	—
Potassium (mEq/L) (3.5–5.1)	—
Chloride (mEq/L) (98–107)	7.1 L
Bicarb (mEq/L) (22–28)	8.5
Glucose (mg/dL) (70–100)	—
WBC (10^3/cmm) (4.5–11)	31.26
Hgb (g/dL) (13.5–17)	13.5
Hct (%) (39–50)	40
Platelets (10^3/cmm)	92.2

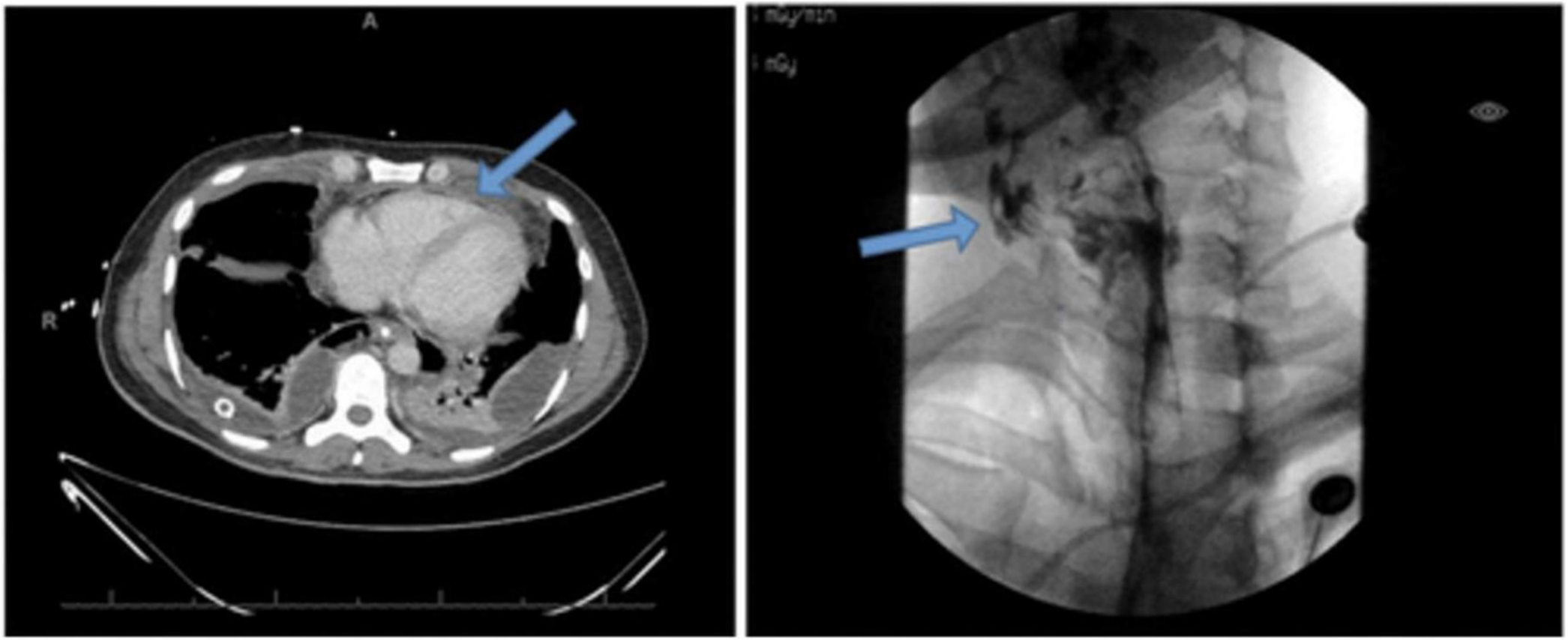


Figure 2 (*A*) CT chest revealing for bilateral effusion of the posterior lung fields and trace effusion of the anterior mediastinum (arrow) surrounding the pericardium, (*B*) still imaging from oesophagram prior to development of tachyarrhythmia with extravasated fluid visualized within the mediastinum (arrow).

BT SONRASI

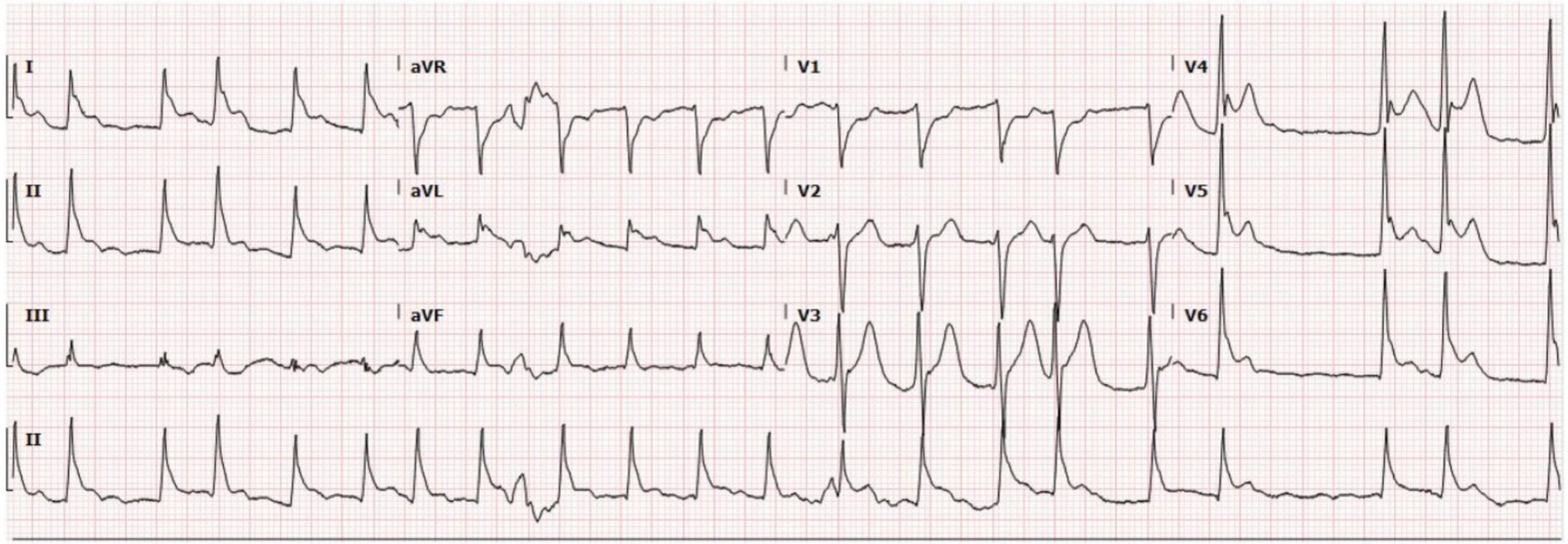


Figure 3 Electrocardiogram (EKG) captured at the time of acute atrial fibrillation following ingestion of liquids.

Oral **sıvı alımından hemen sonra AF/AFL atakları** gelişti.

•Ataklar bazen spontan düzeldi, birinde **5 mg IV metoprolol** verildi.

Klinik Bulgular

1. **Semptomlar – Yaralanmanın Yeri ve Boyutuna Göre**

Servikal özefagus yaralanmaları:

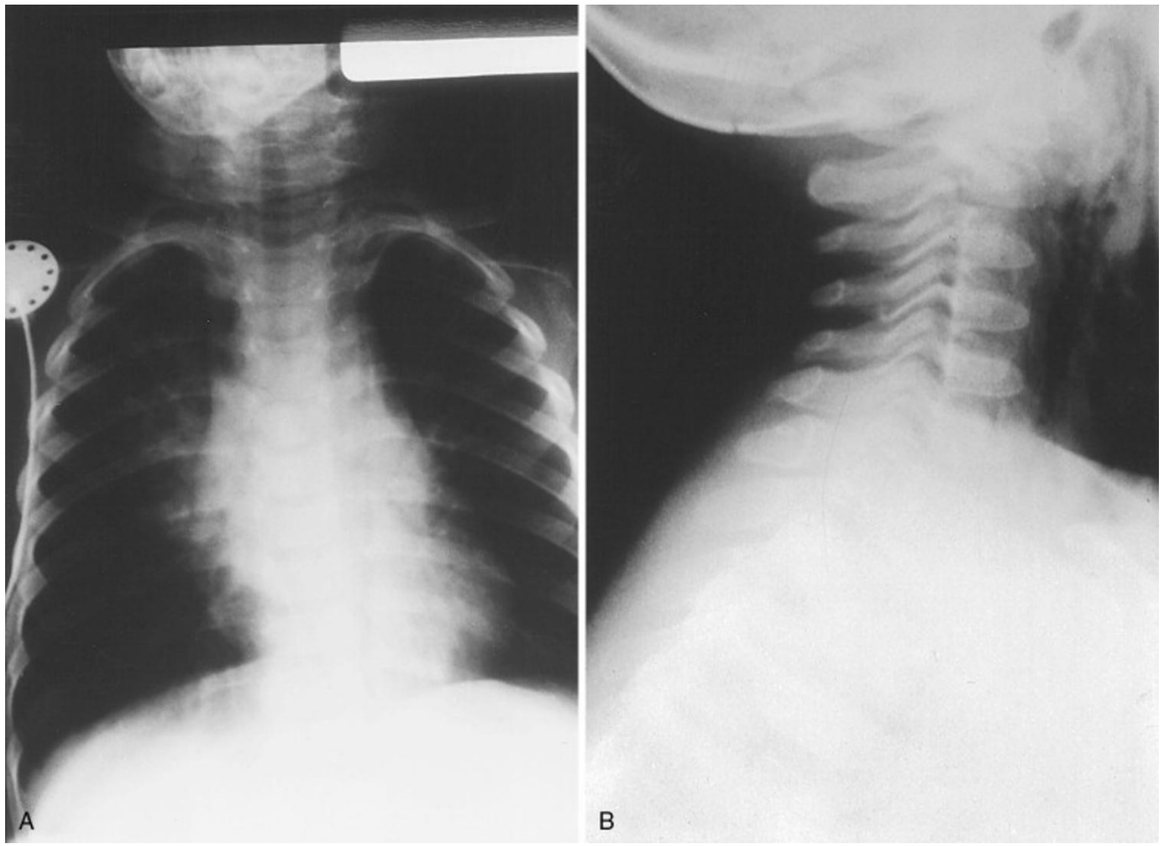
- Boyun ağrısı
- Ses kısıklığı
- Yutma güçlüğü (farengeal disfaji)
- Ağrılı boyun hareketi
- Boyun spazmları

Torasik yaralanmalar

- Göğüs ağrısı
- Yutma güçlüğü
- Kusma
- Hematemez
- Nefes darlığı

Abdominal yaraalanması

- Karın ağrısı
- Kusma



Klinik Bulgular

2. Fizik Muayene Bulguları

•Bulgular **yaralanmanın süresi ve sepsis derecesi** ile ilişkilidir.

•**Subkutan amfizem** klasik bulgudur fakat sık görülmez.

- Bazı durumlarda belirgin olabilir (ör: uzun süren endoskopide gözden kaçan perforasyon).

•**Solunumsal etkilenme:** taşipne, hipoksemi

•**Hemodinamik bozulma:** hipotansiyon, aritmiler, ateş, akut böbrek hasarı

•Gelişmiş **sepsis bulguları** görülebilir.

Klinik Bulgular

3. Ayırıcı tanıda yanıltıcıdır

- Pnömoni
- Üst GİS kanaması
- Özefajit
- Miyokard enfarktüsü
- Aort diseksiyonu
- Perfore abdominal organ
- Pankreatit

Gerçek tanı oranı düşük: Spontan özefagus yaralanmalarının **yalnızca %37'si** başvuru anında doğru tanınmıştır.

Klinik Bulgular

4. Tanıda Kritik Nokta: Şüphe!

Semptomların ortaya çıkma koşulları → **Özefagus yaralanması akla gelmelidir!!!**

1.Yeni geçirilmiş **endoskopi** veya torasik girişim

2.Uzamış ve şiddetli kusma

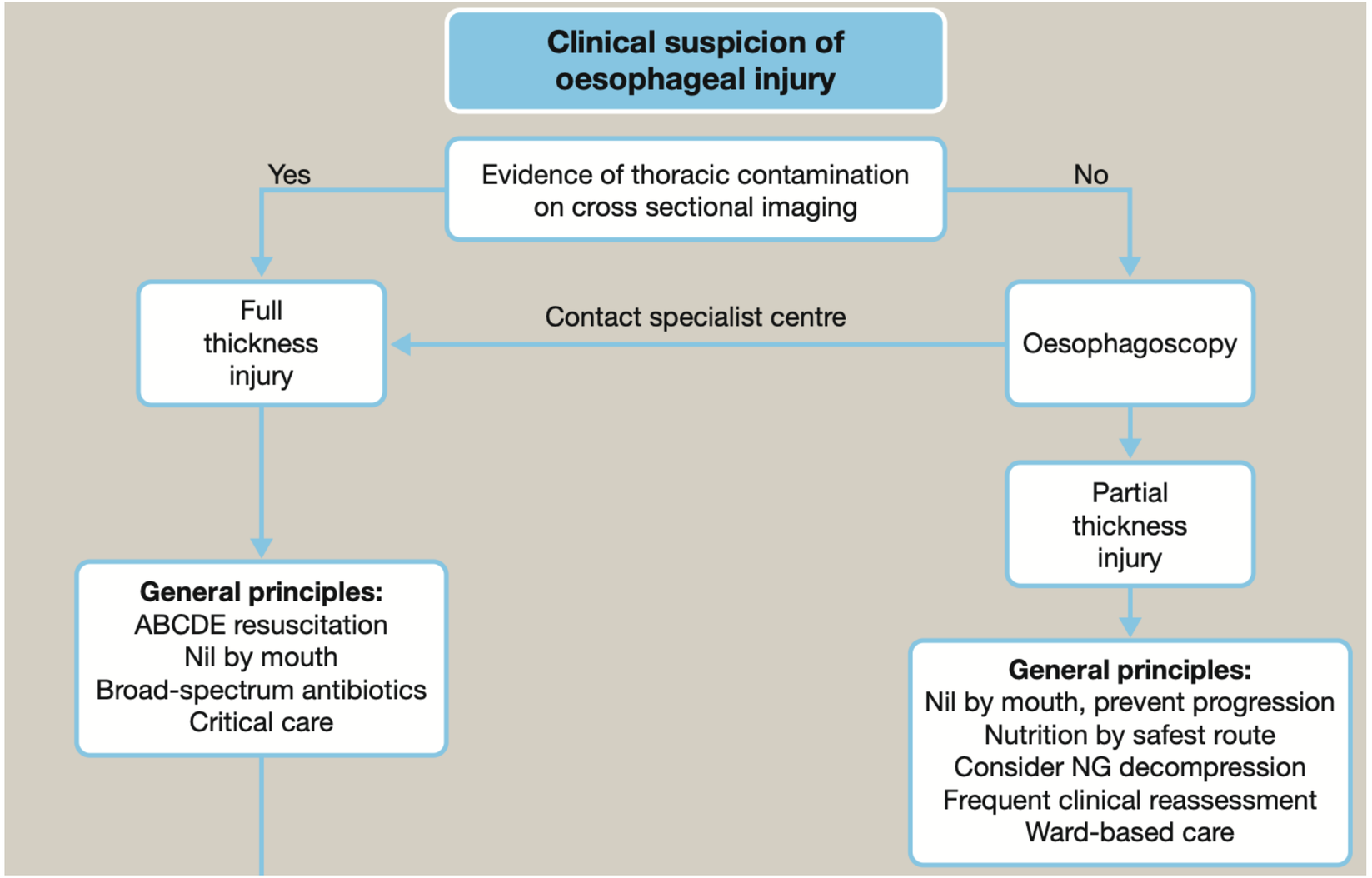
3.Açıklanamayan kilo kaybı + yeni gelişen yutma güçlüğü

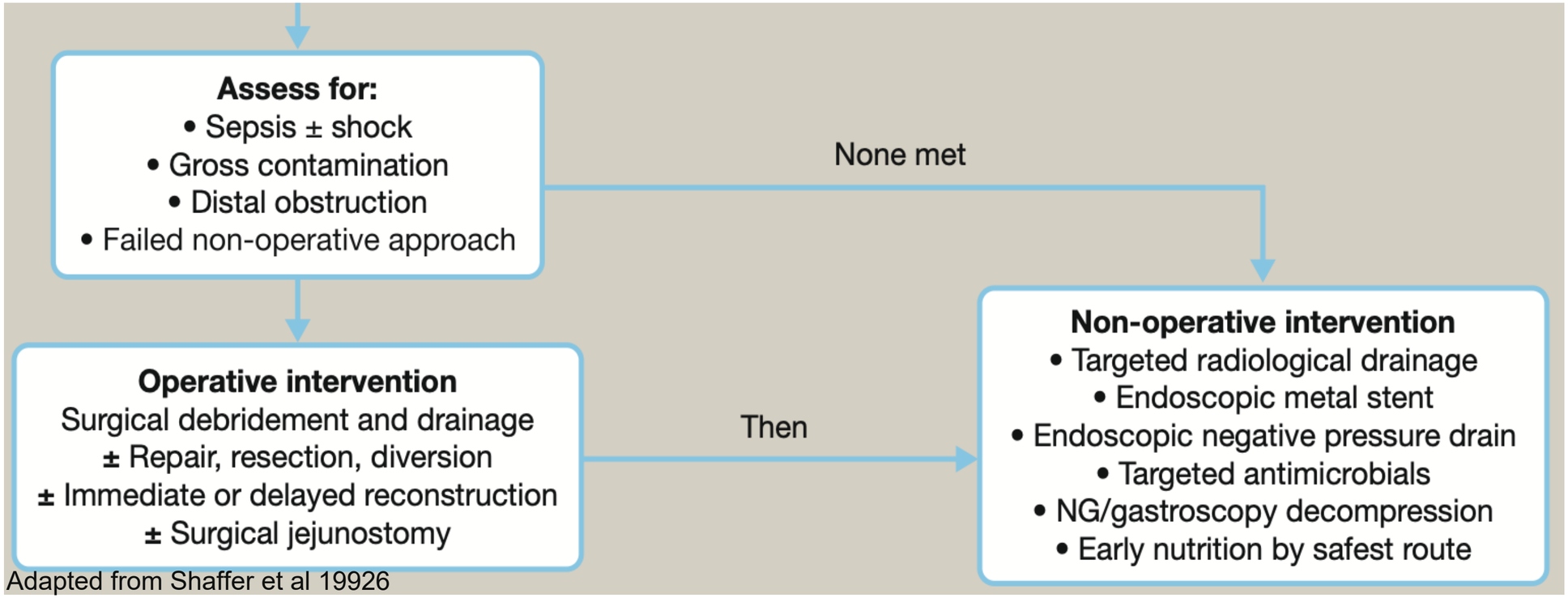
4.Bilinen özefagus darlığı

5.Kendine zarar verme girişimi

Acil görüntüleme ve değerlendirme şarttır.

Tanısal Yaklaşım





Adapted from Shaffer et al 19926

Antonowicz S, Maynard N. Oesophageal injury. *SURGERY* (Elsevier) 2020; 38:11

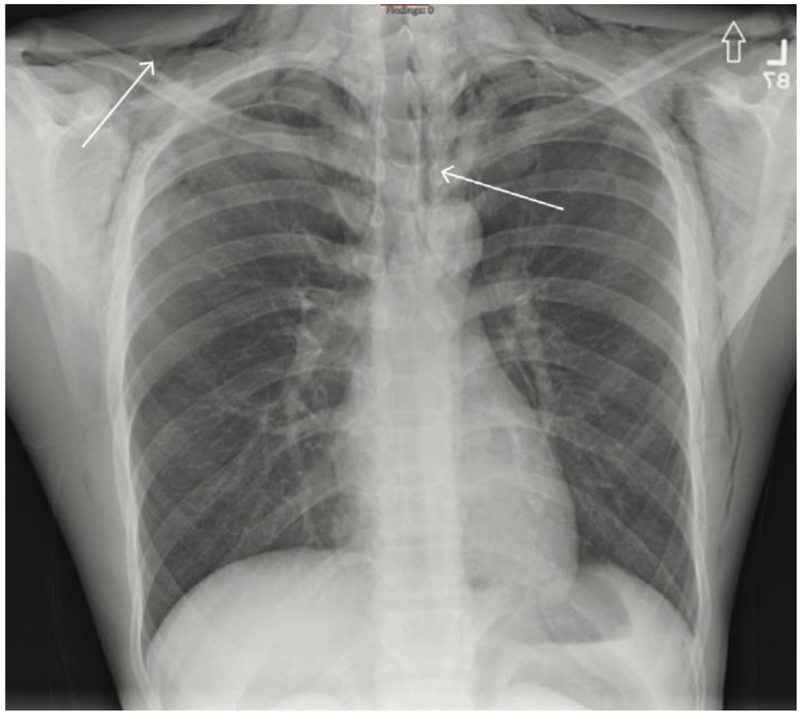
Tanısal Yaklaşım

Acil yapılması gerekenler:

- **Tam kan sayımı (FBC)**
- **Böbrek fonksiyon testleri**
- **Koagülasyon testleri**
- **Kan grubu + crossmatch**

- Ayırıcı tanı için ek testler:
  - **Amilaz**
  - **Karaciğer fonksiyon testleri**
  - **Kardiyak enzimler**
  - **EKG**
  - **AKG**

Tanısal Yaklaşım





PA Akciğer Grafisi:

- Genişlemiş mediasten
- Pnömomediastinum
- Subkutan amfizem
- Pnömotoraks
- Plevral efüzyon
- Konsolidasyon
- *Ancak erken dönemde çoğu zaman normaldir*

Tanısal Yaklaşım

Bilgisayarlı Tomografi (BT) – Altın Standart İlk Görüntüleme

BT + su bazlı oral kontrast + IV kontrast tercih edilebilir.

•Hava ve sıvı kaçaklarını **duvar dışına sızma** şeklinde yüksek duyarlılıkla gösterir

•**Kısmi kat yaralanmalar (mukozal)** ve kostik yaralanmalarda duyarlılığı düşüktür

•Kısmi yaralanmalarda **özefagus dışı patolojileri dışlamak** için faydalıdır

Tanısal Yaklaşım

Dynamic Kontrast.

Baryum kontrast

- ✓ Küçük perforasyonlarda daha duyarlı
- ✗ Yavaş emilir, mediastinite yol açabilir
- ✗ Gelecek görüntülemeleri bozabilir
- ➤ CT yoksa cerrahi öncesi tanıyı doğrulamada kullanılabilir

Suda çözünür kontrast

- ✓ Hızla emilir, inflamasyon yapmaz
- ✗ Küçük perforasyonlarda daha az duyarlı
- **CT'nin yerine geçmez** (akut tanıda).
  - ✓ İyileşen perforasyonun **seri takibi** (haftalık/2 haftalık)
  - ✓ Distal obstrüksiyonu ekarte eder

- **Kısıtlılık:** Sadece bilinçli hastalarda yapılabilir; çevre dokular hakkında bilgi vermez.

Tanısal Yaklaşım

Fluoroscopy



perforasyon



12 weeks later

SA Journal of Radiology
ISSN: (Online) 2078-6778, (Print) 1027-202X
AOSIS
Page 1 of 8 Original Research

Retrospective study of detecting oesophageal injuries post neck trauma: CTA versus fluoroscopy

CrossMark

•**Çalışma tipi:** Retrospektif, tek merkez (2018–2022), 76 hasta

Önemli Bulgular
•En sık yaş grubu: **20–29 yaş (%43)**
•Mekanizma: **Bıçaklanma (%75)**
•En sık bölge: **Zone I (%43)**

SONUÇ
•**CTA:**
- **Yüksek duyarlılık** → yaralanmayı genelde kaçırmaz
- **Düşük spesifite** → sık yalancı pozitif

•**Floroskopi:** Kesin tanıda üstün; mukoza bütünlüğünü en iyi gösteren yöntem

Chinese Journal of Traumatology 26 (2023) 174–177

Contents lists available at ScienceDirect

Chinese Journal of Traumatology

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/CJTEE



Original Article

Comparison of the diagnostic accuracy of CT scan with oral and intravenous contrast versus CT scan with intravenous contrast alone in the diagnosis of blunt abdominal trauma

Iraj Golikhatir, Mohammad Sazgar, Fatemeh Jahanian, Seyed Jalal Mousavi Amiri, Hamed Aminiahidashti*

Department of Emergency Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Amaç:

Hemodinamik olarak stabil blunt abdominal travmada (BAT) iki CT yönteminin tanısal doğruluğunu karşılaştırmak.

Yöntem:

- 123 stabil BAT hastası
- Grup 1: **IV kontrast CT**
- Grup 2: **Oral + IV kontrast CT**
- Tüm hastalara **laparotomi** (altın standart)

Results:

- **Oral + IV CT:** Sens %96.5 – Spes %92.7
- **Sadece IV CT:** Sens %96.6 – Spes %92.8

➡️ **Tanısal performans tamamen eşdeğer**

Klinik Mesaj:

- Oral kontrast **tanıyı geciktirir + aspirasyon riskini artırır**
- **Stabil BAT hastalarında yalnızca IV kontrastlı CT yeterlidir**

Tanısal Yaklaşım

Endoskopi

•Kısmi kat mukozal yaralanmada ;duyarlılık **≈ %100.**

•Aynı seansta: **NG / NJ tüp yerleştirilebilir**, terapötik işlemler ya

•Distal obstrüksiyon varlığını değerlendirmede faydalıdır.

•Cerrahi öncesi “**on-table**” değerlendirme

Dikkat Gerektiren Noktalar

•**Tam kat perforasyonun akut döneminde**:

- Endoskopik insufflasyon → mevcut yırtığı büyütebilir
- Entübasyon → hasarı artırabilir

•Bu nedenle endoskopi:

- **Sadece tanısal belirsizlik durumunda**
- **Deneyimli endoskopistler (gastroenterolog / üst GİS cerrahı) tarafından** yapılmalıdır.

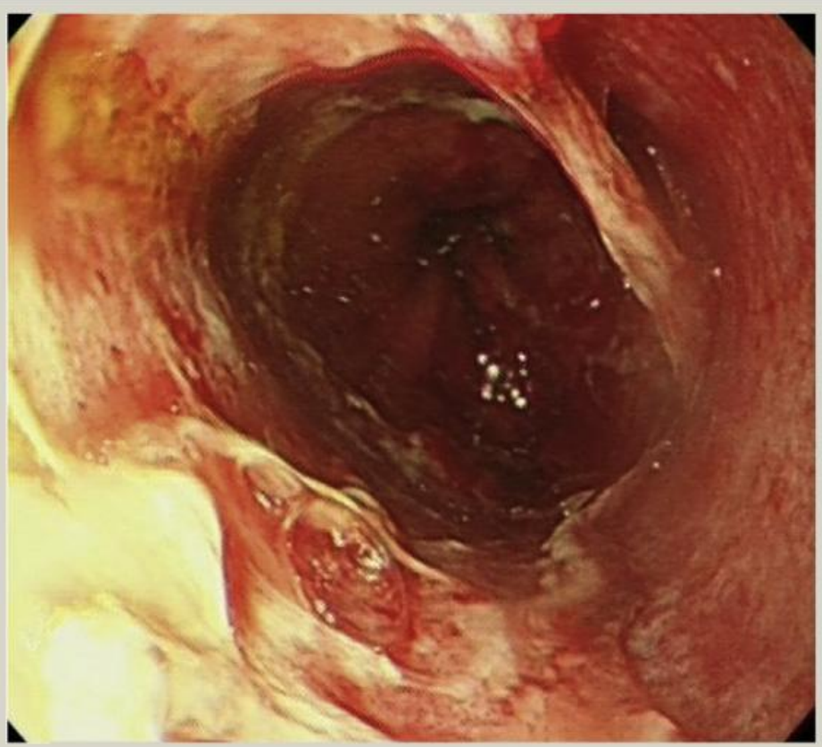
Tanısal Yaklaşım

Kostik Yaralanmalarda

•Geniş lümenli bir **NG tüpünün yerinde bırakılması**:

i. Lümen açıklığını korur

ii. Sonraki dilatasyonlar için “guide” görevi görür





Tedavi

1. Kısmi Kat Yaralanmalarda Temel Hedefler

- **Tam kat perforasyona ilerlemeyi önlemek**
- **Erken ve güvenli beslenmeyi sağlamak**
- **Striktür gibi geç komplikasyonları önlemek**

2. Tam Kat (Full Thickness) Yaralanmalarda Altın Kural

- **Erken tanı (ilk 12 saat içinde)**
- **Hızlı şekilde ileri merkezde tedavi**

Erken tanı → mortaliteyi belirgin şekilde azaltır.

3. İleri Merkezde Yönetim İlkeleri

- **Hızlı operatif / non-operatif kararının verilmesi**
- **Erken cerrahi veya radyolojik debridman ve drenaj**
- **Sepsis kontrolü → yoğun bakım yönetimi**
- **Erken ve güvenli beslenme planı**

4. Operatif vs Non-operatif Yönetim

- Uygun hastaların **yaklaşık %50'si** non-operatif tedavi ile başarılı şekilde yönetilebilir.

Tedavi

0–2: düşük risk → konservatif,

>5: yüksek risk → cerrahi

The Pittsburgh Severity Score

Age >75 years	1 point
Tachycardia >100 bpm	1 point
Leucocytosis >10,000 WBC/mL	1 point
Pleural effusion on CT/CXR	1 point
Fever >38.5 °C	2 points
Non-contained leak on CT/swallow study	2 points
Respiratory compromise RR>30/ventilated	2 points
>24 h since onset of symptoms	2 points
Cancer	3 points
Hypotension	3 points

Antonowicz S, Maynard N. Oesophageal injury. *SURGERY* (Elsevier) 2020; 38:11

Tedavi

MEDİKAL TEDAVİ

1. Genel Yaklaşım

•Tüm ciddi özefagus yaralanmaları **hızla bir üst OGD merkezine** sevk edilmelidir.

•**ABCDE yaklaşımı** ile eş zamanlı resüsitasyon şarttır.

2. Kısmi Kat Yaralanmalarda

•Genellikle **konservatif yönetim** yeterlidir.

•Hastalar çoğu zaman **aç (NPO)** bırakılır → özefagus istirahati

•**Beslenme desteği**:

- Parenteral veya
- Yaralanma bölgesinin distalinden enteral beslenme

•**İlaçlar:**

- IV antiemetikler
- Analjezikler
- Asit baskılayıcı (**PPI**)
- Subkutan **tromboemboli profilaksisi**

•**Antibiyotik şart değil**, enfeksiyon odağı yoksa.

Tedavi

3. Tam Kat Yaralanmalarda – Kontaminasyonsuz Olanlar

•Seçilmiş hastalarda yine **konservatif tedavi** mümkündür.

•Özellikle:

- Endoskopi sırasında oluşan yaralanmalar
- Preoperatif aç hastalarda
- Mediastinal/servikal kontaminasyon olmayan olgular

•Yönetim benzer şekilde:

- NPO
- Nutritional destek
- Destek tedavileri (analjezi, PPI, antiemetik)

Tedavi

4. TAM KAT+ KONTAMİNASYON (Mediastinal / Torasik)

ACİL cerrahi tedavi + agresif medikal resüsitasyon gerekir.

Tıbbi Tedavinin Zorunlu Elemanları

- **Geniş spektrum IV antibiyotikler**
- **Antifungal** ajan (yerel mikrobiyoloji rehberine göre)
- Hemodinamik resüsitasyon
- Solunum desteği (entübasyon?)
- Üriner kateter → idrar takibi
- Yoğun bakım ekibinin **erken** dahil edilmesi
- Beslenme desteği

5. Beslenme (Nutrition)

- Tedavinin erken döneminde **mutlaka başlanmalı**
- En güvenli yol → **jejunostomi** (cerrahi hastalarda sık tercih edilir)

Tedavi

Endoskopik Tedavi Seçenekleri

A) Metal Klipler

•**< %25** çevresel alanı içeren **küçük ve sınırlı yırtıklarda** kullanılabilir.

•Aynı seansta yapılabilme avantajı.

B) Over-the-Scope Clip (OTSC)

•Sağlam, sınırlı defektlerde etkili.

•Genellikle endoskopi sırasında gelişen küçük perforasyonlarda.

C) Endoskopik Sütür

•Literatürde vakalar vardır ancak **başarı sınırlı** → yaygın kullanım yok.

D) Endoskopik Balon Dilatasyonu

•**Akut faz:** Distal obstrüksiyon varsa perforasyonun iyileşmesini kolaylaştırır.

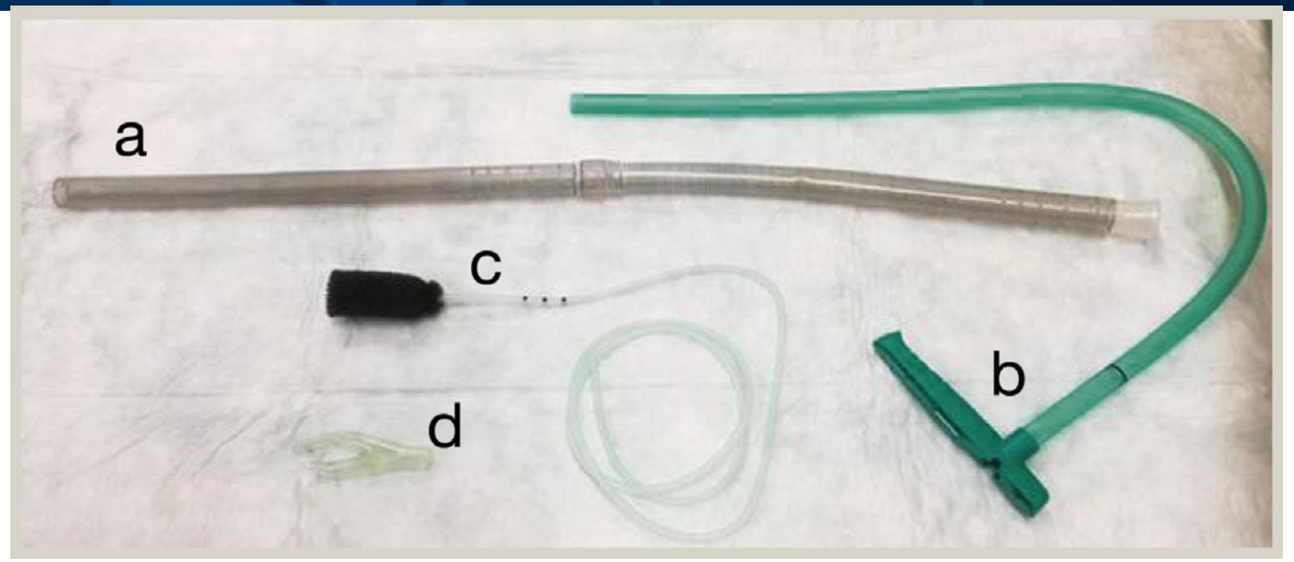
•**Geç faz:** İyileşmeye bağlı gelişen **striktür** tedavisi.

Tedavi

Endoskopik Stentler

Tam veya kısmi kaplı metal stentler

- Cerrahiye uygun olmayan komorbid hastalar
- Distal obstrüksiyon / striktür eşlik eden olgular



Negatif Basınçlı Endoskopik Drenaj Sistemleri (EndoVac / Eso-SPONGE)

NG/NJ Tüp Uygulaması (Ek Avantaj)

•Özellikle **kostik yaralanmada**:

- Lümeni açık tutar
- Gelecekteki dilatasyonlar için “guide” sağlar

Tedavi

RADYOLOJİK TEDAVİ

- **Lokalize koleksiyonlarda** akut dönemde **perkütan drenaj** etkili
- **ASA yüksek / anesteziye uygun olmayan** hastalarda önemli alternatif
- **Cerrahi endikasyonu varsa** radyolojik drenaj **gecikmeye yol açmamalı**
- **Stent** yerleştirilmesi endoskopi yapılamıyorsa **radyoloji eşliğinde** yapılabilir
- İyileşme fazında gelişen **plevral–abdominal koleksiyonlarda** CT + drenaj ilk tercihtir

Tedavi

CERRAHİ TEDAVİ

Servikal Perforasyon

- Çoğu **konservatif** yönetilir.
- Lokal koleksiyon varsa **cerrahi drenaj**
- Sol rekürren sinir korunarak **soldan servikal yaklaşım**

Abdominal Perforasyon

- Torasik prensiplerle benzer
- Genellikle **T-tüp ile kapatma + bol irrigasyon + drenaj**
- Hiatal cerrahi sırasında oluşan yaralanmalar:
  - 2 katlı primer onarım
  - Hızlı iyileşir

Torasik Perforasyon

Cerrahi seçenekler:

- **Debridman + geniş torasik drenaj**
- **Primer onarım** (temiz, sağlıklı kenarlarda)
  - Gerektiğinde pleural/omentum/interkostal flep ile güçlendirme
- **T-tüp ile onarım** (genellikle tercih edilen → kontrollü fistül oluşturur)
- **Rezeksiyon** (onarım mümkün değilse)
  - Esophagectomy ± erken rekonstrüksiyon
  - Instabil hastada: **Servikal diversion + geç rekonstrüksiyon**

İyileşme ve Prognoz

1. Akut Dönem Riskleri

- **Mediastinit** ve yaygın sepsis
- **Aritmiler**, koagülopati, **çoklu organ yetmezliği**
- Uzamış **yoğun bakım** ihtiyacı

2. Erken ve güvenli beslenme:jejunostomi

3. İyileşme Dönemi (Recovery Phase)

- **Tekrarlayan torakal sepsis** sık (yeni gelişen plevral koleksiyonlar)
  - Çoğu **perkütan drenaj** ile tedavi edilebilir
- Antibiyotikler **rasyonel** kullanılmalı
  - Relapslar aylarca sürebilir
  - **Dirençli bakteri** gelişimi önemli risk

İyileşme ve Prognoz

4. Mortalite

Boerhaave perforasyonları:

- İlk 30 gün mortalite: **~%25**
- 90 gün mortalite: **~%35**

Erken cerrahi için veriler:

- **%50–70 mortalite azalması**
- En iyi sonuçlar → **erken başvuru**

İyatrojenik yaralanmalarda sağkalım daha iyi

OLGU

- **Baryumlu (oesophagogram)** yapıldı.
- Mediyastene kaçak gösterildi.
- İşlemden hemen sonra **hemodinamik instabil atrial flutter gelişti** (HR 150, MAP 55).
- **IV metoprolol + amiodaron** yeterli olmadı →
- **200 J senkronize kardiyoversiyon** sonrası sinüs ritmine döndü.

CERRAHİ GİRİŞİM (7. GÜN)

- **Sol VATS (video-assisted thoracoscopic surgery)** yapıldı:
  - Plevra debridmanı
  - Mediyastinal drenaj (cervical insizyonla)
  - Endoskopi
  - **Nazoenterik beslenme tüpü takıldı**
- **Sıvı alımıyla aritmi tetiklendiği için → jejunostomi takıldı**

→ aritmiler tamamen kesildi.

61. Gün taburcu

ESC European Society of Cardiology

European Heart Journal - Case Reports (2024) **8**, 1–5
https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytae046

CASE REPORT
Medical management of arrhythmias

Atrial arrhythmias and acute pericarditis triggered by bleach ingestion-associated oesophageal perforation: a case report

Ahmed Saleh *, Alex D'amico, Ammar Hasnie, Stephen Clarkson , and Brittain Heindl

Take Home Massage

- Yaşamı tehdit eden acil bir durumdur; iatrojenik, travmatik, spontan veya yabancı cisim yutulmasına bağlı gelişebilir.
- Subkutan amfizem, mediastene hava diseksiyonu, göğüs ağrısı, dispne, ateş ve boyun ağrısı ile prezente olabilir.
- Tanı; klinik bulgular + görüntüleme (PA AC grafi + gerektiğinde BT + şüphede su/baryumlu kontrastlı esofagogram) ile konur.
- Bu hastalar kritik kabul edilir ve acil müdahale + yoğun bakım yönetimi gerektirir.
- Tedavi; perforasyonun yayılımına ve mediastinal kontaminasyon derecesine göre cerrahi veya noncerrahi olabilir.
- İlk 24 saat içinde tedavi edilen hastalarda mortalite ve morbidite belirgin azalır.

KAYNAKLAR

Antonowicz S, Maynard N. Oesophageal injury. *SURGERY* (Elsevier) 2020; 38:11

Patlas MN, Katz DS, Scaglione M (Editors). Errors in Emergency and Trauma Radiology. Springer 2019

ATLS (Advanced Trauma Life Support) 11. American Collage of Surgeons 2025.

Esophageal Perforation and Rupture. CLINICAL OVERVIEW. Elsevier Point of Care. Updated July 30, 2025. Elsevier

Newton K., Claudius I. Neck Trauma. Rosen's Emergency Medicine. 10th Edition; Chapter 36

Soru & Katkı?

Teşekkür ederim

Online Bilimsel Program: