

Brystsmerter udløst af øsofagusruptur

Bastian Neesgaard¹, Anne-Sophie Sejling¹ & Lene Arguimbau Ostenfeld-Møller²

KASUISTIK

1) Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød
2) Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød

Ugeskr. Læger
2017;179:V03170238

Boerhaaves syndrom, som første gang blev beskrevet i 1724 af hollænderen *Herman Boerhaave*, er betegnelsen for spontan ruptur af øsofagus. Tilstanden opstår i forbindelse med et barotraume – sædvanligvis opkastning [1], og er således ikke en egentlig spontan ruptur, men betegnelsen anvendes til at skelne tilfælde fra mere hyppigt forekommende iatrogene perforationer. Tilstanden er hyppigst hos mænd og med overvægt hos personer med alkoholmisbrug [1]. Udløsende årsager, symptomer og differentialdiagnoser fremgår af **Tabel 1**.

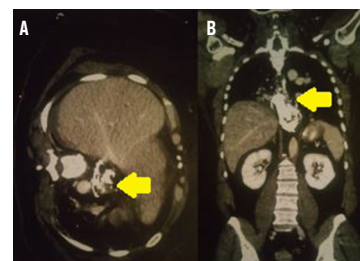
Incidensen af øsofageale perforationer er omkring 3,1/mio./år [3], hvoraf Boerhaaves syndrom udgør 15% [4]. Ubehandlet er mortaliteten tæt på 100%, men selv ved hurtig behandling er dødeligheden ca. 35%, og den stiger, hvis behandlingen forsinkes mere end 24 timer [1].

SYGEHISTORIE

En 43-årig kvinde blev indlagt i den medicinske akutmodtagelse på mistanke om akut koronart syndrom (AKS) pga. bryst smerter med udstråling til epigastriet og ryggen. Der var ingen dyspnø, stillingsafhængighed eller inspirationssmerter. Umiddelbart forud for smertedebuten havde hun indtaget en 2 cm lang lakrids. Hun følte, at lakridsen havde indkilet sig i øsofagus, og i et forsøg på at lette passagen, foretog hun gentagne synkningsforsøg og ructus. Dette resulterede i pludseligt indsættende, svære smerter i epigastriet og mellem skulderbladene. Ingen tidligere sygdomme, kardiovaskulære risikofaktorer eller dagligt medicinindtag

FIGUR 1

CT af thorax og abdomen med peroral kontrastindgift med kontrastlækage fra øsofagus (pile). A. Aksialt snit gennem abdomen. B. Koronalt snit gennem thorax og abdomen.



fremgik af anamnesen. Patienten kunne dog berette om tilfælde af synkebesvær og efterfølgende opkastninger gennem flere år.

Objektivt var hun svært smertepåvirket, men hemodynamisk stabil. Inspektion af collum afslørede subkutant emfysem, og abdominalundersøgelsen var præget af peritoneal reaktion med maksimal smerteangivelse i epigastriet. Dertil var et ophør af tarmlyde. Øvrige objektive fund var normale. En biokemisk undersøgelse viste leukocytose $12,4 \times 10^9$ mmol/l, med neutrofil overvægt $7,18 \times 10^9$ mmol/l. Initialt C-reaktivt protein-niveau var under 3 mg/l. Ekg'et viste sinusrytme frekvens 97, højredrejet akse, smalle QRS-komplekser og ingen tegn til iskæmi. På grund af patientens anamnese og objektive fund blev der rekvireret en CT af thorax og abdomen med samtidig peroral kontrastindgift på mistanke om øsofagusruptur (**Figur 1**).

CT'en viste luft i mediastinum dissekerende op på halsen og ned i abdomen samt kontrastlæk ud i mediastinum og sparsom mængde kontrastvæske i ventriklen. Patienten blev herefter overført til thoraxkirurgisk afdeling. Defekten i øsofagus blev først lokaliseret ved øsofagoscopi. Herefter blev der foretaget højresidig torakotomi, stentning af øsofagusdefekten og anlæggelse af mediastinale dræn. Hun blev udskrevet ti dages senere.

DISKUSSION

Boerhaaves syndrom kan vise sig med stærke retrosternale smerter og føre til indlæggelse i medicinsk regi på mistanke om AKS. Patienten i sygehistorien kunne dog berette om fornemmelse af fastsiddende fødeemne og øsofageal trykpåvirkning umiddelbart før symptomdebut, hvilket førte til, at hun fik foretaget billeddiagno-

TABEL 1

Årsager, symptomer og differentialdiagnoser ved Boerhaaves syndrom.

Udløsende årsager [1]	Symptomer [1, 2]	Differentialdiagnoser [1]
Astmaanfald	Svære bryst smerter eller epigastriske smerter	Perforeret ulcus pepticum
Epileptisk anfald	Takyknø	Akut myokardieinfarkt
Parturition	Peritoneal reaktion	Pulmonal emboli
Opkastning	Subkutant emfysem	Dissekerende aortaanurisme
Nysen	Svære bryst smerter eller epigastriske smerter	Akut pankreatitis
Vedvarende hoste eller hikke	Bilyde ved auskultation af thorax i tilfælde med pneumo-	
Tunge løft	mediastinum	
Defækation		
Latter		
Hurtig synkning af større fødeemner		
Heimlichs manøvre		

stisk undersøgelse, hvorved man bekræftede diagnosen. Ved Boerhaaves syndrom vil konventionel røntgenundersøgelse af thorax i over 80% af tilfælde vise en eller flere uspecifikke anormaliteter f.eks. pleuraeffusion, pneumothorax eller breddeøgning af mediastinum, hvilket ikke er tilstrækkeligt til at stille diagnosen [1]. CT med kontrast i øsofagus har en sensitivitet på 92-100% for detektion af defekter i øsofagus [1], mens konventionel røntgenundersøgelse med øsofageal kontrast giver falsk negativt resultat i 10-25% af tilfældene. Diagnostisk gastroskopi er kontroversiel, da nogle mener, at en eventuel defekt herved kan forstørres [1].

En videre gennemgang af behandling ligger uden for denne kasuistiks sigte. Overordnet kan der vælges konservativ, operativ eller endoskopisk behandling, afhængigt af tid fra ruptur til diagnose, hæmodynamisk påvirkning, grad af inflammation og præeksisterende komorbiditeter [2-5].

Pga. diversitet i klinisk fremtræden bør Boerhaaves syndrom overvejes hos alle patienter, der har bryst-smerter og en anamnese med øsofageal trykstigning.

SUMMARY

Bastian Neesgaard, Anne-Sophie Sejling & Lene Arguimbau Ostenfeld-Møller:

Upper abdominal pain caused by oesophageal perforation
Ugeskr Læger 2017;179:V03170238

Boerhaave's syndrome or spontaneous oesophageal perforation is associated with significant mortality depending on time of diagnosis and initiation of treatment. However, the diagnosis is often delayed, as the condition mimics more frequent causes of chest- and abdominal pain. This case report describes a patient with severe upper abdominal and back pain following ructus in an effort to loosen a piece of candy stuck in the oesophagus. The case demonstrates, that Boerhaave's syndrome should always be considered in patients presenting with acute chest- or upper abdominal pain.

KORRESPONDANCE: Bastian Neesgaard. E-mail: bastian.sven@gmail.com

ANTAGET: 5. september 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 6. november 2017

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Rokicki M, Rokicki W, Rydel M. Boerhaave's syndrome – over 290 yrs of surgical experiences. *Pol Przegl Chir* 2016;88:359-64.
2. Janjua KJ. Boerhaave's syndrome. *Postgrad Med J* 1997;73:265-70.
3. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H et al. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. *Thorac Cardiovasc Surg* 2010;58:476-80.
4. Brinster CJ, Singhal S, Lee L et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1475-83.
5. de Schipper JP, Pull ter Gunne AF, Oostvogel HJ et al. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. *Dig Surg* 2009;26:1-6.