

Boerhaave sündroom

Anna Saveljeva

23.03.22

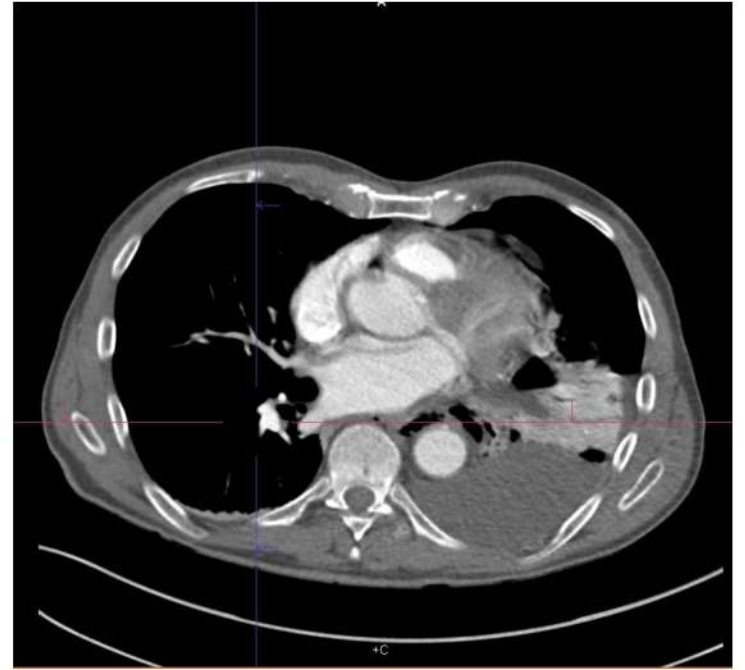
Mees 79a

Patsient toodud kiirabiga. Tegi väljakutse, sest oksendas ning algas esmakordselt elus tugev valu vasakul rindkeres VAS 10. Samaaegselt õhupuudus, raskus väljahingamisel. KA saabudes kägaras kõhuli, hüperventileerib. Saanud valuraviks S. Paracetamoli 1g ja S. Morfini 2mg, nende foonil VAS6. EMOsse jõudes kaebab jätkuvalt valu rindkeres. Valu ei kiirgu.

Anamneesis prostata hüperplaasia.
Igapäevaselt ravimeid ei tarvita.

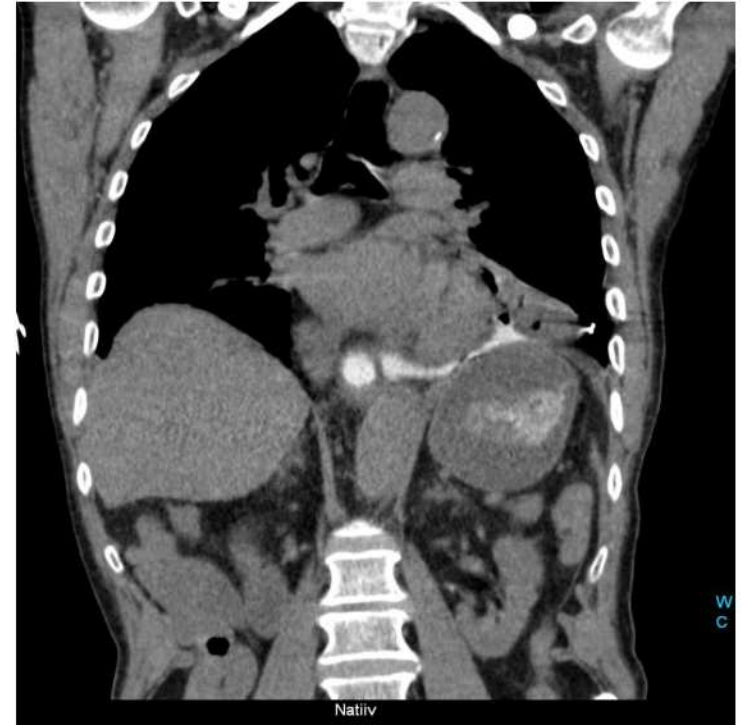
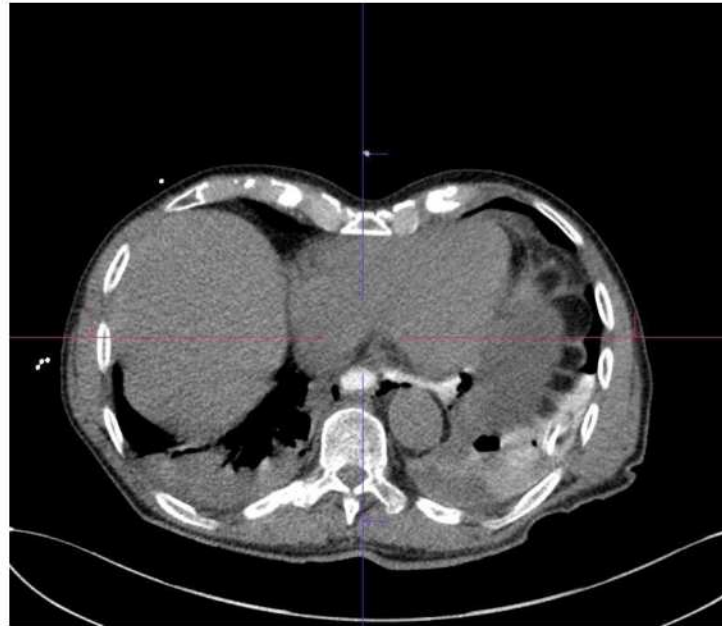
Obj. adekvaatne kontaktne. Nahatoon normaalne. Tahhüpnos valu tõttu. Kopsude auskultatsioonil räginaid ei kuuldu, kuid raske hinnata, sest hingab häälekalt. Kõht pehme, valututu. Perif. turseid ei esine.

KT angio aordidissektsiooni välistamiseks



KT-UURING RINNA- JA KÕHUAORDIST

Vasakul pleuraõõnes vaba vedelik, basaalsel taga kuni 4,5 cm paksuse kihina; pleuraalsel vaba õhk tipuosas kuni 1,7 cm ja lateraalsel kuni 2,0 cm paksuse kihina. Vasaku kopsu alagara ja lingula osas kopsukoe atelektaatilised muutused, konsolidatsiooni. Söögitoru alaosa lähedaselt külgnvalt õhumulle, õhku ka südame ja aordi vaheselt. Lisaks anamneesis algus ägeda oksendamise järgselt - viited võimalikule Boerhaave sündroomile.



KT-uuring kaelast, rindkerest ja ülakõhust enne ja pärast suukaudse kontrastaine neelamist. Söögitoru distaalses osas diafragma kohal vasakul tuleb söögitoru seinas esile ca 0,4 cm D-ga defekt, millest esineb kontrastaine leke vasakusse pleuraõõnde diafragma kohale. Osa kontrastainest jõuab ka maku.

- Otsustatud hospitaliseerida IROsse.
- Omahingamisel lisahapnikuga, SpO2 96-100%, HS kuni 40x/min.
- Hemodünaamiliselt stabiilne, RR 130/65mmHg.
- Kõhus kuulda peristaltikat, palpatsioonil kõht veidi pinges, peritoneaalärritusnähud neg. Jalad turseteta.
- Jätkatud infusioonravi Sterofundiiniga. Valu vastu Ketamiini püsiinfusioon, S. Oxycodon 5mg vaj, S. Paracetamol 1g x3 i/v. Stresshaavandi profülaktika S. Nexiumiga 40mg x1 i/v. Õhtul SVT profülaktika S. Clexane+iga 0,4ml x1. AB ravi jätkatud S. Augmentiniga 1,2g x3 i/v.
- Kokkulepitud PERHi valvekirurgiga ja valve torakaalkirurgiga, et pt. läheb PERHi torakaalkirurgiasse.

Boerhaave sündroom

- Söögitoru spontaanne ruptuureerumine
- Põhiline põhjus on profuusne oksendamine
 - Teised põhjused, mis soodustavad intraösofageaalse rõhutõusu: powerlifting, defekatsioon, epileptiline hoog, abdominaalne trauma, sünnitus
- Maosisaldis sattub lõdvestumata söögitoru sisse → tekivad vertikaalse suunaga rebendid 1 kuni 4 cm
- Söögitoru seina defekt lokaliseerub distaalses kolmandikus vasakul posterolateralsel

Boerhaave sündroom

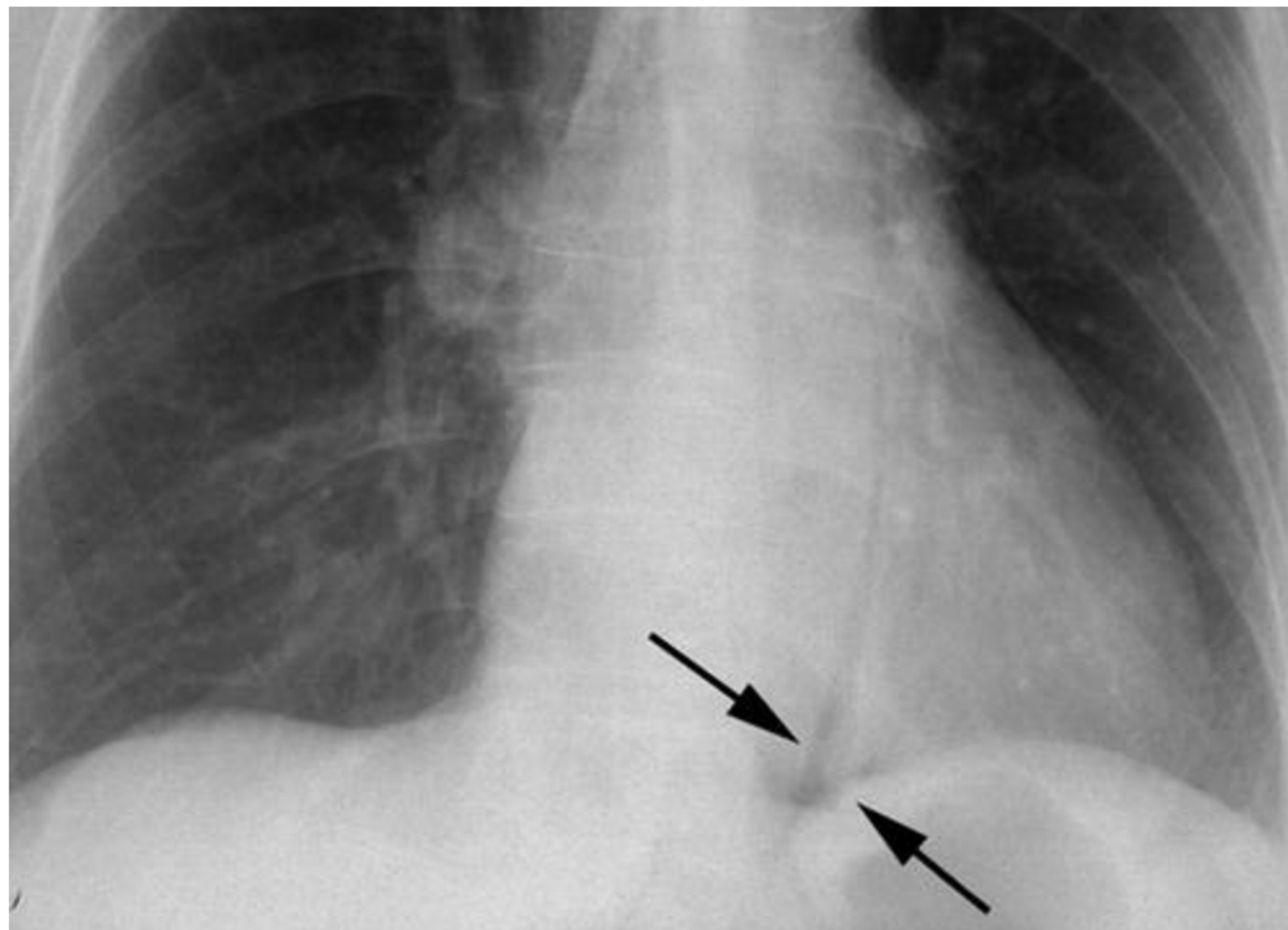
- Ohtlik seisund suremusrikiga kuni 40%
- Esimest korda kirjeldatud aastal 1724 Hermann Goerhaave poolt
- Harva esinev, sagedus 3.1 : 1,000,000 per year
- Kõikidest söögitoru perforatsioonidest ainult 15%
- Prevaleeruvalt meestel, riskifaktoriks alkoholi kuritarvitamine

Kliiniline pilt

- Arst peab kahtlustama Boerhaave sündroomi juhul, kui patsiendil esineb rindekere valu, pt kuritarvitas alkoholiga ja temal esineb mitmekordne profuusne oksendamine
- Sümptomaatika sõltub rebendi kõrgusest, kahjustuse ulatusest ja haiguseisundi kestvusest, nt tservikaalsel tasemel tekib kaelavalu, düsfaagia, düsfoonia.
- Klassikaliselt Macler`s triaad: oksendamine, rindkere valu, subkutaanne emfüseem
- Teised sümptomid: . Tahhükardia, tahhüpnöe, seljavalu, valu epigastriumis, palavik +/-, nõrk hingamiskahin perforatsiooni poolel
- Kliiniliselt dif. diagnoostiliselt kõne alla tulevad: müokardiinfarkt, aordi dissekatsioon, KATE, aordi aneürüsmi ruptuur, maohaavandi perforatsioon, spontaanne pneumotooraks, pankreatiit jt.

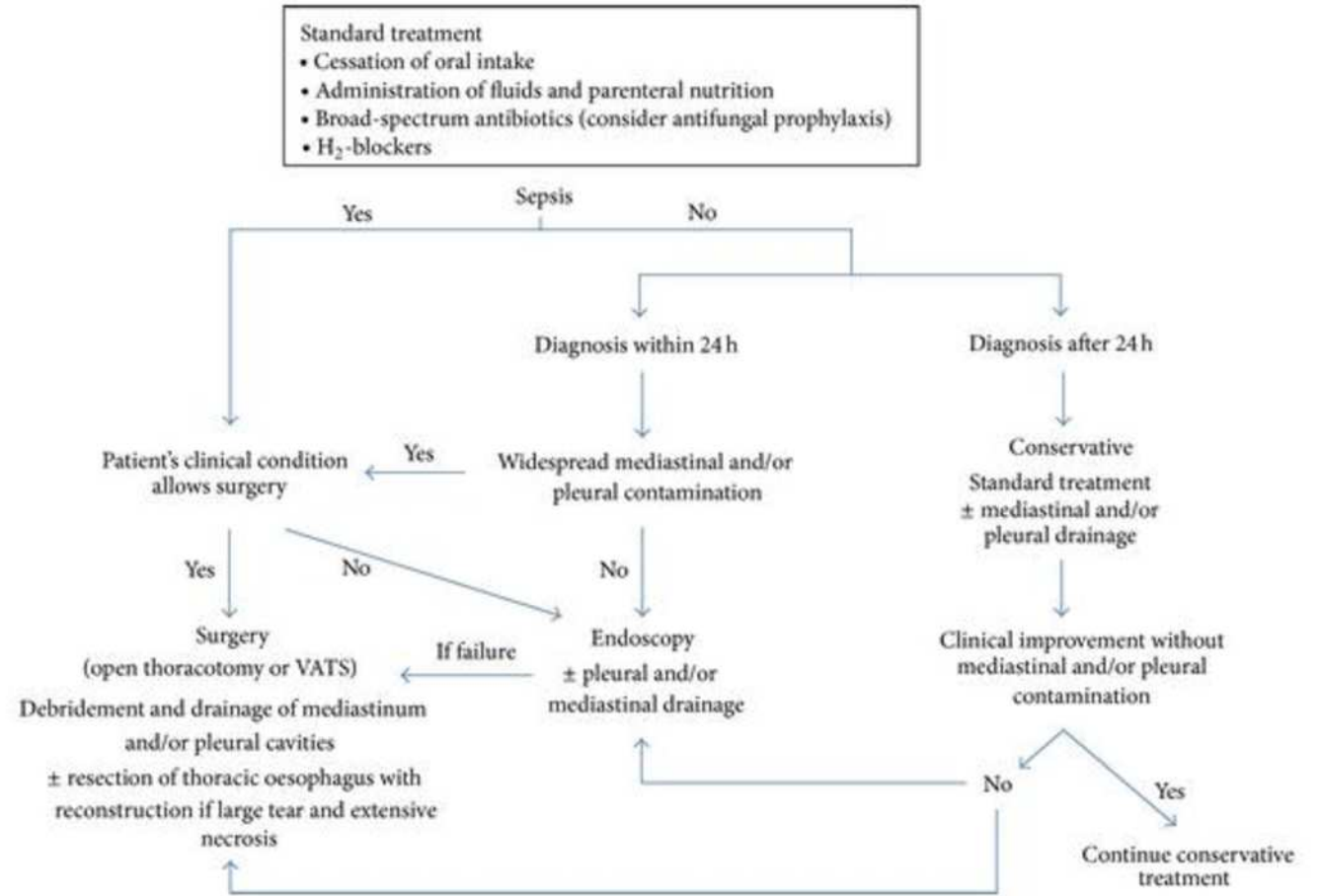
Diagnostika

- Labortestid ei mängi rolli
- Radioloogilised uuringud:
 - RÖ (15% juhtumitest normileid) ja KT:
 - subkutaanne või mediastinaalne õhkemfüseem
 - Pleuraefusioon
 - Pneumotoraks
 - Subkutaanne õhkemfüseem
 - Harvemini „V sing“
 - Söögitoru seinapaksenemine
 - Kontrastaine leke
- DD: söögitoru ruptuur iatogeensetel põhjustel, Mallory Weis sündroom (mukoosa ja submukoosa kahjustus, lihaskiht jääb terveks), ösofagopleuraalne fistel.



Ravi

- Kirurgiline või endoskoopiline ravi
- Konservatiivne



Aitäh kuulamast!

Kasutatud kirjandus

- Boerhaave Syndrome; Anisha R. Turner; Sherry D. Turner; NCBI, December 15, 2021.
- Boerhaave syndrome; Radswiki, T., Hartung, M. Reference article, Radiopaedia.org.
- Boerhaave's Syndrome: Still a Diagnostic and Therapeutic Challenge in the 21st Century; J. Spanen, J. De Regt, K. Nieboer, G. Verfaillie, P.M. Honore; Hidawi, Volume 2013
- Naclerio's V Sign; Rakesh Sinha; RSNA; Vol. 245, No. 1, Oct 1 2007