

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Giltig från: 2025-04-03

Innehållsansvar: Liselotte Walsund, (liswa21), Specialistläkare

Giltig till: 2027-04-03

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Perforation av esofagus - handläggning

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

I samband med diagnostisk eller terapeutisk åtgärd i esofagus kan komplikationer tillstå som perforation. Främmande kroppar (FK) kan även orsaka perforation pga tryckskada och ischemi. Perforation av esofagus är en ovanlig, men livshotande diagnos. 75 % är iatrogena, 15 % spontana samt 10 % pga trauma eller FK. Iatrogena perforationer är vanligast i hypofarynx (Killians triangel) eller i distala esofagus. Terapeutiska ingrepp är associerade med högre perforationsrisk än diagnostiska. Striktur, svår esofagit, divertikel eller cervikala osteofyter ökar perforationsrisken. Vid perforation kontamineras mediastinum snabbt och mediastinit utvecklas. Följderna kan bli sepsis, multiorgansvikt och död. Tidig upptäckt och behandling (inom 24h) är de viktigaste faktorerna för minskad mortalitet. Mortaliteten nästan fördubblas vid diagnos efter 24h, från 14 % till 27 %. Immunosuppression och antiinflammatoriska läkemedel kan delvis dölja symtomen.

Förutsättningar

Ansvar

ÖNH-verksamheten har primärt ansvar för patient som drabbats av perforation vid åtgärd eller undersökning via ÖNH-kliniken. Dock ska kontakt tas med Övre Gastro på Kirurgkliniken vid behov tex för diskussion kring lämplig behandling eller behov av stentning. Vid cervikal perforation sker diskussion primärt med ÖNH SU.

Avgränsningar

Styrdokumentet är avsett för ÖNH-läkare vid handläggning av perforation av esofagus hos vuxna vid diagnostisk eller terapeutisk åtgärd som handlagts via ÖNH-kliniken.

Arbetsbeskrivning

Anamnes

Typ av åtgärd som genomförts? Symtom? Tidpunkt för symtomdebut?
Debut i samband med oralt intag? Kräkning? Trauma? Feber?
Underliggande patologi i esofagus? Tidigare kirurgi? Övriga sjukdomar?
Mediciner?

Symtom

Symtom på perforation i proximala esofagus kan vara svullnad över halsen, ömhet, erytem eller cervikal krepitus pga subkutant emfysem. Patienter med perforation i mellersta och distala esofagus kan ha svår retrosternal smärta, hög buksmärta, dysfagi, dyspné, tachypné, cyanos, feber och sepsis. Även hematemes, melena, skuldersmärta och heshet kan förekomma.

Differentialdiagnoser

Hjärtinfarkt, aortadissektion, lungemboli, perforerat ulcus, spontan pneumothorax, spontan pneumomediastinum, akut pankreatit, lungabscess och perikardit. Efter dilatation är det vanligt med lätt smärta som är övergående samt frånvaro av övriga associerade symtom som vid perforation. Vid måttlig till svår smärta efter dilatation ska perforation uteslutas.

Status

Allmäntillstånd? Tecken till sepsis?

Hjärta: Takykardi? Hammans tecken (kraschande ljud samtidigt som hjärtslag pga mediastinalt emfysem)?

Lungor: Takypné? Cyanos? Saturation?

Hals: Palpömheter? Subkutant emfysem (65 % av cervikala perforationer)?

Thorax: Subkutant emfysem (30 % av thorakala perforationer)?

Buk: Peritonit?

Utredning

- Lab: CRP, blodstatus, elstatus, blodgas vid behov.
- Röntgen: Vid misstanke om perforation ska patienten genomgå DT thorax och övre buk med peroral kontrast. Tröskeln för röntgen ska vara låg då symtomen på perforation kan vara diffusa. Tecken till perforation på röntgen är ödem i esofagusväggen, fri gas och vätska kring esofagus och i mediastinum. Lokalisation och ev storlek av perforationen samt graden av kontamination kan också bedömas.
- Endoskopi: Har ingen plats i den primära handläggningen men kan vid behov ge information om lokalisation samt inför ställningstagande av lämplig terapi. Gastroskopi kan även övervägas vid negativ röntgen men kvarvarande hög misstanke om perforation. Inför undersökningen bör kontakt tas med Övre gastro inför ev behov av åtgärd.

Behandling

Behandlingen är individuell varför inga exakta riktlinjer finns. Val av behandling baseras på allmäntillstånd, komorbiditet, fysiologiska resurser, perforationens storlek/lokalisering/genes och graden av kontamination. Det primära syftet med behandlingen är att förebygga mediastinit och sepsis. Åtgärd av läckaget kommer i andra hand. Lämpligt med tidig kontakt med högsta tillgängliga kompetens. Om perforationen upptäcks under operation tillkallas kirurgkollega för diskussion kring vidare handläggning.

Initial behandling:

- Infarter, iv vätska, syrgas vb.
- Fasta, sond vid behov.
- PPI 40mg x 3 iv
- Antibiotika, Piperacillin/Tazobactam 4g/0,5g var 8e timme.
- Thoraxdrän kan vid behov anläggas via anestesiavdelningen/på IVA för dränage av luft och vätska i pleura.

Perforation thorakalt eller intraabdominellt: diskussion med övregastrokirurg gällande val av behandling. Endoskopisk behandling (stent) är oftast aktuell vid liten kontamination, perforation <5cm, intrathorakal perforation och skör patient. Endoskopisk åtgärd är även ofta aktuellt om perforation upptäcks direkt i samband med operativ åtgärd. Kirurgisk åtgärd SU kan vara aktuell vid svår kontamination, lång perforation och intraabdominell perforation.

Perforation cervikalt: Cervikala perforationer är oftast mer lättbehandlade än övriga då halsens anatomiska strukturer ofta begränsar den extraluminala spridningen. Konservativ behandling kan vara aktuell

vid minimal skada och behandlingen består då av bredspektrumantibiotika och inget oralt intag, ev även dränagebehandling. Om kirurgisk åtgärd bedöms aktuell bör kontakt tas med ÖNH SU.

Ofta behöver patienter med esofagusperforation initial intensivvård. Innan start av po intag av föda bör en hypofarynx/esofagusröntgen med po kontrast genomföras för att säkerställa att inget läckage kvarstår. DT kan vara aktuellt efter individuell bedömning.

Uppföljning

Uppföljning efter individuell bedömning. Om patienten fått ett stent följs den åtgärden upp via Kirurgkliniken.

Käll- och litteraturförteckning

1. Fridén T, Andrén-Sandberg Å. Iatrogena skador i esofagus ger hög risk för mortalitet [Internet]. Läkartidningen. 2014;111:CZE7. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/E7/%5bCZE7%5d/CZE7.pdf>
2. Khodakaram K, Johnsson E. Esofagusruptur (esofagusperforation) [Internet]. Kungsbacka: Internetmedicin; 2018 [uppdaterad 2018-10-25; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=6148>
3. Raymond D. Overview of esophageal perforation due to blunt or penetrating trauma [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [uppdaterad 2019-01-09; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/overview-of-esophageal-perforation-due-to-blunt-or-penetrating-trauma?source=bookmarks_widget
4. Cahalane M. Overview of gastrointestinal tract perforation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [uppdaterad 2017-11-29; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation?source=bookmarks_widget
5. Raymond D. Surgical management of esophageal perforation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [uppdaterad 2018-05-30; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/surgical-management-of-esophageal-perforation?source=bookmarks_widget

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Liselotte Walsund, (liswa21), Specialistläkare

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9726-2054514065-13

Version: 4.0

Giltig från: 2025-04-03

Giltig till: 2027-04-03