

CF-3.4 Boerhaave Syndrom – Diagnostik und Therapie

E. Riepan¹, M. Dahlke¹, S. Lang¹, H. Schlitt¹

¹Universitätsklinikum Regensburg

Einleitung: Perforationen des Ösophagus treten in den meisten Fällen im Bereich des distalen Ösophagus oder am gastroösophagealen Übergang auf. Man unterscheidet zwischen iatrogenen (ca. 70%), spontanen (15%) und traumatischen (<5%) Perforationen. Die spontane Ruptur des distalen Ösophagus wird nach dem ersten Patienten Boerhaave Syndrom genannt, und entsteht meist in Folge von heftigem Erbrechen. Am häufigsten betroffen sind hiervon Männer zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr nach exzessiver Nahrungsaufnahme kombiniert mit hohem Alkoholkonsum. Klinisch imponiert dann ein fulminantes septisches Krankheitsbild bei anamnestisch, endoskopisch und bildmorphologisch typischen Befunden.

Kasuistik: Ein 44-jähriger Patient wird in hoch septischem Zustand katecholamin- und beatmungspflichtig zuverlegt. Der Patient ist mit einem Blutalkoholgehalt von 4 Promille kopfüber in seinem Aschenbecher liegend aufgefunden worden. Er war nach heftigem Erbrechen bewusstlos geworden. In der Computertomographie von Thorax und Abdomen zeigt sich mediastinal und paraösophageal freie Luft. Ergänzend erfolgt eine Ösophagoskopie, in welcher sich der Verdacht einer Ösophagusruptur bei etwa 25 cm bestätigt. Es erfolgt die transhiatale Ösophagusresektion mit Ausleitung einer zervikalen Speichelfistel. Nach dreiwöchigem Intensivaufenthalt unter voller supportiver Sepsistherapie kann der Patient auf die Normalstation verlegt werden. Der weitere Verlauf gestaltete sich dann weitgehend unproblematisch. Die Wiederanschlussoperation des Ösophagus mit (am ehesten) RechtskOLONinterposition ist drei bis vier Monate nach Entlassung geplant.

Diskussion: Das Boerhaave Syndrom ist ein seltenes Krankheitsbild und hat mit mindestens 15% die höchste Mortalitätsrate aller Ösophagusperforationen. Symptome der Perforation wie Übelkeit, retrosternale Schmerzen und Luftnot sind unspezifisch – die Anamnese jedoch oft sehr typisch. Die Diagnosestellung sollte mittels Computertomographie und Endoskopie erfolgen. Erstes Ziel der Therapie muss die Sepsiskontrolle mit oder ohne Verschluss der Perforation sein. Den endoskopischen Techniken, wie Stents, Clipping oder Endosponge stehen die chirurgischen Verfahren wie Direktnaht, Fundusmanschette oder Ösophagusresektion mit kollarer Ausleitung gegenüber. Es gibt kein standardisiertes therapeutisches Vorgehen. Die Radikalität des Vorgehens muss somit der Schwere des Krankheitsbildes angepasst werden.