

BÖLÜM 7



ÖZOFAGUS MOTİLİTE BOZUKLUKLARI VE KLİNİK BULGULARI

Cengiz CEYLAN¹

ÖZET

Disfaji; semiyolojide bir çok hastalığa işaret etmekle birlikte oral alımı ve dolayısıyla yaşam kalitesini bozduğu için özofagus hastalıkları ayırıcı tanısında önemli bir semptomdur. Nöromusküler hastalıklarında, özofagus motilite bozuklukları ve malignitelerinde görülebilmektedir. Özofagus motilite bozuklukları için olmazsa olmaz belirtidir. Kesin tanıya ulaşmada mutlaka diğer nedenler dışlandıktan sonra motilite bozuklukları için spesifik tetkiklere geçilmelidir. En sık görülen motilite bozukluğu “nutcracker özofagus” iken, cerrahi olarak en tedavi edilen sık motilite bozukluğu “akalazyadır”. Medikal tedaviler çoğunlukla tüm motilite bozukluklarında benzer olmakla birlikte cerrahi tedavi endikasyonları ve yapılacak cerrahinin prosedürü hastalıklara göre değişmektedir. Günümüzde özellikle akalazyaya için endoskopik tedaviler gündeme gelmiş ve başarı oranları, uzun dönem sonuçları neredeyse açık ve laparoskopik cerrahilere eş değer olduğu gösterilmiştir.

GİRİŞ

Özofagus motilite bozuklukları nadir görülen ve zor tanı konulan hastalıklar olmakla birlikte, hastaların hayat kalitesini bozan ciddi durumlardır. Ana semptom

¹ Op. Dr., İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Cerrahisi BD., ceylancengiz@gmail.com



mektedir. Akalazyada miyotomi mutlaka AÖS'inin 6cm proximaline(özofagus) ve 2cm distaline(mideye) uzatılmalıdır.

Son zamanlarda Inoue ve arkadaşları tarafından tarif edilen ve daha az invaziv olan peroral endoskopik miyotomi(POEM) gündeme gelmiştir[28]. Bu prosedürde AÖS'nin 14cm proximalinden endoskoplara mukozanın altına girilerek kadar miyotomi yapılmaktadır. POEM prosedüründe anterior ve posterior olmak üzere iki farklı yaklaşım mevcuttur.Hastalar supin pozisyondayken "tunneling" saat 1-2 yönünden yapılırsa anterior, saat 5-6 yönünden yapılırsa posterior miyotomi olarak adlandırılır. Teorik olarak aralarındaki tek farklılık anterior POEM'de "his açısına" zarar verme ihtimali olmadığından anti-reflü mekanizmaları korunabilmektedir. Ancak yapılan metaanalizler göstermiştir ki anterior ve posterior POEM sonrasında başarı oranları ve GÖRH oranları arasında anlamlı farklılık yoktur[29].

KAYNAKLAR

1. Blair A. Jobe, John G. Hunter, David I. Watson. Esophagus and Diaphragmatic Hernia. Schwartz's Principles of Surgery. Tenth edition. McGraw-Hill Education; 2015
2. Duranceau A. Disorders of the pharyngoesophageal junction. In: Yeo CJ, ed. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. Vol. 1. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2007:374-390.
3. Cook IJ, Gabb M, Panagopoulos V, Jamieson GG, Dodds WJ, Dent J, et al. Pharyngeal (Zenker's) diverticulum is a disorder of upper esophageal sphincter opening. Gastroenterology. 1992; 103(4):1229-1235.
4. Ghosh RK, Pandolfino JE, Zhang Q, Jarosz A, Kahrilas PJ. Deglutitive upper esophageal sphincter relaxation: a study of 75 volunteer subjects using solid-state high-resolution manometry. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2006;291(3):G525-G531.
5. Pandolfino JE, Leslie E, Luger D, Mitchell B, Kwiatek MA, Kahrilas PJ. The contractile deceleration point:an important physiologic landmark on oesophageal pressure topography. Neurogastroenterol Motil. 2010;22:395-400.
6. Pandolfino JE, Roman S, Carlson D, Luger D, Bidari K, Boris L, et al. Distal esophageal spasm in high-resolution esophageal pressure topography: defining clinical phenotypes. Gastroenterology. 2011; 141:469-475.
7. Lin Z, Pandolfino JE, Xiao Y, Carlson D, Bidari K, Escobar G, et al. Localizing the contractile deceleration point(CDP) in patients with abnormal esophageal pressure topography. Neurogastroenterol Motil. 2012;24:972-975.
8. Roman S, Lin Z, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Distal contraction latency: a measure of propagation velocity optimized for esophageal pressure topography studies. Am J Gastroenterol. 2011;106:443-451.
9. Ghosh SK, Pandolfino JE, Zhang Q, Jarosz A, Shah N, Kahrilas PJ. Quantifying esophageal peristalsis with high-resolution manometry: a study of 75 asymptomatic volunteers. Am J Physiol. 2006; 290(5): G988-G997.
10. Roman S, Gyawali CP, Xiao Y, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. The Chicago classification of motility disorders: an update Gastrointest Endosc Clin N Am. 2014;24:545-561.



11. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout AJPM, et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil* 2015; 27:160-174
12. Roman S, Gyawali CP, Xiao Y, Xiao Y, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. The Chicago classification of motility disorders. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 24:545–561, 2014.
13. Code CF, Schlegel JF, Kelley ML Jr, Olsen AM, Ellis FH Jr. Hypertensive gastroesophageal sphincter. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 35:391-399, 1960.
14. Stavropoulos SN, Desilets DJ, Fuchs KH, Gostout CJ, Haber G, Inoue H, et al: Per-oral endoscopic myotomy white paper summary. *Surg Endosc* 28:2005-2019, 2014.
15. Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, Svenson LW. Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22(9):e256-e261.
16. Farrukh A, DeCaestecker J, Mayberry JF. An epidemiological study of achalasia among the South Asian population of Leicester, 1986-2005. *Dysphagia.* 2008;23(2): 161- 164.
17. Sonnenberg A. Hospitalization for achalasia in the United States 1997-2006. *Dig Dis Sci.* 2009;54(8):1680-1685.
18. De Oliveira RB, Rezende Filho J, Dantas RO, Iazigi N. The spectrum of esophageal motor disorders in Chagas' disease. *Am J Gastroenterol.* 1995;90(7):1119-1124.
19. Fisichella PM, Raz D, Palazzo F, Niponmick I, Patti MG. Clinical, radiological, and manometric profile in 145 patients with untreated achalasia. *World J Surg.* 2008;32(9):1974-1979.
20. Eckardt VF, Stauf B, Bernhard G. Chest pain in achalasia: patient characteristics and clinical course. *Gastroenterology.* 1999;116(6):1300-1304.
21. Gupta M, Ghoshal UC, Jindal S, Misra A, Nath A, Saraswat VA. Respiratory dysfunction is common in patients with achalasia and improves after pneumatic dilation. *Dig Dis Sci.* 2014;59(4):744-752.
22. Gelfond M, Rozen P, Gilat T. Isosorbide dinitrate and nifedipine treatment of achalasia: a clinical, manometric and radionuclide evaluation. *Gastroenterology.* 1982;83(5):963-969.
23. Bortolotti M, Coccia G, Brunelli F, Sarti P, Mazza M, Magnato F, et al. Isosorbide dinitrate or nifedipine: which is preferable in the medical therapy of achalasia? *Ital J Gastroenterol.* 1994;26(8):379-382.
24. Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, Takata M, Gadenstätter M, Lin F, et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2009;249(1):45-57.
25. Leyden JE, Moss AC, MacMathuna P. Endoscopic pneumatic dilation versus botulinum toxin injection in the management of primary achalasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;12:CD005046.
26. Smith CD, Stival A, Howell DL, Swafford V. Endoscopic therapy for achalasia before Heller myotomy results in worse outcomes than heller myotomy alone. *Ann Surg.* 2006;243(5):579-584; discussion 584-586
27. Ali A, Pellegrini CA. Laparoscopic myotomy: technique and efficacy in treating achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2001;11(2):347-358, vii.
28. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy.* 2010;42(4):265-271.
29. Mohan BP, Ofosu A, Chandan S, Ramai D, Khan SR, Ponnada S, et al. Anterior versus posterior approach in peroral endoscopic myotomy (POEM): a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy.* 2020; Apr;52(4):251-258.