

# AKALAZYA VE DİFFÜZ (DİSTAL) ÖZOFAGEAL SPAZM CERRAHİSİ

Mehmet Alper ÖZTÜRK<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Akalazyaya özofagusun primer motilite bozukluğu ile karakterize kronik, idiopatik bir hastalıktır. Yutkunma sonrası özofagusta peristaltizm yoktur. Alt özofagus sfinkterinde gevşeme ya hiç olmaz ya da çok azdır. İlk kez 1674 yılında Sör Thomas Willis tarafından tanımlanmıştır (1,2). Global olarak insidansı 100.000 de 0,03 ile 1,63 arasındadır. Prevelansı ise 100.000 de 1,8 ile 12,6 arasındadır. Görülme sıklığı açısından erkek ve kadınlar arasında bir fark yoktur. Sıklıkla 30-60 yaş arasında görülür (3,4). Hastalar genellikle katı ve sıvı ayırımı fark etmeksizin yutma güçlüğünden şikayetçidirler. Bunun yanında mide yanması, göğüs ağrısı, gıdaların geri gelmesi ve kilo kaybı diğer semptomlar arasındadır (3,5). Hastaların %27-42'sinde mide yanma sorunu vardır ve bu hastalar genellikle gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) düşünülerek proton pompa inhibitörleri (PPI) ile tedavi edilir. PPI tedavisine rağmen reflü semptomları düzelmeyen hastalarda akalazyaya mutlaka akla getirilmelidir (6). Akalazyada etyoloji bilinmemekle birlikte, distal özofagus ve alt özofagus sfinkterindeki myenterik pleksusta inhibitör nöronların selektif kaybı ve bunun da

uyarıcı ve inhibe edici aktivitede nöronal seviyede dengesizliğe yol açtığı düşünülür. Uyarıcı nöronlardan asetilkolin salgılanırken inhibe edici nöronlardan vazoaaktif intestinal peptid (VIP) ve nitrik oksit (NO) salgılanır (7). VIP ve NO'in azalması ile birlikte uyarıcı nöronlardan salınan uyarıcıların inhibe edilememesi sonucunda alt özofagus sfinkterinde gevşeyememe ve özofagus peristaltizminde bozulma meydana gelir (8,9).

## TANI

Endoskopi, baryumlu pasaj grafisi ve özofagus manometrisi akalazyaya tanısında en sık kullanılan testlerdir. Hastaların %30-40'ında gastroskopi normal olarak saptanabilir (10). Endoskopik incelemede distal özofagusta köpük tarzında tükürük birikintisi ve gıda artıkları ile karşılaşılabilir. Distal özofagusta dilatasyon ve tortuöz bir görüntü izlenebilir. Gıda artıklarına bağlı olarak özofajit tablosu veya kandida enfeksiyonu da görülebilir (11).

Baryumlu pasaj grafisinde dilate bir özofagus ve kuş gagası görüntüsü patognomonik bulgudur. Akalazyanın erken döneminde çekilen pasaj graflerinde özofagokardiyak bileşke üzerinde

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, alperozturk79@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7137-5374

## SONUÇ

Akalezya ve distal özofageal spazm kesin tedavisi olmayan idiyopatik hastalıklardır. Yapılan tedaviler semptomların ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Farmakolojik ve endoskopik tedavi yöntemleri (POEM hariç) semptomlarda geçici rahatlamalar sağlasa da nüksler sık olmaktadır. Bu sebeple cerrahi için uygun olan hastalarda ameliyat ön planda düşünülmelidir. Günümüzde en uygun tedavi yaklaşımlarından biriside miyotomi ve fundoplikasyondur. Ameliyat sonrası hastaların erken günlük aktivitelerine dönmesi ve reflüye yönelikte işlem yapılması sebebiyle ilk seçeneklerden biri olarak durmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Krill JT, Naik RD, Vaezi MF. Clinical management of achalasia: current state of the art. *Clin Exp Gastroenterol*. 2016;9:71–82.
- Moonen A, Boeckstaens G. Current diagnosis and management of achalasia. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(6):484–490.
- Vaezi MF, Pandolfino JE, Vela MF. ACG clinical guideline: Diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol* 2013;108(8):1238–49; quiz 50.
- Vaezi MF, Felix VN, Penagini R, et al. Achalasia: From diagnosis to management. *Ann N Y Acad Sci* 2016;1381(1):34–44.
- Francis DL, Katzka DA. Achalasia: Update on the disease and its treatment. *Gastroenterology* 2010;139(2):369–74.
- Spechler SJ, Souza RF, Rosenberg SJ, et al. Heartburn in patients with achalasia. *Gut* 1995;37(3):305–8.
- Singaram C, Sengupta A, Sweet MA, et al. Nitroergic and peptidergic innervation of the human oesophagus. *Gut* 1994;35(12):1690–6.
- Park W, Vaezi MF. Etiology and pathogenesis of achalasia: The current understanding. *Am J Gastroenterol* 2005;100(6):1404–14.
- Mearin F, Mourelle M, Guarner F, et al. Patients with achalasia lack nitric oxide synthase in the gastro-oesophageal junction. *Eur J Clin Invest* 1993;23(11):724–8.
- Howard PJ, Maher L, Pryde A, et al. Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut*. 1992;33(8):1011–1015.
- Pandolfino JE, Gawron AJ. Achalasia: a systematic review. *JAMA*. 2015;313(18):1841–1852.
- Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, et al. The Chicago classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil* 2015; 27(2):160–74.
- Sharma P, Yadlapati R. Evaluation of Esophageal Motility and Lessons from Chicago Classification version 4.0. *Curr Gastroenterol Rep* 2022 Jan;24(1):10–17.
- Salvador R, Voltarel G, Savarino E, et al. The natural history of achalasia: evidence of a continuum—The evolutive pattern theory. *Dig Liver Dis*. 2018;50(4):342–347.
- Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH, et al. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. *Am J Gastroenterol*. 2020 September ; 115(9): 1393–1411.
- Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2009;249(1):45–57.
- Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010;42(4):265–71.
- Inoue H, Kudo SE. [Per-oral endoscopic myotomy (POEM) for 43 consecutive cases of esophageal achalasia]. *Nihon Rinsho* 2010;68(9):1749–52. Japanese.
- Von Renteln D, Inoue H, Minami H, et al. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: A prospective single center study. *Am J Gastroenterol* 2012;107:411–7.
- Swanstrom LL, Rieder E, Dunst CM. A stepwise approach and early clinical experience in peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia and esophageal motility disorders. *J Am Coll Surg* 2011;213(6):751–6.
- Evensen H, Kristensen V, Larssen L, et al. Outcome of peroral endoscopic myotomy (POEM) in treatment-naïve patients. A systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2019;54(1):1–7.
- Vaezi MF, Richter JE. Current therapies for achalasia: Comparison and efficacy. *J Clin Gastroenterol* 1998;27(1):21–35.
- Ali A, Pellegrini CA. Laparoscopic myotomy: Technique and efficacy in treating achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2001;11(2):347–58.
- Achem SR, Gerson LB. Distal Esophageal Spasm: An Update. *Current Gastroenterology Reports* 2013;15:325.
- Roman S, Kahrilas PJ. Management of spastic disorders of the esophagus. *Gastroenterology clinics of North America* 2013;42:27–43.
- Konturek JW, Gillessen A, Domschke W. Diffuse esophageal spasm: a malfunction that involves nitric oxide? *Scand J Gastroenterol* 1995;30:1041–5.
- Murray JA, Ledlow A, Launspach J, et al. The effects of recombinant human hemoglobin on esophageal motor functions in humans. *Gastroenterology* 1995;109:1241–8.
- Spechler S, Castell D. Classification of oesophageal motility abnormalities. *Gut* 2001;49:145–51.
- International High Resolution Manometry Working G. The Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders, v3.0. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society* 2015;27:160–74.
- Frantzides CT, Moore RE, Carlson MA, et al. Minimally invasive surgery for achalasia: a 10-year experience. *J Gastrointest Surg* 2004;8:18–23.
- Payne WS. Heller's contribution to the surgical treatment of achalasia of the esophagus. 1914. *Ann Thorac Surg* 1989;48:876–81.
- Shimi S, Nathanson LK, Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J R Coll Surg Edinb*. 1991;36(3):152–154.