

# Özofagusun Motilite Bozuklukları

## Çizgili Kas Tipi Disfajiler (üst 2/3)

- Nörojenik - SVO, ALS, Parkinson, Rekürren larengeal sinir yaralanması vb
- Musküler - Myastenia gravis, Musküler distrofiler, Dermatomyozit, Tirotoksikoz vb
- Yapısal - Krikofaringeal disfonksiyon ve Zenker divertikülü, Orolaringeal cerrahi, Radyoterapi, Koroziv yanıklar
- Psikojenik - Globus histericus
- Diğer - GÖRH

## Düz Kas Tipi Disfajiler

- Primer motilite bozuklukları - Akalazya, Difüz özofageal spazm, Fındıkkıran Özofagus, Hipertansif AÖS
- Sekonder motilite bozuklukları - Skleroderma, Chagas Hast, Reflü özofajit, MS, Diabetik ve alkolik nöropatiler, Sjögren vb
- Konjenital - Rilay- Day sendromu, Atrezi cerrahisi sonrası

# AKALAZYA

- Akalazyada özofagus gövdesinde tonus kaybı ve itici peristaltizmin yokluğu, yutma fiili ile koordine AÖS açılmaması ile karakterize fonksiyonel bir özofagus hastalığı
  - Akalazyada myenterik (Auerbach) pleksusunu oluşturan ve kolinerjik işlevle relaksasyonu sağlayan ganglion hücrelerinin sayıları azalmış ve morfolojileri bozulmuştur
  - 'Gevşeyemez' anlamına gelir
  - İnsidansı: 1/100.000, K/E:1/1
  - 25-65 yaş
  - 3 temel özellik
- \*Yutma sonrası AÖS'nin gevşeyememesi
- \*AÖS'nde istirahat sonrası basıncın yüksek olması
- \*Özofagus gövdesinde peristaltizmde azalma, ileri dönemde aperistaltizm ve dilatasyon

- ***Semptomlar:***

Akalazyaya kronik ve progressif klinik seyir gösterir

Disfaji - paradoksal

Regürjitasyon

Kilo kaybı

Aspirasyon - solunum problemleri

Göğüs ağrısı

Akalazyanın en sık görülen komplikasyonu özofajittir.

Uzun süren akalazyada, özellikle gıdaların yaptığı irritasyon ve özofajit karsinom riskini çok arttırır

Diğer komplikasyonlar pulsiyon divertikülü, spontan rüptür, kardiyak aritmiler, pulmoner patolojiler

# TANI:

- **Direk grafi:** Hava-sıvı seviyesi, özofagus dilatasyonuna bağlı mediastinal genişleme
- **Baryumlu özofagus pasaj grafisi:** özofagusta dilatasyon, alt uçta muntazam daralma (Kuş gagası görünümü)
- **BT:** malignite ekartasyonu açısından
- **Endoskopi:** striktür, özofajit, psödoakalazya ayrımı
- **Manometrik çalışmalar:** Alt sfinkter dinlenim basıncı, sfinkterin toplam uzunluğu, bazal mide ve özofagus basınçları ölçülebilir, özofagus gövde motilitesi primer peristaltizmin oluşumu ve ilerleyişi izlenebilir

# Radyolojik sınıflama:

- **Tip I fusiform akalazyza:**

Özofagusun tonusunun korunduđu bařlangıç akalazyalar, **<4cm**

- **Tip II huni řeklinde akalazyza:**

Özofagus alt ucu tepesi aşağıda huni boynu şeklinde daralır. Darlığın üst kısmında özofagus oldukça geniş, **4-6 cm**

- **Tip III sigmoid (mega) akalazyza:**

Hastalığın uzun süreden beri olduğu olgularda özofagus ileri derecede genişlemiş, uzamış ve kıvrılmıştır. Özofagusun alt kısmı “S” şeklini alır, özofagusun tonusu kaybolmuş ve boyu uzamıştır, **>6cm**

# Akalazya tedavisi

- **Medikal tedavi:**
  - \* Nitratlar
  - \* Ca kanal blokerleri
  - \* antidepressanlar

Minimal semptomları olan (Tip I akalazya), cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalarda, dilatasyon veya miyotomiye yardımcı olarak kullanılır

# Dilatasyon

- Mekanik, hidrostatik veya pnömatik dilatörler ile skopi altında AÖS'nin ekstra mukozal yırtılması
- Balon dilatörler
  - 300mmHg, yaklaşık 3 dakika
- Komplikasyon:
  - %0,4-13 perforasyon, hematemez, aspirasyon
- Tip I akalazyada %60-75 başarılı sonuç  
Tip III akalazyada uygulanmamalı  
2. başarısız dilatasyondan sonra ısrar edilmemeli

# Botox (Botulinum Toksini)

- Skleroterapi iğnesi ile her AÖS kadranına 2 ml
- Ortalama %65 hastada remisyon sağlar  
Ortalama etki süresi 6 ay
- 50 yaş üzerinde etkinliği artar
- **Avantajı:** Noninvazif, kolay uygulanması, az yan etki
- **Dezavantajı:** tekrarlayan uygulama gerektirmesi



# Cerrahi Tedavi

## Akalazyada cerrahi tedavi endikasyonları:

- Megaözofagus gibi dilatasyonun çok riskli olduğu ilerlemiş vakalar
- Staza bağlı ilerlemiş özofajit veya ülserasyon
- Hiatus hernisi, epifrenik divertikül gibi cerrahi gerektiren diğer patolojik durumların akalazyaya ile birlikte bulunması
- Malignite şüphesi
- Tekrarlanan başarısız dilatasyonlar
- Aspirasyona bağlı pulmoner komplikasyonların mevcudiyeti

## ÖMH içinde akalazyaya en fazla özofajektomi yapılan grup

- Başarısız myotomi
- Disfaji ve regürjitasyonun eşlik ettiği sıkı striktür
- Malignite şüphesi
- Megaözofagus olgularında ilk seçenek olarak

# Transtorasik Yaklaşım

- **Özofagokardiomyotomi** - Ekstra mukozal myotomi
  - İlk defa Heller tanımlamış (anterior ve posterior)
  - Modifiye Heller: Anterior myotomi
  - ***Teknik:***
    - \* sol aşağı seviyeli posterolateral torokotomi
    - \* N. Vagus korunarak
    - \* 5-7 cm uzunluğunda myotomi
    - \* Mide üzerinde 2-3cm devam edilir
  - Gerektiği düşünülüyorsa antireflü prosedürü eklenebilir
  - **Alternatif:** VATS, laparoskopi

# Özofagus Divertikülleri

- Özofagus divertikülleri orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkan, özofagus mukozası veya duvarının tam kat olarak prolobe olmasıdır
- Divertiküller duvar yapılarına ve oluş mekanizmalarına göre ikiye ayrılır:

## 1- ***Gerçek divertikül (Traksiyon divertikülü)***

Komşu dokulardaki inflamasyon ve fibrozise bağlı (lenfadenit), tam kat

## 2- ***Yalancı divertikül (Pulsiyon divertikülü)***

Özofagus lümeni içinde basıncın anormal şekilde artması sonucu, sadece mukoza

- Lokalizasyonlarına göre 3 gruba ayrılır:
  - \* ***Faringoözofageal Divertiküller (Zenker)***
  - \* ***Parabronşial divertikül (midözofageal)***
  - \* ***Epifrenik Divertikül***

# Faringoözofageal Divertikül (Zenker)

- Özofagus divertikülleri arasında en sık rastlanan ve cerrahi tedavi gerektiren divertiküllerdir. Zenker divertikülü olarak da adlandırılır.
- Özofagusun üst ucunda faringoözofageal bileşkede
- Pulsiyon divertikülleri
- ÜÖS artan basınç nedeni ile, farinks arka duvarı orta hatta, inferior konstriktör kasın oblik lifleri ile krikofaringeusun transvers lifleri arasında kalan zayıf noktadan (**Killian üçgeni**) mukozanın dışarı hernie olması
- Genellikle 50 yaş ve üzerinde
- Bazı divertiküller asemptomatik olmasına rağmen, genellikle disfaji ilk semptomdur
- Poş büyüdükçe regürjitasyon, halitozis, öksürük, aspirasyon ve boyunda şişlik ortaya çıkabilir

## Tanı-Tedavi

- Baryumlu özofagus grafisi
- Üst GIS endoskopisi
- Manometrik çalışmalar
- Semptomatik tüm olgularda kesin tedavi cerrahidir
- Sol servikal insizyonla Transservikal Krikofarengeal Myotomi ve Divertikülektomi
- Alternatif: Transoral endoskopik divertikülotomi

# Epifrenik Divertikül

- Özofagus 1/3 alt kısmında
- Daha çok orta ve ileri yaşta
- Erkeklerde daha fazla
- Pulsiyon divertikülü
- En sık akalazya ile birliktelik
- Hastaların çoğu asemptomatik
- Az sayıda hastada ilerleyici disfaji, retrosternal ağrı, regürjitasyon ve aspirasyon bulguları mevcut
- Semptomatik hastalar veya divertikülit, kanama gibi komplikasyonlar gelişirse tedavi cerrahi

# Parabronşial Divertikül

- Özofagus 1/3 orta bölümünde
- Traksiyon divertikülleri
- Çoğunlukla tüberküloz veya fungal kronik granulomatöz lezyonlara sekonder oluşur
- Divertikül geniş tabanlı bir boyunla özofagus lümeni ile ilişkili olduğundan genellikle asemptomatiktir
- Nadiren kompresyon, özofajit, striktür, trakeaözofageal fistül veya büyük damarlara fistülizasyon gelişebilir
- Semptomatik olgularda cerrahi tedavi planlanmalıdır