

# Akalazya Hastasında Megaözofagus<sup>1</sup>

## Deniz GEZER<sup>1</sup>, Seval Müzeyyen ECİN<sup>2</sup>

### Öz

Akalazya, alt özofagus sfinkterinin yetersiz gevşemesi ve özofagus peristaltizminin yokluğu ile karakterize edilen özofagusun primer motilite bozukluğudur. Nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte erken tanı konulmadığı durumlarda megaözofagus, kilo kaybı, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Vakamız 38 yaşında erkek hastanın, katı ve sıvılara karşı disfaji, regürjitasyon, substernal göğüs ağrısı, kilo kaybı şikayetleri mevcuttu. Toraks ve Abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, hava-sıvı seviyeleri, genişlemiş ve kıvrımlı bir yemek borusu, 9 cm'yi bulan megaözofagus, akciğerlerde pnömonik infiltrasyon izlendi. Hastaya akalazya tanısı konuldu. Erken tanı konulmadığı durumlarda megaözofagus, kilo kaybı, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle genç yaşta uzun süre yutma güçlüğü ve disfaji ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda akalazya düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Akalazya, megaözofagus, yutma güçlüğü

### Megaesophagus In Achalasia Patient

#### Abstract

Achalasia is a primary motility disorder of the esophagus characterized by insufficient relaxation of the lower esophageal sphincter and absence of esophageal peristalsis. Although it is a rare disease, if not diagnosed early, complications such as megaesophagus, weight loss, and aspiration pneumonia may occur. 38-year-old male patient had complaints of dysphagia against solids and liquids, regurgitation, substernal chest pain, and weight loss. Thorax and abdomen Computed tomography (CT) revealed air-fluid levels, an enlarged and convoluted esophagus, megaesophagus up to 9 cm, pneumonic infiltration in the lungs. The patient was diagnosed with achalasia. If not diagnosed early, complications such as megaesophagus, weight loss, and aspiration pneumonia may occur. Achalasia should be considered, especially in patients presenting at a young age with prolonged dysphagia and dysphagia.

**Key words:** Achalasia, megaesophagus, dysphagia

<sup>1</sup> Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları, E-mail: drdenizgezer@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9036-0135

<sup>2</sup> Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İş ve Meslek Hastalıkları, E-mail: seval44ecin@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-7701-7826

Yazışma adresi: Deniz GEZER, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Korukent Mah. 96015 Sok. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü, 33240 Toroslar/Mersin, Tel: 05052772128, e-posta: drdenizgezer@gmail.com, https://orcid.org/0000-0002-9036-0135

Geliş Tarihi: 27.05.2022 Kabul Tarihi: 05.08.2022  
DOI: 10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk\_v05i2004

## Giriş

Akalazyaya, alt özofagus sfinkterinin yetersiz gevşemesi ve özofagus peristaltizminin yokluğu ile karakterize edilen özofagusun primer motilite bozukluğudur (1-4). Hastaların başvuru nedenleri genellikle katı ve sıvı gıdalar için yavaş ilerleyen disfaji, yetersizlik, kilo kaybı ve retrosternal göğüs ağrısıdır (2, 5).

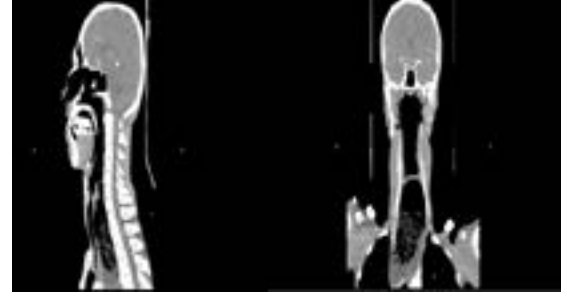
## Olgu Sunumu

38 yaşında erkek hasta, son 7 gündür katı ve sıvılara karşı artan ve son 1 yıldır artarak devam eden disfaji, regürjitasyon, yemeklerden sonra substernal göğüs ağrısı, ateş ve ses kısıklığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın son 3 ayda 15 kg kilo kaybı olup daha önce bir cerrahi operasyon geçirme öyküsü yoktur.

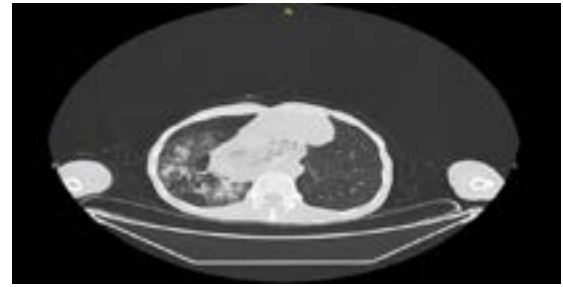
Fizik muayenesinde genel durumu orta, ateş 38.5 °C, Glaskow koma skalası 15, arteriyel kan basıncı 90/50 mmHg ve oda havasında periferik oksijen saturasyonu 90, bilateral akciğerlerde yaygın kabarılları mevcuttu. Karın muayenesinde özellik yoktu. Enflamatuvar belirteçlerde yükselme dışında kan testleri normal sınırlarda idi.

Akciğer grafisinde, mediasten diffüz genişlemiş, üst segmentlerinde hava sıvı seviyeleri ve bilateral bazallerde infiltrasyonlar mevcuttu. Yapılan Toraks ve Abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, hava-sıvı seviyeleri, genişlemiş ve kıvrımlı bir yemek borusu lümeni ve çok miktarda gıda artıkları ile 9 cm'yi bulan megaözofagus, akciğerlerde pnömonik infiltrasyon görüntüsü mevcuttu (Resim1, 2). Yapılan üst gastrointestinal endoskopide dilate yemek borusu, gıda artıkları ve mukozal ülserler ve alt sfinkter basınç artışı izlendi. Komplikasyon olan

aspirasyon pnömonisi nedeniyle antibiyotik tedavisi verildi, hastaya gastroenteroloji tarafından balon dilatasyon uygulandı ve hasta cerrahiye yönlendirildi.



**Resim 1.** Megaozafusun izlendiği Toraks-Abdomen Tomografisi



**Resim 2.** Aspirasyon Pnömonisinin izlendiği Toraks Tomografisi

## Tartışma

Akalazyaya, alt özofagus sfinkterinin yetersiz gevşemesi ve özofagus peristaltizminin yokluğu ile karakterize edilen özofagusun primer motilite bozukluğudur (1-4). Akalazyaya çok nadirdir, yıllık insidansı yaklaşık 100.000 kişide 1 ve prevalansı 100.000 kişide 10'dur. Ağırlıklı olarak belirli bir yaş, ırk veya cinsiyeti etkilemez (6). Hastaların %50'sinden azında alt özofagus sfinkteri hipertansiftir. Bu durum gastroözofageal bileşkede fonksiyonel bir tıkanıklığa neden olur (7). Etiyolojisinde Akalazyanın alt özofagus sfinkterinin myenterik pleksus ve vagus sinir liflerinin dejenerasyonundan kaynaklandığı

düşünülmektedir. Özofagus myenterik pleksusta vazoaaktif intestinal peptid (VIP) ve nitrik oksit sentaz içeren inhibitör nöronlarda kayıp vardır, ancak ciddi vakalarda kolinerjik nöronları da içerir (8-10). Hastaların başvuru nedenleri genellikle katı ve sıvı gıdalar için yavaş ilerleyen disfaji, yetersizlik, kilo kaybı ve retrosternal göğüs ağrısıdır (2, 5). Bizim olgumuzda da hasta yavaş ilerleyen yutma güçlüğü, kilo kaybı, göğüs ağrısı ile başvurmuştur.

Akalazyayı teşhis etmek için en iyi başlangıç testi bir baryum özofagogramdır. Baryumlu özofagus grafisinde klasik bulgusu, floroskopi sırasında proksimal özofagusun dilatasyonu ve peristaltizm olmaması ile birlikte alt özofagusun “kuş gagası” görünümü gibi düzgün bir şekilde daralmasıdır. İlerlemiş hastalıkta, yemek borusunun sigmoid kolon benzeri bir görünümü görülebilir (6,11). Klasik PA akciğer grafisinde ise çoğunlukla normal olarak izlenmekte ve ancak ileri seviyedeki hastalarda megaözofagusa bağlı mediastinal genişleme izlenebilmektedir. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile peristaltizm yokluğu, AÖS’den geçişte zorlanma ve özofagus lümeninde gıda artığı izlenmesi akalazyayı düşündüren endoskopik verilerdir. Ayırıcı tanıda ise psödoakalazyaya nedenlerini ekarte etmek için endoskopi, endoskopik ultrasonografi ve BT kullanılabilir (12). Özofagus manometrisi, akalazyaya tanısında en duyarlı testtir ve altın standart olmaya devam etmektedir (13). Vakamızda BT bulgularının akalazyaya ile uyumlu olması, ayırıcı tanıda kitle görünmemesi, endoskopide dilate yemek borusu ve alt özofagusta basınç artışı olması nedeni ile tanı konuldu.

Primer idiyopatik akalazyaya için cerrahi veya cerrahi olmayan modaliteler vardır. Cerrahi olmayan seçenekler farmakoterapi, endoskopik botulinum toksin enjeksiyonu veya pnömatik dilatasyondur. Cerrahi seçenekler ise laparoskopik Heller miyotomi (LHM) ve peroral endoskopik miyotomidir (POEM) (2,5,11,14). Vakamızda balon dilasyon uygulandıktan sonra hasta cerrahiye yönlendirilmiştir.

Akalazyaya nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte erken tanı konulmadığı durumlarda megaözofagus, kilo kaybı, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle genç yaşta uzun süre yutma güçlüğü ve disfaji ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda akalazyaya düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Liang C-Y, Lin M-S. Achalasia. N Engl J Med. 2009;360:801.
2. Stavropoulos S, Friedel D, Modayil R, Parkman H. Diagnosis and management of esophageal achalasia. BMJ. 2016;354:i2785.
3. Vaezi M, Pandolfino J, Vela M. ACG clinical guideline: diagnosis and management of achalasia. Am J Gastroenterol. 2013;108:1238-49.
4. Coco D, Leanza S. Megaesophagus. Pan Afr Med J. 2021 Feb 8;38:138. doi: 10.11604/pamj.2021.38.138.27937. PMID: 33912308; PMCID: PMC8052627.
5. Okwara C, Cangemi D. Achalasia with megaesophagus. N Engl J Med. 2015;373:25.

6. Wadhwa V, Thota PN, Parikh MP, Lopez R, Sanaka MR. Changing Trends in Age, Gender, Racial Distribution and Inpatient Burden of Achalasia. *Gastroenterology Res.* 2017 Apr;10(2):70-7.
7. Cassella RR, Ellis FH, Brown AL. Fine-Structure Changes in achalasia Of Esophagus. *Am J Pathol.* 1965 Mar;46:467-75.
8. Gezer D, Akalazya. Güler A editör. SAĞLIK BİLİMLERİ Güncel Araştırmalar ve Yeni Eğilimler 4, 1 Baskı: Cetinje-Montenegro: IVPE yayınevi; 2022.p. 19-28
9. 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 Sep;32(9):1974-9.
10. Francis DL, Katzka DA. Achalasia: update on the disease and its treatment. *Gastroenterology.* 2010 Aug;139(2):369-74.
11. Pinto J, Pereira F, Banhudo A. Megaesophagus in a Patient with Achalasia. *GE Port J Gastroenterol.* 2018;26(1):75-7. doi:10.1159/000487276
12. Katada N, Sakuromoto S, Yamashita K, et al. Recent trends in the management of achalasia. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2012;18:420-28.
13. Torresan F, Ioannou A, Azzaroli F, Bazzoli F. Treatment of achalasia in the era of high-resolution manometry. *Ann Gastroenterol.* 2015 Jul-Sep;28(3):301-308.
14. Moonen A, Annese V, Belmans A, et al. Long-term results of the European achalasia trial: a multicentre randomised controlled trial comparing pneumatic dilation versus laparoscopic Heller myotomy. *Gut.* 2016;75:732