

Özofagus Semptomatolojisi

Esophageal Symptomatology

Öz

Özofagus hastalıklarının tanısı semptomlara dayalı konulur. Bu nedenle değerlendirme ve sorgulama önemlidir. Başlıca semptomları disfaji, odinofaji ,göğüs ağrısı, pirozis ve regürjitasyondur. Semptomların başlangıç zamanı, eşlik eden bulgular, progresif olup olmadığı, kormorbid hastalık varlığı gibi yönlendirici sorular tanıya yardımcıdır.

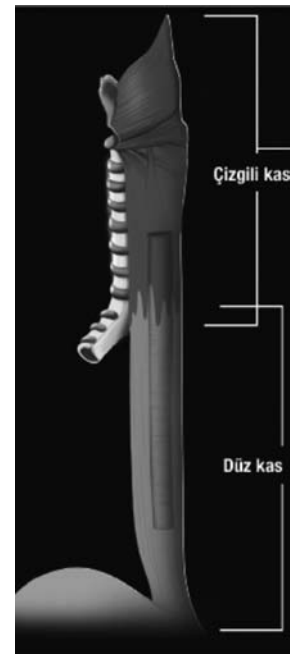
Abstract

Diagnosis of esophageal diseases based on symptoms. Therefore history and questionnaire of symptoms are so important. Main esophageal symptoms are dysphagia, odinophagia, pyrosis and regurgitation. Time of symptoms onset, additional findings, accompanied comorbid diseases and progressive features of symptoms must be questioned. These findings are helpful for the diagnosis.

Giriş

Fonksiyonel olarak özofagus; üst özofagus sfinkteri, gövde ve alt özofagus sfinkterinden oluşmaktadır. Özofagusun %5 üst kısmı çizgili kaslardan oluşmaktadır. Geri kalan kısmı ise düz kaslardan oluşur (Şekil 1).

Oblik ve sirküler yerleşmiş kas hüzmeleri yutmaya yardımcı olur. Çizgili kaslar istemli yutmaya, çizgisiz kaslar istemsiz yutmaya yardımcıdır. Alt özofagus sfinkteri (AÖS) ve krural diyafram sırasıyla intrinsek ve ekstrinsek yapıları oluşturur. İki sfinkter anatomik olarak birbiri üzerine binmiştir ve frenoözofageal ligaman ile sarılmıştır. Yani AÖS tek bir kas demetinden oluşmaz. Üst özofagus sfinkteri (ÜÖS) farenksi özofagusdan ayırır. İstirahat halinde iken kapalıdır. İnspiryumda havanın gastrointestinal sisteme girmesini engeller ve özofagusa gelen materyalin farenkse geri gelmesine mani olur. Yutkunma ile birlikte gevşeyerek gıdanın özofagusa geçmesini sağlar. Kusma ve geğirti sırasında da gevşeyerek materyalin özofagusdan ağıza gelmesini sağlar. Manometrik olarak ÜÖS 3-4 cm uzunluktadır. ÜÖS, en az 3 grup çizgili kasdan oluşur (inferior farengeal konstriktör kasın distal kısmı, krikofarengeal kas, özofagus proksimal kasları) (1). Bu nedenle bazı yazarlar, ÜÖS yerine farengeoözofageal sfinkter terminolojisini daha uygun bulmaktadır.



Şekil 1. Özofagus gövdesi

Prof. Dr. Filiz AKYÜZ

İstanbul Tıp Fakültesi, İç hastalıkları
A.B.D, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:

İstanbul Tıp Fakültesi, İç hastalıkları
A.B.D, Gastroenteroloji Bilim Dalı
Fatih / Çapa İstanbul 34093 Türkiye

Tel/phone: +90 212 414 20 00

E-mail: filizakyuz@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Özofagus

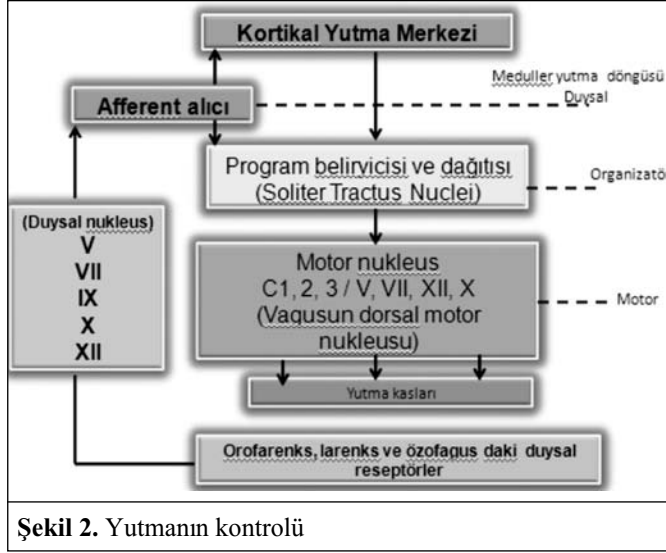
Keywords:

Esophageal

Geliş Tarihi - Received
13/01/2017

Kabul Tarihi - Accepted
17/01/2017

Yutma, afferent ve efferent alıcılar ile birlikte program belirleyicisi ve dağıtıcısı “soliter tractus nucleus” kontrolü ile yutma kaslarının uyarılması ile gerçekleşir (Şekil 2).



Şekil 2. Yutmanın kontrolü

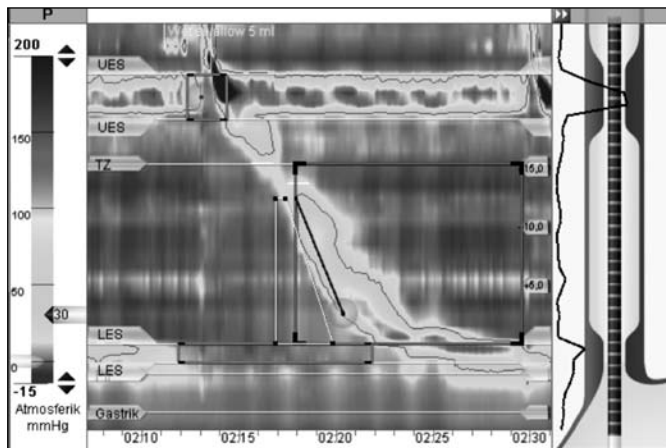
Farenksin kasılması ile birlikte ÜÖS gevşer, primer peristaltik (Resim 1) dalga ile lokma özofagusda ilerler. Yutmanın başlaması ile birlikte AÖS gevşer, özofagus gerilmesi ile sekonder peristaltik dalga ile yemekler mideye ilerler. Lokmanın mideye geçmesinden sonra AÖS istirahat basın

Özofagusa Ait Semptomlar

Özofagus hastalıklarında farklı semptomlar oluşabilir.

- Disfaji
- Odinofaji
- Göğüs ağrısı
- Pirozis
- Regürjitasyon

Disfaji; yutma güclüğü demektir. Orofarengeal veya özofageal olmak üzere 2 tipdir. Anamnez sorgulanırken bu 2 tipin ayırımı hastalığın tanısında çok önemlidir. Orofarengeal disfajide yutmanın başlangıcında problem vardır. Hasta hiç yutamaz, ağzından sekresyon akabilir veya nazal re-



Resim 1. Normal primer peristaltik dalganın yüksek rezolüsyonlu manometri ile gösterilmesi (Prof.Dr.Filiz Ak-yüz'ün arşivinden)

gürjitasyon tarifleyebilir. Özofagusun proksimal bölümünü ilgilendiren hastalıklarda görülür.

Orofaringeal disfaji nedenleri aşağıda sıralanmıştır.

1. İltihabi olaylar
2. Tümörler
3. Dış bası
4. ÜÖS hastalıkları
5. Çizgili kas hastalıkları
6. Nörolojik nedenler

Özofageal disfajide hasta yutabilir, ancak gıdaların retrosternal alanda veya daha distalde takıldığını ifade eder. Bulantı, kusma ve regürjitasyonda disfajiye eşlik edebilir.

Özofageal disfaji nedenleri aşağıda belirtilmiştir.

1. Daraltıcı olaylar (Tümör, divertikül, dışbası, yabancı cisim, Schatzki halkası, Plummer-Winson sendromu [resim 2], kist)

Zenker divertikülü farenksde zayıf olan bölgeden mukozanın protrüzyonudur ve disfaji ile birlikte ağız kokusu, regürjitasyon, aspirasyon, öksürük, kilo kaybı, ses değişikliğine neden olabilir.

2. İnflamatuvar olaylar (Reflü özofajit, korozif özofajit, ilaçla bağlı ülser, radyoterapi)

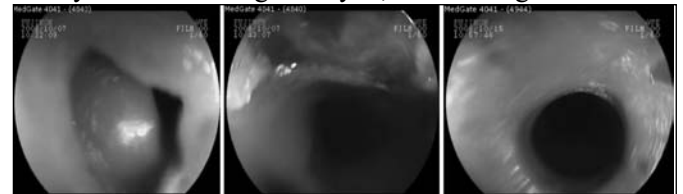
3. Özofagusun motor bozuklukları (Akalazya [resim 3], distal özofagus spazmı, Jackhammer özofagus, hipertansif AÖS, sekonder tipte özofageal motilite bozuklukları) cına geri döner (6-25 mmHg).

4. Nadir diğer nedenler

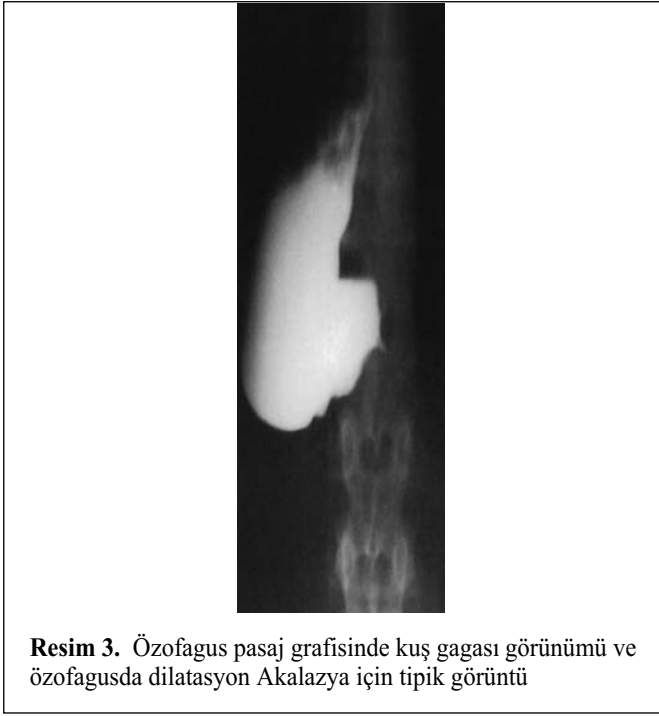
- Granümatöz olaylar (Crohn hastalığı, tüberküloz, sarkoidoz)
- İnfeksiyöz nedenler (HSV, CMV, kandida [resim 4], aspergiloz)
- Diğerleri (Deri hastalıkları, Behçet hastalığı, Tylozis)

Disfajili bir hastada yutma gücüğünün hangi tip gıdalara karşı (katı ve sıvı gıdalara karşı olup olmadığı) olduğu mutlaka sorgulanmalıdır. Başlangıç zamanı ve ilerleyip ilerlemediğini, aralıklı olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Obstrüktif lezyonlarda disfaji ilerleyicidir. Başlangıçtan itibaren katılara karşıdır. Motor bozukluklarda başlangıçtan itibaren katı ve sıvı gıdalar ile yutma gücüğü vardır. İnflamatuvar lezyonlarda kısa süreli ve geçicidir. Akut disfaji genellikle komplike reflü hastalığı, korozif madde içimi ve yabancı cisim takılması ile olur. Yutma ile nazal regürjitasyon tarifliyorsa hasta faringeal lezyon, trakeofaringeal fistül akla



Resim 2. Plummer Winson sendromu endoskopik görüntüsü ve dilatasyon sonrası



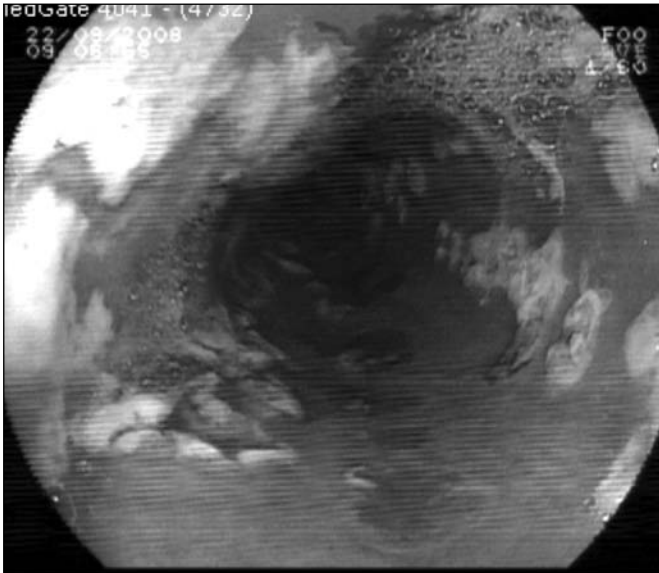
Resim 3. Özofagus pasaj grafisinde kuş gagası görünümü ve özofagusda dilatasyon Akalazyza için tipik görüntü

gelmelidir. Yutkunma olmaksızın aspirasyon oluyorsa Akalazyza, reflü hastalığı, Zenker divertikülü düşünülmelidir. Disfaji ile birlikte göğüs ağrısı oluyorsa hiperkontraktil motilite bozuklukları (distal özofagus spazmı, Jackhammer gibi) akla gelmelidir (2, 3).

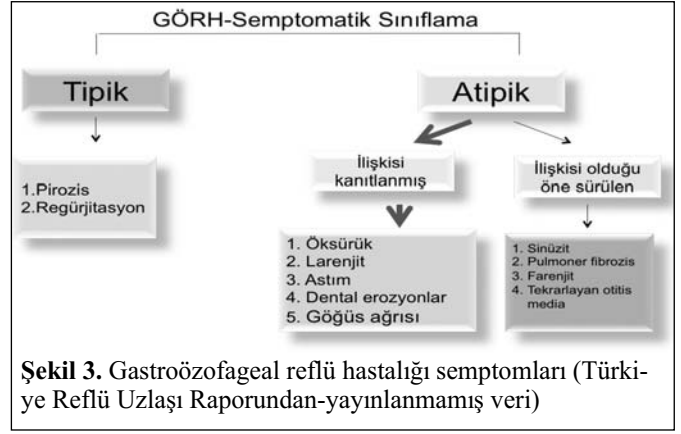
Odinofaji; Ağrılı yutma demektir. Özellikle sıcak-soğuk içecekler ile birlikte hassasiyet olur.

Odinofaji nedenleri aşağıda sıralanmıştır.

1. Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH)
2. GÖRH dışı ülserler
3. İlaç (tetrasiklin, NSAİİ, vs)



Resim 4. Candida özofajiti (Prof.Dr.Filiz Akyüz arşivinden)



4. Korozif
5. İnfeksiyöz

Göğüs ağrısı; genellikle kardiyak kökenli olmakla birlikte nadiren özofagus kaynaklı olabilmektedir. Göğüs ağrısı ile başvuran bir hastada öncelikle kardiyak değerlendirme yapılmalıdır. Eğer normal bulunursa diğer nedenler araştırılmalıdır. Özofagus hastalıkları nonkardiyak göğüs ağrısının önemli nedenlerinden biridir (akciğer, kas-kemik, mediasten hastalıklarında dışlanmalıdır). Motor fonksiyon bozuklukları ve nadiren gastroözofageal reflü hastalığı göğüs ağrısı nedeni olabilir (şekil 3).

Pirozis, göğüs kemiği arkasında yanmadır. Regürjitasyon ise ağza acı, ekşi su veya yemeklerin gelmesidir. Bu iki semptom gastroözofageal reflünün tipik semptomlarıdır (4).

Özet olarak, özofagus hastalıklarının tanısı semptomlara dayalı konulur, laboratuvar tetkikleri çok yardımcı değildir. Bu nedenle anamnezde semptom sorgulaması önemlidir. Başlangıç zamanı, eşlik eden semptomlar, progresif olup olmadığı, kormorbid hastalık varlığı gibi yönlendirici sorular önemlidir. Özellikle yutma güçlüğü varlığında öncelikle pasaj grafisi ardından endoskopi yapılmalıdır. Ancak gereklilik halinde motilite testleri veya pH incelemeleri veya tomografi, endosonografi gibi yöntemlere başvurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Goyal RK, Chaudhury A. Physiology of Normal Esophageal Motility. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 42: 610-619.
2. Dalton CB, Castell DO, Hewson EG, Wu WC, Richter JE. Diffuse esophageal spasm. A rare motility disorder not characterized by high-amplitude contractions. *Dig Dis Sci* 1991;36:1025-8.
3. Katz PO, Dalton CB, Richter JE, Wu WC, Castell DO. Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia. Results of three years' experience with 1161 patients. *Ann Intern Med* 1987;106:593-7
4. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308-328.