

# Tiroidektomi Sonrası Yutma Güçlüğü ve Tanı Karmaşası: Akalazya Olgusu

## *Dysphagia After Thyroidectomy and Diagnosis Confusion: Achalasia Case Report*

Yüksel ARIKAN<sup>1</sup>, Kadir Serkan TÜREL<sup>1</sup>, Gökhan AKBULUT<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

**ÖZET:** 6 ay önce tiroidektomi operasyonu geçiren bir hastanın, geçirilen cerrahi girişim sonucu sağ inferior larengeal siniri yaralanmış, hastada progresif kilo kaybı gelişmiş ve akalazya tanısının konulması gecikmiştir. Bu nedenle kilo kaybı ve yutma güçlüğü olan bir hastada geçirilmiş boyun cerrahisi olsa bile özofagus motilite bozukluklarının bulunabileceği hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Özofagiyal Akalazya ve yutma güçlüğü

**ABSTRACT:** The right inferior laryngeal nerve was injured during the operation in a patient with thyroidectomy six months ago. After this operation weight loss was developed progressively and the diagnosis of achalasia was delayed. For that reason it must be considered that, in a patient with weight loss and dysphagia the motility disorder of esophagus may exist inside of the history of neck surgery.

**Key Words:** Esophageal Achalasia and Dysphagia

## GİRİŞ

Akalazya alt özofageal sfinkter (AÖS) basınç artışı, yutma sırasında inkomplet relaksasyonu ve gevdede aperistaltizmle karakterize bir motor bozukluktur (1). Akalazya, histopatolojik olarak myenterik pleksustaki nöronal inflamasyon ve nöron kaybı ile karakterize, sebebi bilinmeyen bir hastalıktır (2,5). Temel olarak özofagus gövdesindeki düz kasların relaksasyonundan sorumlu nitrik oksit üreten inhibitör nöronları etkiler. Akalazya genellikle primer formda görülmesine rağmen bazen kanserler (pseudoakalazya), infiltratif hastalıklar, diyabetes mellitus, kronik intestinal pseudoobstrüksiyon, vagotomi veya Chagas hastalığına sekonder (pseudoakalazya) olarak ortaya çıkabilir. 20-40 yaş arasında sık görülür. Disfaji en önemli semptomdur, soğuk içecek ve stressle artar. Katı ve sıvı gıdalara karşı yutma güçlüğü ve regürjitasyon oluşabilir (10). Tanı koymak için öncelikle klinik ile korelasyon ve radyolojik tetkikler gereklidir. Akalazyadan şüphelenildiğinde baryumlu özofagogram, manometrik çalışmalar ve üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemeleri ile yapılır.

Akalazyanın tedavisi kontrakte AÖS nedeniyle olan disfonksiyonun giderilmesine yönelik palyatif tedavidir. Güncel tedavi seçenekleri arasında

pnömatik dilatasyon, cerrahi miyotomi veya AÖS'de relaksasyonu sağlayan çeşitli ilaçlar vardır (2,3,4,5,10).

Olgu tiroidektomi operasyonundan hemen sonra ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve zayıflama yakınmaları ile kliniğimize müracaat etti. Akalazya tanısı konularak opere edildi. Bu olgu 6 ay sonra tanı konulabilmesi nedeniyle sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

## OLGU SUNUMU

50 yaşında bayan hasta kliniğimize ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve kilo kaybı (29kg/ 5 ay) şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 02.2006 tarihinde bir Eğitim Hastanesinde sol total, sağ subtotal tiroidektomi operasyonu mevcuttu. Hasta Genel Cerrahi kliniğine yatırıldı. KBB konsültasyonu, Tiroid USG'si, Torakoabdominal CT'si, tümör belirteçleri ve endoskopi planlandı. KBB tarafından yapılan laringoskopide sağ vokal kord paralitik sol vokal kord hareketlerinin doğal olduğu görüldü. Tiroid USG'sinde tiroid sağ lobda 12x5 mm boyutunda tiroid gland ekojenitesi tespit edildi. Çekilen torakoabdominal CT'de distal özofagusta genişleme ve safra kesesinde taş ile uyumlu ekojeniteler tespit edildi. Tümör belirteçleri normal sınırlarda idi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus normal olarak değerlendirildi ve kronik gastrit tespit edildi. Hastanın yutma güçlüğü nedeniyle yapılan Özofagus pasaj grafisinde; özofagusun distale kadar dilate yapıda olduğu alt

abdominal özefagusta dar segment olduğu, dar segment proksimalinde özefagus kontürleri düzgün ve defekt izlenmediği, distalde belirgin omuz işaretleri izlendiği rapor edildi. Çekilen özefagus pasaj grafisinin tipik akalazyaya görünümü şekil-1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: Operasyon öncesi özefagus pasaj grafisi



Şekil 2: Operasyon sonrası özefagus pasaj grafisi

Hastaya akalazyaya + kolesistiazis tanısıyla 03.08.2006 tarihinde Heller miyotomi+ kolesistektomi operasyonu yapıldı. Hastanın özefagial darlığın abdominal özefagusta olması nedeniyle abdominal yaklaşımla göbek üstü orta hat kesisi ile batına girildi. Özefagusun distalindeki kardiyadan itibaren 3 cm'lik bir segmenti tutan darlık ve darlığın proksimalindeki dilatasyon görüldü. Kardiyaya ulaşan 7 cm'lik anterior vertikal insizyon ile dış longitudinal ve iç sirküler düz kas tabakası kesilerek özefagiyal miyotomi gerçekleştirildi. Açılan longitudinal ve sirküler kas tabakası diafragmatik kruslara tespit edildi. Postoperatif 1. gün oral gıdaya geçildi. Günlük olarak rejim içeriği

artırıldı. Sorunsuz olarak izlenen hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi. Postoperatif 40. gün hastaya kontrol özefagus pasaj grafisi çekilmiş olup şekil-2'de gösterilmiştir.

## TARTIŞMA

Akalazyanın etiyojisi halen açık değildir. Ailesel, otoimmün, infeksiyöz ve çevresel faktörlerin idiyopatik akalazyanın etiyojisinde rol alabileceğini gösteren çalışmalar vardır. (8). Hastalığın insidansı 0.4-0.6/100.000 ve prevalansı 8/100.000'dir. Üniversite hastanemizin kurulduğu günden itibaren ortalama 130.0000 merkez nüfusu olan Afyonkarahisar ilinde 2 vakanın görülüp tedavi edilmesi ile görülme sıklığında paralellik izlenmektedir. Daha çok 30-60 yaşları arasında ortaya çıkmakta, 40'lı yaşlarda pik yapmaktadır (7,10). Her iki cinsiyette görülebilmesine rağmen bizim olgumuz 50 yaşında bayan hasta idi.

Akalazyaya tedavisinde primer amaç, semptomların kaybı ve özefagus boşalmasında düzelmedir. Bu amaçla anormal özefagus alt sfinkterini aşmak için cerrahi ve medikal bir takım teknikler kullanılır. Balonla dilatasyon, çoğu hastada en etkili ve güvenilir cerrahi dışı yaklaşımdır. Kısa dönemde başarı oranları son literatürlerde %85-90 olarak bildirilmektedir. Dezavantajları; %3-5 arasında değişen özefagus perforasyon riski, intramural hematomlar, özefagus mukoza yırtıkları ve mide kardiyada divertikül oluşumudur (6). Heller miyotomisi etkili ve güvenlidir. Ancak çeşitli merkezlerde mortalite oranları %1-3 arasında değişmektedir (3,4). Görülen postoperatif komplikasyonlar, reflü ve bunun sonucunda gelişebilen Barret epiteli, miyotomi sırasında mukoza tabakası perforasyonu, sol frenik sinir paralizisi, paralitik ileus, mediastinit, peritonit, kanama, ateletazi veya pnömonidir (3,4).

Biz vakamızda abdominal özefagusta distal 3 cm'lik dar bir segmentin olması üzerine ulaşım kolaylığından dolayı abdominal yaklaşımı tercih ettik. Miyotomi sonrasında hastamızda komplikasyon görülmedi.

Olgumuzun 6 ay önce geçirmiş olduğu tiroid operasyonu sonrası gelişen ses kısıklığı ve yutma güçlüğü daha önce başvurduğu tedavi merkezlerinde postoperatif sekel olarak yorumlanarak disfajinin öncelikli nedeni araştırılmamıştı. Olgu kliniğe yatırıldığında öncelikle postoperatif sekel, tümör sorgulandı ve tetkik edildi. Bu tetkiklerde kliniği açıklayacak sorun bulunamayınca akalazyadan şüphelenilerek özefagus pasaj grafisi çekildi.

Olgumuzda 6 ay önce cerrahi girişim uygulanmış, cerrahi girişim sonucu sağ inferior larengial sinir hasarlanmış, hastada progresif kilo kaybı gelişmiş ve akalazya tanısının konulması gecikmiştir. Bu nedenle kilo kaybı ve yutma güçlüğü olan bir hastada geçirilmiş boyun cerrahisi olsa bile özefagusun motilite bozukluklarının bulunabileceği hatırdatılmalıdır.

### KAYNAKLAR

- 1 Sleisenger MH and Fordtran JS (ed). Motor physiology and motar disorders of the esophagus. In: Clouse ER, Diament NE. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1998: 467-497.
- 2 Townsend CM (ed). Sabiston Textbook of Surgery. In: Eubanks TR, Pellegrini CA. Hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease. 16 th edition, WB Sunders company. 2001:755-768
- 3 Horgan S, Pellegrini CA: Surgical treatment of gastroösephageal reflux disease. Surg Clin North Am 1997; 77:1063-1082.
- 4 Howard PJ, Heading RC. Epidemiology of gastro-esophageal reflux disease. World J Surg 1992;16:288-293.
- 5 Schwartz, Shires, Spencer (ed). Principles of Surgery. In: Petersb JH, DeMeester TR. Esophagus and diaphragmatic hernia. 7 th edition, McGraw-Hill company. 1999: 1081-1179.
- 6 Ciarolla DA, Trube M. Achalasia. Short term clinical monitoring after pneumatic dilation. Dig Dis Sci, 1993; 38: 905-908.
- 7 Mayberry JF, Atkinson M. A study of swallowing difficulties in first degree relatives of patients with achalasia. Thorax, 1985: 40: 391-399.
- 8 Qualman SJ, Haupt HM, Yang P et al. Esophageal lewybo-dies associated with ganglion cell loss in achalasia. Gastroenterology, 1984; 87: 848-849.
- 9 Pasricha PJ, Ravich WJ, Hendrix TR. Treatment of achalasia with intrasphincteric injection of botulinum toxin, a pilot trial. Ann Intern Med, 1994: 121: 590.
- 10 Robert N. Cacchione, Dan N. Tran and Diane H. Rhoden. Laparoscopic Heller myotomy for achalasia. The Am J Surg, 2005; 190: 191-195.