

Akalazyza ve Akciğer Kist Hidatikli 82 Yaşında Hasta

82-Year-Old Patient with Achalasia and Pulmonary Hydatidosis

Hıdır ESME¹, Murat ACAR², Sezgin YILMAZ³, Ahmet ÇEKİRDEKÇİ⁴

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, AFYON ²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, AFYON ³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, AFYON ⁴Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi AD

ÖZET: Pnömatik dilatasyona cevap vermeyen akalazyalı 82 yaşında erkek hasta yatırıldı. Preoperatif CT'de dilate özofagusla birlikte multipl hidatik kist saptandı. Hastaya aynı seansta sol torakotomi ile akalazyza için myotomi, kistler için kistotomi-kapitonaj uygulandı. Postoperatif herhangi bir sorunu olmayan hastanın 6 aylık takibinde nüks görülmedi. Çalışmada 82 yaşında, akalazyza ve multipl kist hidatik tanısı ile operasyona alınan olguyu literatür eşliğinde inceledik.

Anahtar Kelimeler: Akalazyza, kist hidatik, torakotomi

ABSTRACT: A 82-year-old man was hospitalized for achalasia unresponsive to pneumatic dilations. Preoperative CT imaging revealed the multiple hydatid cysts in addition to dilated esophagus. The patient was underwent left thoracotomy and myotomy for achalasia and the cystotomy-capitonnage for cysts were carried out at the same session. Postoperative period was uneventful and no recurrence was seen in a period of 6 months. We evaluated a 82-year-old case operated by achalasia and multiple cyst hidatitosis diagnosis with the aid of literature data.

Key Words: Achalasia, cyst hydatid, thoracotomy

GİRİŞ

Akalazyza özofagusun primer motilite bozukluğudur. Hastalığın insidansı 100.000 de 0,5, yıllık prevalansı 100.000 de 8 dir. 20 ile 40 yaş arası ve 60 yaş sonrası pik yapar. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte herediter, otoimmün, dejeneratif ve enfeksiyöz faktörler patogeneizde suçlanmıştır. Özellikle Aurbach'ın özofagial myenterik plexusunda lenfosit ve eosinofil karışımını içeren inflamatuvar cevap sonucu myenterik ganglion hücrelerinin kaybı veya belirgin azalmasının bu hastalığın etyolojisinde primer rol oynadığı sanılmaktadır (1). Bu çalışmamızda 82 yaşında, sol akciğer multipl kist hidatik eşliğinde akalazyzası olan hastayı literatür eşliğinde sunmak istedik.

OLGU

82 yaşında, erkek hasta; kliniğimize son 2-3 aydır tüm yediklerini çıkarma, yutkunma zorluğu, kilo kaybı (son 2 ayda 10 kg), öksürük ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. 6 yıldır yutkunma zor-

luğu, regürjitsyon ve sık alt solunum yolu enfeksiyon hikayesi olan hastaya 1 yıl önce başka bir merkezde özofagus alt ucuna dilatasyon uygulanmış. Başlangıçta şikayetleri azalan hastanın 3 ay sonra şikayetleri progresif olarak artmış. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinç açık ve kaşektik görünümdeydi. Tansiyon arteriyel: 110/70mmHg, nabız: 82/dk, ateş: 38,3°C, solunum sayısı: 24/dk idi. Sol hemitoraks solunuma az katılıyor, sol akciğer solunum sesleri azalmış ve bazalde ralleri vardı. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Rutin kan tetkiklerinde Hematokrit: %31, Beyaz küre: 9.500/mm³, Albumin: 1.9gr/dl, Sedimentasyon: 73mm/saat, diğer hemogram ve biyokimya parametreleri normal sınırlarda idi. Solunum fonksiyon testinde orta derecede restriktif solunum fonksiyon bozukluğu, oda havasında kan gazları analizinde pH: 7.506, pCO₂: 38, pO₂: 62 idi. Ekokardiyografide minimal aort ve mitral kapak dejenerasyonu ile minimal sol atrial dilatasyon vardı.

Akciğerlerin radyolojik incelemesinde sol akciğer orta zonda yaklaşık 4x3 cm çapında oval, ince duvarlı, kaviter görünümde dansite artışı, alt zonda kardiyofrenik sinüs komşuluğunda yaklaşık 9x7 cm çapında oval, ince duvarlı, kaviter görünümde dansite artışı ve komşuluğunda non homojen infiltrasyon saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde torakal özofagus dilate görünümde, sol akciğer üst lob posterior segmentte 6x5 cm, alt lob

anterobazal segmentte 3.5x2.5 cm, alt lob posterobazal segmentte 9x7 cm boyutlarında üç adet kist hidatik lehine yorumlanan düzgün sınırlı, kistik kitle lezyonları, alt lob bazal segmentlerde asiner infiltrasyon odakları ve minimal hidropnömotoraks mevcut idi (Resim 1). Hastaya yapılan üst GİS endoskopide özofagus dilate, gıda artıkları mevcut ve alt özofagogastrik sfinkter (AÖS) dar idi, ancak endoskop mideye kolaylıkla geçebiliyordu. Baryumlu pasaj grafisinde özofagus ileri derecede dilate, distal ucunda kuş gagası görünümü ve baryum stazı (Resim 2), özofagial manometrik çalışmada aperistaltizm ve hipertansif özofagus alt sfinkter basıncı (80 cmH₂O) vardı. 10 gün boyunca oral alımı stoplanan hasta total parenteral nutrisyon ile beslendi ve antibiyotik tedavisi aldı.



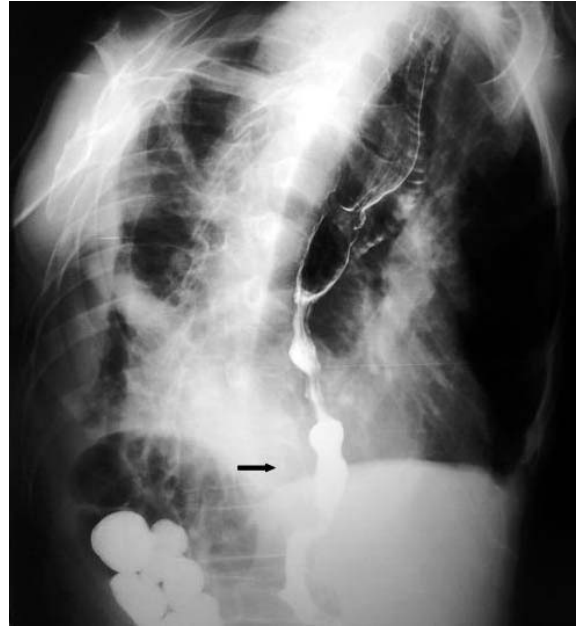
Resim 1: Dilate özofagus ve multipl kist hidatik



Resim 2: Preoperatif baryumlu özofagus pasaj grafisi

Akalazyaya ve sol akciğer multipl kist ön tanısı alan hasta, 82 yaşında olmakla beraber solunum fonksiyon testleri ve kan gazlarının normale yakın olması, kardiyak rezervinde ek patoloji olmaması, mevcut hastalık riskleri ve senilite nedeni ile ASA-2

orta risk grubunda anestezi alabilirliğine karar verilerek operasyona alındı. Sol torakotomi ile sol akciğerde mevcut üç adet hidatik kiste kistotomi ve kapitonaj, özofagusun ön-yan yüzünde gastroözofagial bileşkenin proksimaline 7 cm, mide fundusuna 1.5 cm uzunlukta modifiye heller miyotomisi uygulandı. Postop 1. gün oral sıvı gıda alan hasta postop 7. gün komplikasyonsuz taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrol baryumlu pasaj grafisinde kuş gagası görünümü ve baryum stazı yoktu (Resim 3), hasta katı gıdaları rahatlıkla alabiliyor ve gece rahat uyuyabiliyordu.



Resim 3: Postoperatif baryumlu özofagus pasaj grafisi

TARTIŞMA

Akalazyaya özofagial peristaltizm yokluğu, yutma sırasında alt özofagus sfinkterindeki yetersiz gevşeme ve kronik dönemde dilate özofagus (Megaözofagus) ile karakterizedir (2). En yaygın semptomları disfaji, göğüs ağrısı, sindirilmemiş gıdaların gecikmiş regürjitasyonu, kilo kaybı, kusma ve reflüdür. Baskın semptom genellikle emosyonel bir stres döneminde aniden ortaya çıkan disfajidir ve hastaların hemen hemen tümünde bulunur. Başlangıçta yiyeceklerin takılma hissi şeklindeki yakınma giderek sternum corpusu altında künt bir ağrıya dönüşür (3). Özofagusun dilate olduğu dönemde disfaji hissi daha az hissedilirken, regürjitasyon major semptom olur, hasta geceleri sindirilmemiş gıda ve birikmiş salgının regürjitasyonu ile öksürük ve ti-

kanma hissi ile uykudan uyanır. Regürjitasyon sonucu özofagus içeriği hava yollarına aspire edilebil-
mekte radyolojik olarak yama tarzında bilateral
alveolar opaziteli asprasyon pnömonileri ortaya çı-
kabilmektedir (4). Akalazyalı hastalarda atipik
mikobakterilere bağlı pulmoner enfeksiyonlar yük-
sek oranda görülmekte, beklenmiş özofagial gıda art-
ıklarının tekrarlayan aspirasyonu bu enfeksiyonlar-
da primer rol oynamaktadır. Hastamızda son 3 aydır
katı ve sıvı tüm yediklerini çıkarma ve regürjitasyon
major yakınmaydı ve sık akciğer enfeksiyonu hika-
yesi mevcut idi.

Tanı klinik ile birlikte radyolojik, endoskopik
ve manometrik çalışmaların kombinasyonuyla ko-
nur. Baryumlu özofagus pasaj grafisinde:
1)Proksimal özofagusta dilatasyon, 2)Baryum bo-
şalmasının gecikmesi ve distal özofagusta baryum
stazi, 3)Özofagus alt uçta kuş gagası görünümü
akalazyanın karakteristik özelliğidir (2,3). Üst GİS
endoskopik inceleme ile, akalazyaya ile aynı klinik
tabloyu oluşturan gastroözofagial bileşkenin benign
sitrik türleri, primer veya metastatik tümörleri ekarte
edilmelidir. Toraks ve üst abdominal bilgisayarlı
tomografi ile gıda artıkları içeren geniş, elonge
özofagus, distal özofagusta darlık yapan soliter veya
kistik kitleler, aspirasyona sekonder pulmoner
infiltrasyonlar görülür (5). Manometrik çalışmada
tam gevşemeyen, hipertansif AÖS ve özofagial göv-
de aperistaltizmi tanı koydurucu patognomonik bul-
gulardır (3,4). Bizim hastamızda, akalazyaya tanısı
anamnez, klinik muayene ile birlikte radyolojik,
endoskopik ve manometrik çalışmalarla konuldu ve
ayrıcı tanıda primer ve sekonder özofagial motilite
bozuklukları ve psödoakalazyaya ekarte edildi.

Akalazyaya tedavisinin hedefi özofagial boşalma-
nın sağlanmasıdır. Kalsiyum kanal blokerleri, uzun
etkili nitratlar, adrenarjik β_2 reseptör agonistleri,
antikolinergikler ve fosfodiesteraz inhibitörleri
AÖS'de gevşeme ile semptomatik iyileşme sağla-
maktadır (6). Bununla birlikte AÖS basıncındaki
düşme balon dilatasyon veya miyotomi yapılan has-
talardaki değerlerin ancak %50'si kadardır ve
sintigrafik olarak özofagial boşalmada yeterli dü-
zelme olmadığı saptanmıştır. Bu gün için
semptomatik medikal tedavi standart alternatif teda-
vi olarak tavsiye edilmemektedir. Botulinum toksin-
inin alt özofagial sfinktere injeksiyonu erken dö-
nem hastalık, morbidite ve mortalitesi yüksek çok i-
leri yaş hastalarda kısa dönem semptomatik
iyileşmede alternatif tedavi yöntemi olarak kabul e-
dilmektedir.

Alt özofagusun mekanik veya pnömatik
dilatasyonu cerrahi olmayan en etkili yaklaşımdır ve
dilatasyon sonrası AÖS basıncında anlamlı derecede
azalma ile birlikte, ancak hastaların %15-30 'un-
da tekrarlayıcı dilatasyonlar gerekir (3). Özofagus
perforasyonu pnömatik dilatasyonun ciddi bir
komplikasyonu olup, uzun süren disfaji, AÖS basın-
cının yüksek amplitüdü ($>70\text{cmH}_2\text{O}$) olması ve
yüksek basınçlı dilatasyon perforasyon riskini artı-
ran faktörlerdir (7). 217 hastalık bir çalışmada 12
yıllık uzun dönem takipte başarı %50 olarak bildi-
rilmiştir (8). Hastamızda sol akciğer multipl kist
hidatik ve AÖS'de uzun darlık segmentinin olma-
sından dolayı transtorasik yolla cerrahi girişim
endikasyonu var olmakla birlikte; 6 yıldır devam e-
den disfaji şikayeti, 1 yıl öncesinde başarısız
dilatasyon hikayesi ve yüksek amplitüdü AÖS ba-
sıncı ($80\text{cmH}_2\text{O}$) gibi özofagus dilatasyonunda
perforasyon riskini artıran faktörler vardı.

Akalazyanın cerrahi tedavisi; ilk olarak 1914'te
Alman cerrah Ernest Heller tarafından, abdominal
yaklaşımla alt özofagusun bilateral ekstramural
miyotomisi olarak tanımlanmıştır. Özofagus
distalinin modifiye heller miyotomi ile cerrahi teda-
visi %70-90 başarı ile birlikte ve hastaların çok
azında gastroözofagial reflü oluşmaktadır. Modifiye
Heller miyotomisi uzun zamandır ve çok yaygın ola-
rak kullanılmasına rağmen, miyotominin
transtorasik veya abdominal yolla mı yapılması,
miyotominin ne kadar uzunlukta olması, antireflü iş-
lem yapılıp yapılmaması konusunda tam bir fikir
birliği yoktur. Miyotomi uzunluğunun operasyonun
en önemli kritik özelliği olduğuna inanılır ve gastrik
miyotominin uzunluğu disfajinin önlenmesinde a-
nahtar rol oynar. Bazı cerrahlar gastroözofagial bi-
leşkede 1cm uzunlukta miyotomi tercih ederken,
diğerleri 2 cm veya daha uzun kesiyi tercih ederler
(9). Genel olarak kısa gastrik miyotomi tercih edi-
lir, uzun gastrik miyotomi genellikle
transabdominal yaklaşım ve antireflü işlemi ile bir-
likte.

Hastamızda modifiye heller miyotmi sonrası
disfaji ve regürjitasyon kayboldu, post operatif taki-
binde gastroözofagial reflü semptomlarına rastlanıl-
madı. Altı aydır takip edilmekte olan hastamızın ha-
len klinik yakınması olmayıp, genel durumu iyi ve
kardiyopulmoner rezervin yeterli olduğu hastalarda
ileri yaş cerrahi için kesin kontrendikasyon teşkil
etmediği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Goldblum JR, Whyte RI, Orringer MB, et al. Achalasia: a morphologic study of 42 resected specimens. *Am J Pathol*, 1994; 18: 327-337.
2. Holloway RH, Dodds WJ, Helm JF, et al. Integrity of cholinergic innervation to the lower esophageal sphincter in achalasia. *Gastroenterology*, 1986; 90: 954-959.
3. Clouse ER, Diamant NE. Motor physiology and motar disorders of the esophagus. Ed: Sleisenger MH and Fordtran JS. Philadelphia, WB Saunders Comp. 1998; 467-497.
4. Akritidis N, Gousis C, Dimos G, et al. Fever, cough, and bilateral lung infiltrates. *Chest*, 2003; 123: 608.
5. Hunter JG, Richardson WS. Surgical management of achalasia. *Surg Clin North Am*, 1997; 5: 993-1015.
6. Gelfond M, Rozen P, Gilat T. Isosorbide dinitrate and nifedipine treatment of achalasia: a clinical, manometric and radionuclide evaluation. *Gastroenterology*, 1982; 83: 963-69.
7. Nair LA, Reynolds JC, Parkman HP, et al. Complications during pneumatic dilation for achalasia or diffuse esophageal spasm. Analysis of risk factors, early clinical characteristics, and outcome. *Dig Dis Sci*, 1993; 38: 1893-1904
8. West RL, Hirsch DP, Bartelsman JF, et al. Long term results of pneumatic dilation in achalasia followed for more than 5 years. *Am J Gastroenterol*, 2002; 97: 1346-51
9. Pellegrini CA, Leichter R, Patti M, et al. Thoracoscopic esophageal myotomy in the treatment of achalasia. *Ann Thorac Surg*, 1993; 56: 680-682.