

Ciddi akalazyada pnömatik dilatasyon ile birlikte perkutan endoskopik gastrostomi uygulaması

Pneumatic dilation and placement of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in severe achalasia

Cebraail Akyüz¹, Erdal Polat¹, Necdet Fatih Yaşar¹, Ahmet Şeker², Mustafa Duman¹, Sinan Yol¹

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma adresi: Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Denizer Caddesi, Cevizli Kavşağı No: 2 34100 Cevizli / Kartal İSTANBUL Tel: 505 454 99 02 Faks: 0 216 459 63 21 E-mail: drcakyuz@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 14.04.2014

Kabul tarihi / Accepted: 06.08.2014

Bu olgu sunumu 8.KEPAN kongresinde (27-31 mart 2013) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Özet

Erken tanı konulmayan akalazyada kaşeksiye yol açabilir. Kaşektik hastalarda uygulanacak cerrahi girişim daha sık komplikasyona, uzun bir iyileşme periyoduna ya da ölüme neden olabilir. 2 yıllık dönemde disfaji yakınması olan ve yaklaşık 30 kg zayıflayan hasta kliniğimize sevk edildi. Aşırı kaşektik hastada kandidial özafajit tedavisi yapıldıktan sonra pnömatik dilatasyon uygulanmış olsa da kusmaları devam etti. Evde uzun süreli enteral beslenmesi için perkutan endoskopik gastrostomi (PEG) takıldı. 3 ay sonra normal yemek yemeye başladıktan sonra PEG çekildi. Çok nadir olarak görülen bu hasta grubunda PEG ile yapılan evde enteral beslenme definitif tedavi öncesi kazanç sağlar.

Anahtar kelimeler: Özofageal akalazyada, endoskopik cerrahi işlem, balon dilatasyon

Abstract

Achalasia that is not diagnosed on time may result in cachexia, which may cause more complications, longer period of recovery and even higher mortality following surgical interventions. A patient, complaining of dysphagia for 2 years and weight loss of 30 kilograms, was referred to our clinic. Although balloon dilatation was performed following medical treatment of candidal esophagitis in too faint patient, vomiting had been continued. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) for a long period of home enteral nutrition was placed. After 3 months the patient could start to eat, PEG had been taken. Home enteral nutrition via PEG is a highly cost-effective pretreatment method before the definitive therapy in this small group of patients with severe cachexia.

Key words: Esophageal achalasia, endoscopic surgical procedure, balloon dilation

Giriş

Akalazyada, alt özafagus sfinkter relaksasyon kusuru ve özafagus gövdesinde aperistaltizm ile karakterize, nedeni tam olarak bilinmeyen,

özofagusun motilite bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır (1). Bu olguda tanısı geç konulan ve tanı alınca kadar geçen sürede ciddi kaşeksi gelişen akalazyalı hastada daha önce literatür de

tanımlanmayan pnömotik dilatasyon ile birlikte PEG uygulaması sunuldu.

Olgu Sunumu

Beş yıldır aralıklı kusma şikayeti olan ve bu süreçte yaklaşık 30 kg kadar zayıflayan 56 yaşındaki hasta kliniğimize refere edildi. Hasta yemeklerden hemen sonra kusma tariflemekteydi. Hastanın kabulünde boy 150 cm, ağırlık 27 kg ve VKİ (vücut kitle indeksi) 12 idi. Yapılan endoskopide; özafagusun aşırı dilate görünümde olup peristaltizminin olmadığı, tüm özafagus boyunca kandidial infeksiyon bulguları ve distal özafagusta katı gıda artıklarının bulunduğu görüldü. Gastroözafageal bileşke (GÖB) görülemedi. Hastaya antifungal tedavi ve total parenteral nütrisyon (TPN) başlandı. Çekilen özafagus pasaj grafisinde, özafagus lümeninin normalden oldukça geniş olduğu, peristaltik hareketlerin azaldığı ve distal özafagusun ileri derecede daraldığı, klasik kuş gagası bulgusunun varlığı görüldü (Resim 1). Olası malign lezyonları dışlamak amacıyla çekilen toraks ve karın tomografisinde kitle saptanmadı, özafagusun dilate olduğu görüldü (Resim 2). Akalazya tanısını kesinleştirmek için manometrik çalışma planlandı fakat probun yerleştirilememesi nedeniyle başarılı olmadı. Hastanın takipleri esnasında aspirasyon pnömonisi gelişti ve 2 hafta kadar yoğun bakım kliniğinde takip edildi. Kliniğe kabulünün 3. haftasında hastanın ağırlığı 28 kg' a VKİ' i 12.4' e yükseldi. Kontrol endoskopide enfeksiyon bulgularının kaybolduğu görüldü ve GÖB zorda olsa geçilerek pnömatik dilatasyon yapıldı. Ancak dilatasyon sonrasında da hastanın kusma şikayetinin devam etmesi ve ileri derecede kaşektik olması üzerine hastaya PEG açıldı. Günlük kalori alımı Haris-Benedict formülü ile hesaplandı ve 1250 kkal olacak şekilde PEG' den

beslenilmesine başlandı. Aynı zamanda oral gıdada başlanılan hastanın yemeklerden sonra kusmaları devam etti. Bunun üzerine definitif tedavi VKİ' nin normale gelmesi sonrasında bırakılarak hasta evde PEG' den beslenmek üzere taburcu edildi. 3 ay sonrasında hastanın ağırlığı 42 kg' a VKİ' i ise 18.6'ya yükseldi. 2. kez pnömatik dilatasyon uygulandı ve işlem sonrası hastanın oral alımında intolerans gelişmedi. PEG çekilerek hasta taburcu edildi. Hastanın 9 aylık takibinde ek girişim gerekmedi.

Tartışma

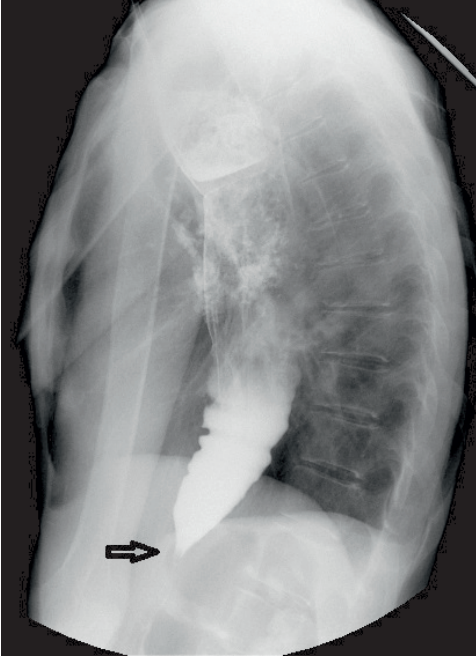
Akalazya, özafagusun en iyi bilinen ve tedavisi en yüz güldürücü olan motor fonksiyon bozukluğudur. İlk akalazya vakası 1674 yılında Sir Thomas Willis tarafından yayınlanmış ve hasta balina kemiği kullanılarak dilatasyon uygulanmak suretiyle tedavi edilmiştir (2). Hastalık erkek ve kadınlarda eşit sıklıkta ve daha çok 30-60 yaş arasında görülür. İnsidansı 1/100.000, prevalansı 10/100.000 civarındadır (3).

Akalazyanın en belirgin klinik bulgusu disfajidir ve hastaların %75' inde bulunur. Disfaji paradoks veya progresif karakterde olabilir. Disfaji ani başlangıç gösterebileceği gibi genellikle kronik ve tekrarlayıcı bir özellik gösterir ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde devamlı bir hal alır. Tedavi edilemeyen hastalarda, bizim olgumuzda da olduğu gibi alınan gıdaların rejürjitasyonu sonrası aspirasyon pnömonisi gelişebilir. Zamanla kilo kaybı gerçekleşir ve tedavi edilmediği takdirde kaşeksiye yol açabilir (4). Disfaji ile başvuran her hastada olduğu gibi akalazyalı hastalarda da ilk yapılması gereken inceleme baryumlu özafagografidir. Baryumlu grafide baryumun mideye geçişinde gecikme, özafagusta genişleme, özafagus içinde hava sıvı seviyesi, yutulan baryum içinde gıdaların oluşturduğu yoğun kar görünümü, özafagusta peristaltik aktivite kaybı ve özafagus alt ucunda kuş

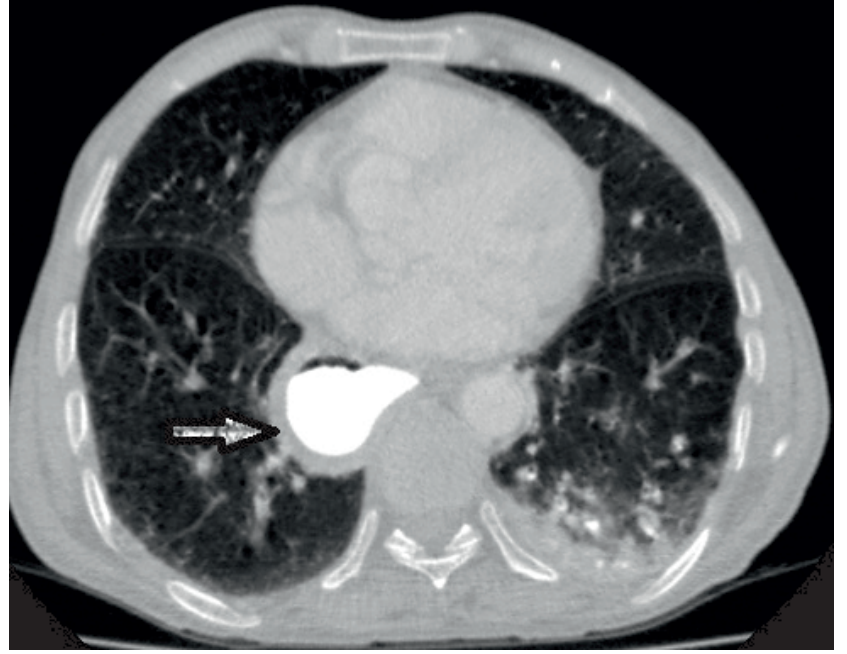
gagası şeklinde daralma akalazyalı hastalarda görülebilecek radyolojik bulgulardır. Bizim hastamıza olduğu gibi tedavi edilmemiş kronik olgularda özefagusda ileri derece dilatasyon ile karşılaşılabilmektedir. Akalazyza benzeri semptomlar oluşturabilecek malignite, striktür gibi diğer hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılabilmesi için endoskopi faydalı bir yöntemdir. Özefagusta genişleme ve peristaltizmin olmayışı, özefagogastrik bileşmeden geçişte zorlanma olması, özefagus lümeninde gıda artıklarının bulunması akalazyza tanısında yardımcı endoskopik bulgulardır. Endosonografi ve bilgisayarlı tomografi ayırıcı tanıda kullanılabilecek inceleme yöntemleridir. Klinik, radyolojik ve endoskopik bulgular akalazyayı düşündürdüğünde tanı mutlaka manometrik inceleme ile doğrulanmalıdır, ancak bizim olgumuzda olduğu gibi ileri derece darlık oluşmuş olgularda bazen manometre probunun yerleştirilmesi mümkün olmayabilir. Yutma sonrasında özefagusta peristaltik aktivitenin oluşmaması ve alt özefagus sfinkterinin yutma sırasında gevşeyememesi tanı için gerekli olan manometrik bulgulardır (5,6). Hastamızda 5 yıldır aralıklı kusma şikayeti ve kaşeksiye yol açacak ciddi bir kilo kaybı mevcuttu. Semptomların başlangıcında dış merkezde yapılan gastroskopi normal olarak rapor edilmiş ancak hastaya ek tetkik yapılmamıştı. Akalazyanın erken döneminde yapılan endoskopik değerlendirmede, özefagus distalindeki darlık endoskopinin basıncı ile geçilebilir. Bu durum hastada akalazyza tanısını ekarte ettirmez. Bizim hastamızda olduğu gibi, yutma gücü ve kusma şikayeti olan hastalarda endoskopik değerlendirme normal olsa da özefagografi, hatta şüphe durumunda manometre ile değerlendirme yapılması gereklidir.

Akalazyanın tedavisinde farmakolojik botox enjeksiyonu, pnömatik dilatasyon veya cerrahi olarak heller myotomi klasik yaklaşımlar olmuştur (7). Bu seçeneklerin tümü ciddi kaşeksi olan hastalarda artmış morbidite ve mortalite riski taşır (8). Ayrıca bizim hastamızda olduğu gibi, özefagus distalindeki kronik darlık balon ile dilate edilebilse de, ileri derecede dilate olmuş özefagusta motilitenin tekrar fonksiyonel düzeye gelmesi zaman alabilir. Bu süreçte hastaya geçici olarak besleme yolu sağlamak amacıyla PEG takılmasının etkili ve doğru bir yöntem olduğu bu olgudan edindiğimiz tecrübedir. PEG üst gastrointestinal sistemin kullanılamayacağı yutkunma problemi olan nörolojik hastalarda başarı ile kullanılmasına rağmen, akalazyanın definitif tedavisine destek amaçlı kullanımı tanımlanmamıştır. Hastamızda 3 aylık PEG beslenmesi sonrası BKİ nin 18.6' ya yükselmesi işlemin başarılı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak yutma gücü şikayeti olan hastalarda yapılacak olan endoskopide özefagus distalinde darlık saptanmaması akalazyza tanısını ekarte ettirmez, tanı için özefagografi ve manometre değerlendirmesi yapılmalıdır. Ayrıca ileri derecede dilate özefagus hastasında balon dilatasyon sonrası özefagus motilitesi kısa sürede normal düzeye gelmeyebilir. Bu durumda hastanın geçici süre PEG ile beslenmesi akılda tutulması gereken bir tedavi yöntemidir.



Resim 1: Akalazyada dilate özafagus ve distal özafagusta kuş gagası görünümü



Resim 2: Tomografik olarak genişlemiş özofagusun görünümü

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Beck W.C, Sharp K.W. Achalasia. Surg Clin North Am 2011;91(5):1031-7.
- 2) Modlin I, Kidd M, Bell R. Surgical treatment of achalasia: current status and controversies. Digestive Surgery 2004;21(3):165-76.
- 3) Sadowski D.C, Ackah F, Jiang B, Svenson L.W.

- Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. Neurogastroenterol Motil 2010;22(9):256-61.
- 4) Woltman T.A, Pellegrini C.A, Oelschlager B.K. Achalasia. Surg Clin North Am 2005;85(3):483-93.
 - 5) Dobrowolsky A, Fisichella P.M. The management of esophageal achalasia: from diagnosis to surgical treatment. Updates in Surgery 2014;66(1):23-9.

- 6) Moonen A.J, Boeckxstaens G.E. Management of achalasia. Gastroenterol Clin North Am 2013;42(1):45-55.
- 7) Dughera L, Chiaverina M, Cacciottella L, Cisarò F. Management of achalasia. Clinical and Experimental Gastroenterology 2011;4: 33-41.
- 8) Goldsmith P.J, Decadt B. Extreme achalasia presenting as anorexia nervosa. Case Reports in Surgery 2012;2012:985454.