

# Akalazyaya Bağlı Sigmoid Ösofagus

## SIGMOID OESOPHAGUS IN ACHALASIA

Kadri GÜVEN\*, Ömer ÖZBAKIR\*, Nevzat ÖZCAN\*\*

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD.,

\*\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik ABD, KAYSERİ

### ÖZET

İlk şikayeti 36 yaşında başlayan ve fakat hayatını etkilemeyen, 73 yaşında retrosternal sıkışma ve ağrı şikayeti olan bir erkek hasta takdim edildi. Radyolojik ve endoskopik tetkikler sonucunda akalazyaya bağlı sigmoid (mega) ösofagus varlığı gösterildi. Klinik belirtileri 40 yıla yakın geri planda kalan vaka literatür bilgileri ile tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazyaya, sigmoid ösofagus.

**T Klin Gastroenterohepatoloji 1995, 6:104-106**

Halen etyolojisi, ösofagusun miyenterik pleksus ve vagus siniri hücrelerinin dejeneratif veya infeksiyöz hastalığı olarak kabul edilen akalazyada (kardiospazm) semptomatoloji zengin ve değişkendir (1,2). Öte yandan akalazyalı hastaların, özellikle yaşlılarda ileri derecede ösofagus genişlemelerini iyi tolere edebildikleri bilinmektedir (2). Hastalığın teşhisi klinik belirtilerle radyografik, endoskopik, manometrik ve sintigrafik tetkikler birleştirilerek konur (1-3).

Bu yazıda, akciğer grafisinde büyük, yer kaplayan lezyon düşündüren bir hastada, bu lezyonun klasik semptomlar içermeyen bir akalazyaya ait, ileri derecede genişlemiş ösofagus (sigmoid ösofagus, megaösofagus) olduğu tesbit edildi ve vaka radyolojik özellikleri ile birlikte sunuldu.

**Geliş Tarihi:** 19.01.1995

**Yazışma Adresi:** Dr. Kadri GÜVEN  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Gastroenteroloji Bölümü  
38039, KAYSERİ

**"Bu makale 6-9 Kasım 1994, Antalya XI. Ulusal Gastroenteroloji Kongresinde tebliğ edilmiştir.**

### SUMMARY

A 73 year-old male patient was presented who had retrosternal distress and pain which started when he was 36 and did not affect his life, Radiological and endoscopic investigations revealed the presence of sigmoid (mega) esophagus related to achalasia. The case whose symptoms were absent nearly 40 years was discussed at the light of the literature.

**Key Words:** Achalasia, sigmoid esophagus

**T Klin J Gastroenterohepatol 1995; 6:104-106**

## VAKA TAKDİMİ

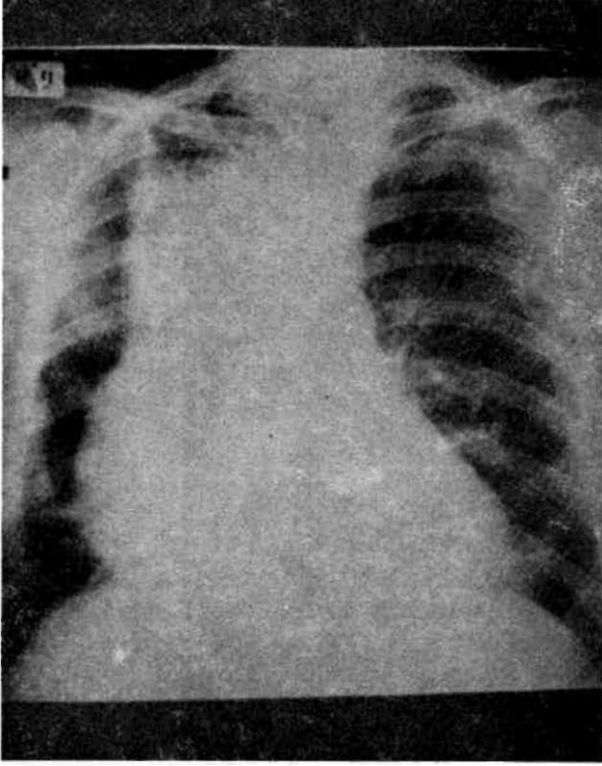
Yetmiş üç yaşında erkek hasta, son 6-7 aydır devam eden retrosternal bölgede ağrı ve sıkışma hissi şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde, 1950 yılında benzer hafif şikayetleri için yemek borusunda darlık olabileceğinin söylendiği, ancak herhangi bir tetkik ve tedavi yapılmadığı ve takip edilmediği öğrenildi.

Yapılan fizik muayenesinde kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 76/dk. olup, genel durumu iyi görülen hastada, herhangi bir patolojik bulgu tesbit edilmedi.

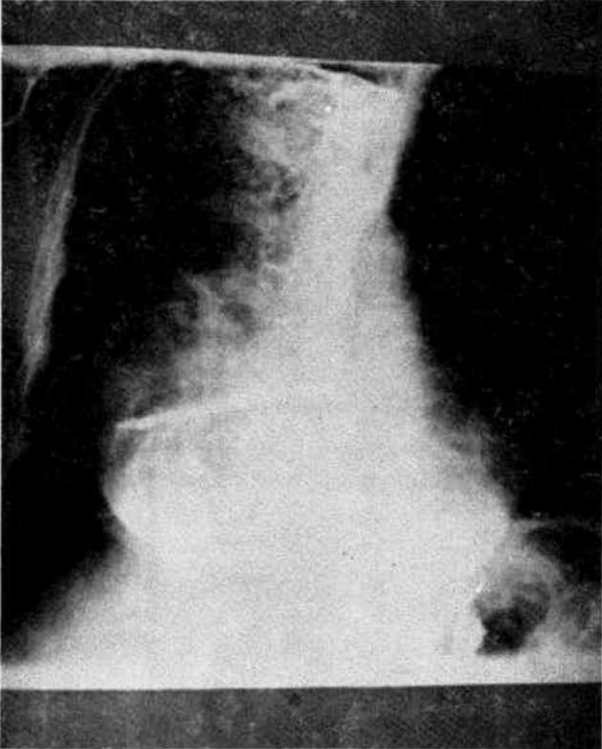
Hastanın çekilen akciğer grafisinde, sağ parakardiyal bölge, hilus ve sağ mediasteni dolduran dansite artışı gösteren imaj görüldü. Bu imajın sağ apekte hava-sıvı seviyesi içerdiği dikkati çekti (Resim 1).

Kardiopulmoner semptomları ya da enfeksiyon hastalıkları kliniği olmayan hastada, baryumlu ösofagus pasaj grafisi çektirildi. Seri grafilere, ösofagusun alt ucunda ince, düzgün bir pasaj olduğu ve alt uçtan ösofagus proksimaline kadar ileri derecede genişleyerek mediasteni dolduracak genişlikte bir sigmoid ösofagusun olduğu görüldü (Resim 2,3).

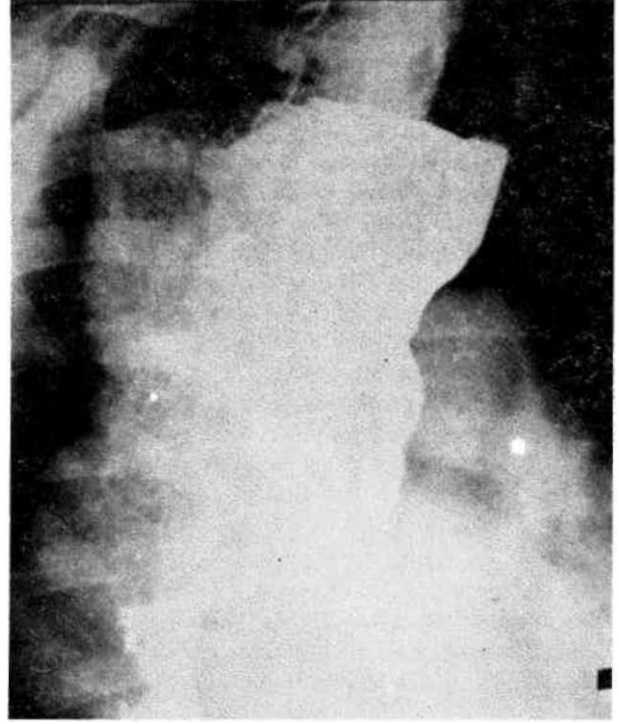
Yapılan torakal BT incelemesinde sağ akciğere yerleşmiş, içinde hava-sıvı seviyesi içeren düzgün konumlu elipsoid kitle imajı tesbit edildi (Resim 4).



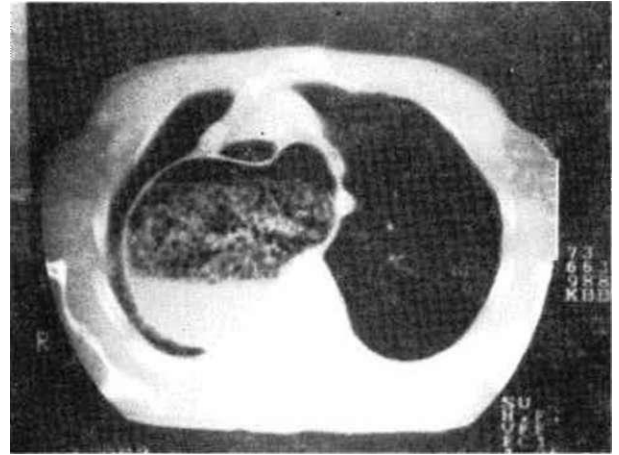
Şekil 1. Postero-anterior akciğer röntgenografisinde sağ paratrekeal bölge ve sağ hilusu dolduran dansite artışı gösteren imaj izlenmektedir. Bu homojen imaj sağ apekte düzensiz konturlu hava-sıvı seviyesi içermektedir.



Şekil 2. Baryumlu ösofagus pasaj grafilerinde ileri derecede dilate ösofagus (megaösofagus) ve distalde ösofagogastrik bileşkede kuş gagası şeklinde daralma izlenmektedir.



Şekil 3. Baryumlu ösofagus pasaj grafilerinde ileri derecede dilate ösofagus (megaösofagus) ve distalde ösofagogastrik bileşkede kuş gagası şeklinde daralma izlenmektedir.



Şekil 4. Torakal BT incelemesinde, tüm sağ akciğer postero-bazal kesimlerini kaplayan, düzgün konturlu ve heterojen görünüm içeren elipsoid kitle imajı izlenmektedir. Kitle içinde kontrast madde ile hava-sıvı seviyesi veren görünüm mevcuttur.

Ösofagoskopisinde; ösofagusta peristalsizmin kaybolduğu ve ösofagusun geniş, kıvrıntılı ve uzamış olduğu görüldü. Mukoza yer yer hiperemik ve erozyonlu izlendi. Gastroösofagial bileşke geçilemedi.

## TARTIŞMA

Tarihte ilk ösofagial darlık olgusu, 1672 yılında Thomas Willis tarafından tariflenmiş ve bu vaka buji dilatasyonu ile tedavi edilmiştir. Bundan yıllar sonra,

1882 yılında Miculicz kardiospazm ifadesini kullanmıştır. 1914'de Hurst akalazyaya tabirini kullanarak günümüzün terminolojisini oluşturmuştur (1,4).

Akalazyada radyografik kriter, anormal ösofagus peristalsizmi ve alt ösofagus sfinkterinin gevşeyemesidir. Sfinkter kapalı iken distal ösofagusun kuş gagası (bird beak) şeklinde incilmesi karakteristiktir, ilerlemiş vakalarda dilate ösofagus gıda ve sekresyon içerir (1,2,3). Vakanın radyografik görünümü bu klasik kriterlerle uyumludur. Özellikle grafilerin normal olduğu veya kesin fikir vermediği hallerde teşhiste manometrik tetkik önem kazanır. Akalazyanın karakteristik manometrik bulguları peristalsizmin olmaması, alt ösofagus sfinkterinde basınç artışı ve yetersiz gevşeme ile intraösofagial basınç artışıdır (1). Akalazyada endoskopinin yeri neoplastik durumların ekarte edilmesi ve tedavi öncesi ösofagus mukozasının değerlendirilmesine yöneliktir (1,2).

Akalazyaya teşhisinde düz grafilerin katkısı, 500 vakalık bir seride araştırılmıştır (5). Lateral grafide vena kava inferior (VCI) görüntüsünün kaybolduğu vakaların %32'sinde hiatus hernisi, %24'ünde ise akalazyaya tesbit edilmiştir. VCI görüntüsünün kaybolduğu vakalarda ayrıca; sağ alt lob kollapsı, sağ medial sulkusta plevral mayi ve diyafragma elevasyonu düşünülmeli önerilmektedir.

Akalazyada ilginç bir nokta, bazan hastalığa ait tek ipucunun akciğer grafisindeki mediastinal kitle görüntüsü olabildiği vakaların bulunabilmesidir (6). Vakamıza benzer şekilde, 36 yaşında semptomsuz bir erkek hastada tesadüfen bulunan mediastinal kitle, tümör açısından tetkik edilmiş ve sonuçta megaösofagus tanısı konmuştur.

Vakanın klinik özelliği, hafif retrosternal ağrı dışında gerek ösofagusa, gerekse solunum sistemi komplikasyonlarına ait şikayetinin bulunmamasıdır. İleri derecede ösofagus genişlemesi olmasına karşılık, hiç semptomu olmayan vakalar tarif edilmiştir. Akalazyalı 63 vakalık bir seride, hastaların %39.5'unda sadece solunum sistemi komplikasyonlarına ait şikayetlere rastlandığı bildirilmiştir (4).

Akalazyanın solunum sistemi ile ilişkisi, kitle ile ayırıcı tanıya girmesinden ziyade, kimi ölümcül olabilen akciğer komplikasyonlarına yol açabilmesidir. Bir seride, akalazyalı vakaların %42'sinde ösofagial semptomların başlamasından ortalama 7.8 yıl sonra (2 ay-32 yıl) ak-

ciğer komplikasyonlarının çıktığı bildirilmiştir (4). Bu çalışmada akciğer komplikasyonlarının başında %44.8 ile nonspesifik infiltratlar, %12.5 ile pnömoni ve akciğer apsesi kaydedilmiştir. Akciğer komplikasyonları hemen daima gece ve sağ akciğerde gelişmektedir. Çünkü sırtüstü yatıldığında sağ ana bronş oldukça dik bir pozisyona gelmektedir. Ösofagusa ait şikayetler çıkmaya bile, akciğere ait komplikasyonların oluşabileceği bilinmeli; ve izah edilemeyen akciğer infiltrasyonları ya da süpürasyonlarında ösofagusun tetkiki akla getirilmelidir. Aynı çalışmada akciğer komplikasyonlarına bağlı olarak kaybedilen 9 akalazyalı vakada yapılan otopsi neticesinde, tamamında megaösofagus tesbit edilmiştir.

Akalazyalı 10 yıllık bir bayan vakada ise, nadir bir komplikasyon olarak, operasyon için anestezi indüksiyonu esnasında akut torosik giriş obstrüksiyonu geliştiği bildirilmiştir (7). Sigmoid ösofaguslu hastada gelişen solunum sıkıntısı, ösofagusun kateterle dekompresyonu sonucunda süratle düzeltilebilmiştir.

Sonuç olarak, uzun süren akalazyaya vakaları, bazan nonspesifik hafif şikayetlerle klasik semptomları göstermeden sigmoid ösofagusa ilerleyebilir. Ayrıca mediastinal kitleye benzeyen görüntüsü ile, torokal kitellerle ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Richter JE. Motility disorders of the esophagus. In: Yamada T. (Ed). *Textbok of Gastroenterology*. Philadelphia: JB Lipincott Comp. 1991:1091-1104.
2. Vantrappen G, Janssens J. Disorders of oesophageal motility. In: Misiewicz JJ, Pounder RE, Venables CW (Eds). *Diseases of the Gut and Pancreas*. London: Blackwell Sci. Pub. 1994:123-33.
3. Low VHS, Rubesin SE. Contrast evaluation of the pharynx and esophagus. *Radiol Clin North Am* 1993; 31:1287.
4. Breakey AS, Dotter CT, Steinberg I. Pulmonary complications of cardiospasm. *New Engl J Med* 1951; 245: 441-7.
5. Foote GA, Meredith HC. The silhouette sign and the inferior vena cava. *Radiology* 1979; 133: 583-85.
6. Chijlmatsu Y, Harumi K, Inatomi K, Tamura M, Homma H. Airway obstruction in achalasia. *Chest* 1980; 78; 348-50.
7. Mc Lean RDW, Stewart CJ, Whyte DGC. Acute thoracic inlet obstruction in achalasia of the oesophagus. *Thorax* 1976; 31:456-59.