

İnfantil akalazyada endoskopik dilatasyon#

Celalettin VATANSEV*, Adnan ABASIYANIK**, İlhan ÇİFTÇİ**, Ahmet TEKİN*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

** Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Çocuklarda özofagusta akalazyaya, özellikle bir yaşın altında oldukça nadir ve teşhisi zor bir lezyondur. On bir aylık bir kız çocuğu endoskopik balon dilatasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Baryumlu grafide özofagus kalibrisi normale döndü ve komplikasyon gelişmedi. On iki aylık takip sonrasında kusma, beslenme sorunu ve rekürrens gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: İnfantil akalazyaya, endoskopik balon dilatasyonu

SUMMARY

Endoscopic dilatation in infantile achalasia

Esophageal achalasia in childhood especially in whom below one year of age is a rare lesion and difficult to diagnose. An 11 months age female infant has been treated successfully by pneumatic dilatation, after returning of the esophagus to it's normal calibre there was no complications seen in the barium study that performed later. After a follow up period of 12 months there was no vomiting or feeding problems or recurrence of the achalasia.

Key Words: Infantile achalasia, endoscopic balloon dilatation

Akalazyaya, alt özofagus sfinkterinin yutma esnasında gevşeyememesi, istirahat basıncının artışı, özofagusta peristaltizm bozukluğu ile karakterize etiyojisi bilinmeyen bir durumdur (1). Daha çok adolesanlarda ve yetişkinlerde görülür ve 4 yaş altı çocuklar hastaların %5'inden daha azını oluşturur (2,3). Çocuklarda ise akalazyaya bir yaşın altında oldukça nadirdir (4). Bu çalışmada 11 aylık bir olgu nedeniyle infantil akalazyaya ve tedavisinde endoskopik balon dilatasyonu irdelenmiştir.

OLGU SUNUMU

Doğumdan beri emzirme ve beslenme sonrası kusma, öksürük, kilo alamama şikayetleriyle 11 aylık kız çocuğu hastanemiz Çocuk Cerrahisi Kliniğine yatırıldı. Koroziv ajan alımı, hematemez ve melenası yoktu. Fizik muayenede; 5650 gr ağırlığında (persentil %3'ün altında), turgor-tonusu bozuk ve cilt altı yağ dokusu azalmıştı. Solunum sisteminde bilateral ronflan ralleri vardı. Nörolojik muayene, idrar, gaita analizleri ve kan biyokimyası normaldi. Tam kan sayımında beyaz küresi 18.100/mm³, ön-arka göğüs

grafisinde bazalde bilateral infiltrasyonlar vardı. Baryumlu grafide özofagusta massif genişleme, gastroözofageal bileşkede komplet obstrüksiyon ve peristaltik dalgaların yokluğu tespit edildi (Şekil 1). Hospitalizasyon esnasında pnömoni için antibiyotik verildi. Daha sonra genel anestezi altında yapılan fleksibl üst gastrointestinal endoskopik incelemede özofagus distal kısım mukozası normaldi. Aynı seansda ard arda 6 ve 8 mm'lik (Boston-Scientific Microvasive, CRE-Controlled Radial Expansion balon dilatation catheters) 1-1,5 atmosfer inflasyon basıncında iki kez balon dilatasyonu yapıldı. Uygulama sonrası komplikasyon olmayan infantta bir ay sonra 8500 gr, 18. ayında 10.500 gr ağırlığa eriştiği ve normal persentilde olduğu, kusmasının olmadığı saptandı. 12 ay sonra tekrarlanan özofagus grafisinde özofagus genişliğinin normal olduğu ve baryumun hızlı bir şekilde mideye geçişi gözlemlendi (Şekil 2). 12 aylık takip sonunda başka bir dilatasyon işlemine ihtiyaç duyulmadı.

Haberleşme Adresi: Dr. Celalettin VATANSEV, S.Ü.M.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Akyokuş, 42080 KONYA

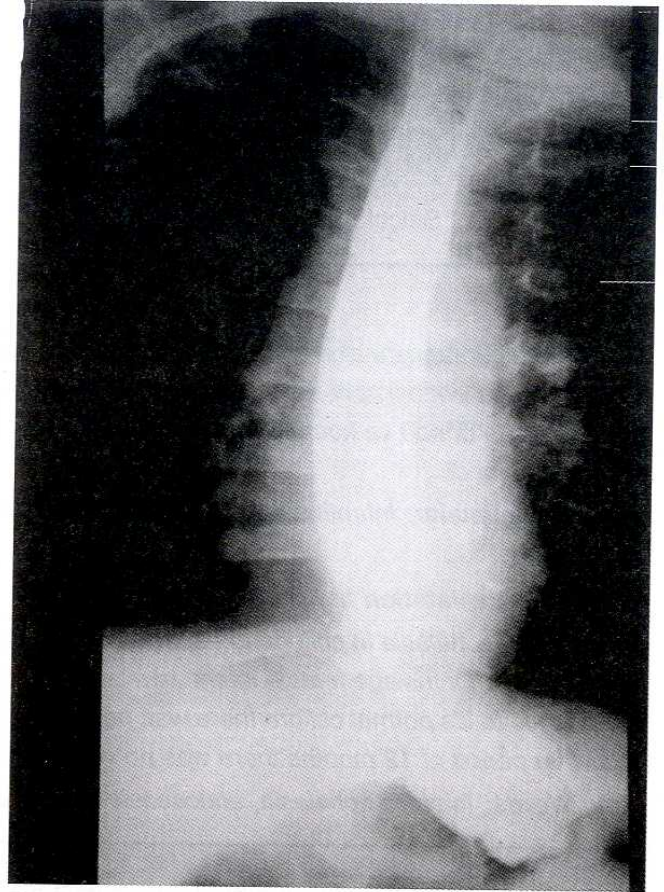
Geliş Tarihi : 24.02.2003

Yayına Kabul Tarihi : 27.02.2003

Bu çalışma İstanbul, 2002, 12. Dünya Gastro - Surgery Kongresinde sunulmuştur.



Şekil 1. Baryumlu grafide dilate olmuş özofagus.



Şekil 2. Balon dilatasyon sonrası özofagusun normal kalibrasyonu ve baryumun mideye geçişi

TARTIŞMA

Akalazyaya etiyolojisi ve patolojisi bilinmeyen nöromüsküler bir bozukluktur (5). Tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen infantil akalazyaya oldukça ender görülen bir durumdur. Bizim hastamız doğumundan beri kilo alamama şikayeti olan bir yaş altı akalazyaya olgusudur. Literatürde çok az rastlanan infantil akalazyanın teşhis edilmesi de zordur (4). Infantil akalazyada respiratuar semptomlar predominanttır ve kusmanın genellikle gastroözofageal reflüye bağlı olduğu düşünülerek hata yapılır. Özellikle sindirilmemiş süt kusması akalazyaya için karakteristiktir (6). Olgumuzda doğduğundan beri emzirme sonrası olan kusma ve sürekli öksürük, ateş gibi pnömoni belirtileri vardı.

Çocukluk akalazyası tedavisinde nitratlar ve kalsiyum antagonistleri özellikle nifedipin gibi sfinkter basıncını düşüren ilaçlar kullanılabilir (7). Bunun yanında özofagomiyotomi en çok yapılan cerrahi müdahaledir (8). Çocukluk akalazyası tedavisinde pnömotik dilatasyon çok az rapor edilmiştir (5,9). Infantil akalazyada pnömotik dilatasyonla ilgili Medline Database taramasında literatürde sadece bir olgu sunumu tesbit edilmiştir (10).

Endoskopik balon dilatasyonu için kullanılan

balon çapları çocukluk akalazyası için 18-35 mm arasında değişirken, başlangıçta küçük çaplarda, sonra kademeli olarak balon çapı artırılmaktadır. Birden fazla seanlarda dilatasyonlar uygulanabilir. Ortalama insüflasyon basıncı 1,5-3 atmosfer(atm) olup, işlem 5 dakika kadar sürdürülebilir (5,9). Olgumuzda tek seansta 6 mm'lik balonla 1 atm basınçta 3 dk ve 8 mm'lik balonla 1,5 atm basınçta 3 dk iki dilatasyon işlemiyle başarı sağlandı. 12 aylık takipte gelişimi normale dönen olguda başka bir dilatasyon işlemine gerek kalmadı. Dilatasyon sonrası herhangi bir komplikasyon ve reflü semptomları gelişmedi.

Çocukluk akalazyası tedavisinde cerrahiye savunan yazarlar varsa da (8,11) pnömotik dilatasyonun tedavide ilk basamak olması gerektiğini savunanlar da vardır (5,9,12). Infant akalazyasında tedavide daha çok özofagomiyotomi yapılmaktadır (4,6). Pnömotik dilatasyon sadece bir olguda bildirilmektedir (10).

Sonuç olarak infantil akalazyada pnömotik dilatasyon adült ve çocukluk akalazyasında olduğu gibi tedavide ilk seçenek olarak düşünülmesi gereken etkin ve güvenilir bir işlemdir.

KAYNAKLAR

1. Cohen S. Motor disorders of the esophagus. N Engl J Med 1979; 301: 182-92.
2. Vantrappen G, Hellemans J. Treatment of achalasia and related motor disorders. Gastroenterology 1980; 79: 144-54.
3. Bello C, Castell DO. Esophageal motility disorders. Curr Opin Gastroenterol 1991; 7: 539-44.
4. Moazam F, Rodgers BM. Infantile achalasia. Brief clinical report. J Thorac Cardiovasc Surg 1976; 72: 809-12.
5. Hammond PD, Moore DJ, Davidson GP, Davies RP. Tandem balloon dilatation for childhood achalasia. Pediatr Radiol 1997; 27: 609-13.
6. Thomas RJ, Sen S, Zachariah N, Chacko J, Mammen KE. Achalasia cardia in infancy and childhood: an Indian experience. J R Coll Surg Edinb 1998; 43: 103-4.
7. Smith H, Buick R, Booth I, Campbell C. The use of nifedipine for treatment of achalasia in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1988; 7: 146.
8. Karnak I, Senocak ME, Tanyel FC, Buyukpamukcu N. Achalasia in childhood: surgical treatment and outcome. Eur J Pediatr Surg 2001; 11: 223-9.
9. Wilkinson AG, Raine PAM, Fyfe AHB. Pneumatic dilatation in childhood cardia-achalasia. Pediatr Radiol 1997; 27: 60-2.
10. Perisic V N, Mihailovic T. Infantile achalasia treated by pneumatic dilatation. Ital J Gastroenterol 1990; 22: 352-3.
11. Myers NA, Jolley SG, Tayler R. Achalasia of the cardia in children: a worldwide survey. J Pediatr Surg 1994; 29: 1375-9.
12. Pineiro-Carrero VM, Sullivan CA, Rogers PL. Etiology and treatment of achalasia in the pediatric age group. Gastrointest Endosc Clin N Am 2001; 11: 387-408.