
Yamada Gastroenteroloji El Kitabı

John M. Inadomi

University of Washington
Seattle
WA, USA

Renuka Bhattacharya

University of Washington
Seattle
WA, USA

Joo Ha Hwang

Stanford University
Stanford
CA, USA

Cynthia Ko

University of Washington
Seattle
WA, USA

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Esin Korkut

İstanbul Medipol Üniversitesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı

DÖRDÜNCÜ BASKI

İçindekiler

Renk palet listesi,	vii
Önsöz,	ix
Çeviri Editörünün Önsözü,	xi
Çeviri Kurulu,	xiii
Kısaltmalar Listesi,	xvii

Kısım 1 Gastrointestinal semptom veya Bulguları Olan Hastalara Yaklaşım

1 Disfaji veya Odinofajisi Olan Hasta,	3
2 Göğüste yanma (heartburn) veya Göğüs Ağrısı Olan Hasta,	13
3 Gastrointestinal Kanaması Olan Hasta,	23
4 Açıklanamayan Kilo Kaybı Olan Hasta,	37
5 Bulantı ve Kusması Olan Hasta,	47
6 Karın Ağrısı Olan Hasta,	57
7 Gaz ve Şişkinlik Olan Hasta,	69
8 İleus veya Tıkanıklık Olan Hasta,	79
9 Kabızlık Olan Hasta,	89
10 İshal Olan Hasta,	99
11 Karında Kitle Olan Hasta,	115
12 Sarılık ve Karaciğer Fonksiyon Testleri Bozuk Olan Hasta,	125
13 Assiti Olan Hasta,	143
14 Beslenme Desteği Gerektiren Hasta,	157
15 Endoskopik Girişim Gerektiren Hasta,	171

Kısım 2 Spesifik Gastrointestinal Hastalıklar

16 Özofagus Motor Bozuklukları,	187
17 Gastroözofageal reflü ve Eozinofilik Özofajit,	197

18	Özofagus Neoplazi, 207
19	Gastrik Boşalma Bozuklukları, 217
20	Asit Peptik Bozukluklar, 229
21	Fonksiyonel Dispepsi, 239
22	Gastrik Neoplazi, 245
23	Çölyak Hastalığı, 255
24	Kısa Bağırsak Sendromu, 265
25	İnce Bağırsak Neoplazi, 273
26	Kolonun Divertiküler Hastalıkları, 281
27	İrritable Bağırsak Hastalığı, 289
28	İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı, 299
29	Kolonik Neoplazi, 317
30	Anorektal Hastalıklar, 327
31	Pankreatit, 335
32	Pankreatik Neoplazi, 349
33	Safra Yolu Taşları ve Kistleri, 359
34	Viral Hepatitler, 369
35	Karaciğerin Genetik ve Metabolik Hastalıkları, 383
36	Kolestatik Karaciğer Hastalıkları, 391
37	Alkolik Karaciğer Hastalığı, 401
38	Otoimmün Hepatit, 407
39	Sirozun Komplikasyonları, 413
40	Primer Hepatik Neoplazmlar, 423
41	Gastrointestinal Sistemin Enfeksiyonları, 431
42	Gastrointestinal Vasküler Lezyonlar, 447
43	Obezitenin Tıbbi, Cerrahi ve Endoskopik Tedavisi, 457
44	Sorular ve Cevapları, 463
	İndeks, 533

Renkli Palet Listesi

- Bölüm 16** Akalazya: baryum özofagogram akalazya için karakteristik olan “kuş gagası” nı göstermektedir.
- Bölüm 17** Eozinofilik özofajit: konsantrik halkalar ve lineer oluklar.
- Bölüm 17** Özofajit: gastroduodenal reflü nedeni ile distal özofagusta eritem.
- Bölüm 17** Özofageal darlık: gastroözofageal reflü nedeni ile distal özofagusta fibröz darlık.
- Bölüm 18** Özofageal kanser: özofageal adenokarsinomanın endoskopik görüntüsü
- Bölüm 20** Gastrik ülser: tekrarlayan kanama riski düşük olan “düz pigmentli leke”.
- Bölüm 20** Gastrik ülser: tekrarlayan kanama riski yüksek olan “pigmentli çıkıntı (görünür damar)” ülser.
- Bölüm 20** Gastrik ülser: görünür damar bölgesine yerleştirilen hemoklipslerle endoskopik tedaviden sonra ülser.
- Bölüm 22** Subepitelyal kitle: gastrik mukozanın epitel tabakasının derinliklerinde tümörün endoskopik görüntüsü.
- Bölüm 22** Subepitelyal kitle: subepitelyal kitlenin endoskopik ultrason görüntüsü (beyaz ok) ve sitoloji aspirasyon iğnesi (sarı ok).
- Bölüm 22** Gastrointestinal stromal tümör (GIST)
- Bölüm 22** Mide kanseri: mide ülserleşmiş malignitesi.
- Bölüm 22** Mide kanseri: mide malignitesinin endoskopi ile narrow band görüntülemesi.
- Bölüm 22** Mide kanseri: mide kanserin endoskopik ultrason görüntüsü.
- Bölüm 22** Mide kanseri: erken evre mide kanseri endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) ile çıkarılmak üzere hazırlanmaktadır.
- Bölüm 22** Mide kanseri: ESD ile çıkarıldıktan sonra.
- Bölüm 22** Mide kanseri: ESD örneği.
- Bölüm 23** Çölyak hastalığı: duodenumda “taraklı mukoza”.

- Bölüm 26** Divertikülozis.
- Bölüm 29** Adenomatöz polip
- Bölüm 29** Kolon kanseri: submukozal diseksiyon öncesi endoskopik görüntü.
- Bölüm 29** Kolon kanseri: ESD yoluyla çıkarıldıktan sonra kolon kanseri.
- Bölüm 29** Kolon kanseri: ESD örneği.
- Bölüm 29** Kolon polip: sessil serrated polip
- Bölüm 29** Kolon kanseri: pedinküllü adenomatöz polip.
- Bölüm 31** Lümene karşıt metal stent: pankreatik pseudo- kiste bağlı stentin gastrik yönünün endoskopik görüntüsü.
- Bölüm 31** Lümen- karşıt metal stent uygulamak: psödokist drenajının endoskopik görüntüsü.
- Bölüm 31** Lümene karşıt metal stent: pankreatik nekroza gastrik port.
- Bölüm 39** Özofageal varisler: distal özofagusta lineer damarlar.
- Bölüm 39** Endoskopik band ligasyon tedavisi takibi özofageal varisler.
- Bölüm 42** Gastrik antral vasküler ektazi (GAVE).
- Bölüm 42** GAVE: argon plazma koagulasyon tedavi sonrası.
- Bölüm 42** Vasküler ektazi: kolonda kanayan vasküler ektazi.
- Bölüm 42** Vasküler ektazi: argon plazma koagulasyon ile tedavi.

Önsöz

Yazarlarım adına, Drs. Bhattacharya, Hwang ve Ko, Yamada'nın Gastroenteroloji El Kitabı'nın dördüncü baskısını sunmaktan memnuniyet duyuyorum. Yamada El Kitabı, Dr. Tadataka Yamada'nın Gastroenteroloji ve Klinik Gastroenteroloji Prensipleri Ders Kitabı'na dayanmaktadır ve iki temel bölüme ayrılmıştır: ve semptom temelli değerlendirme bölümleri ve hastalığa dayalı yönetim bölümleri. Yamada'nın El Kitabının bu sürümünün içeriğini güncellemenin yanı sıra, çoğu bölümde, kliniğe rehberlik eden en önemli faktörleri vurgulayan "çağrı kutuları" nda kolayca tanımlanan Anahtar Uygulama Noktaları, Teşhis Esasları ve Potansiyel Tuzaklar kullandık. Tıbbi bilgileri klinik pratiğe dönüştürmek için gerekli bağlamı sağlayacağını umduğumuz pek çok bölüm için tartışmalarla birlikte vaka senaryoları yazdık. Ayrıca, Yamada'nın El Kitabının arkasında, okuyucunun bilgi tabanını test etmek ve sağlamlaştırmak için bir araç sağlayan ayrıntılı cevaplar içeren bir dizi soru ekledik. Bu baskıda yeni olan, önerilerimizin güncelliğini geliştiren son ulusal toplum klinik uygulama kılavuzlarına atıflardır. Son olarak, uzmanlığımızın genişliğini ve derinliğini gösteren endoskopik ve radyografik görüntüler ekledik (renk plakaları bölümüne bakın).

Yamada'nın Gastroenteroloji El Kitabı, özellikle gastrointestinal ve karaciğer hastalıkları olan hastaların bakımına rehberlik eden yoğun bir referansla ilgilenen okuyucular için Yamada Gastroenteroloji ve Klinik Gastroenteroloji Prensipleri Ders Kitabı'na faydalı bir arkadaştır. Buna ek olarak, her seviyedeki stajyerlerin, bu heyecan verici ve hızla gelişen tıp alanı hakkında kapsamlı bir anlayış oluşturabilecekleri sağlam bir temel sağlayarak Yamada'nın El Kitabından yararlanmasını bekliyoruz.

John M. Inadomi

Çeviri Editörünün Önsözü

Tadataka Yamada'ın editörlüğünü yaptığı “Gastroenteroloji El Kitabı”nın çeviri editörlüğünü yapmak, benim için onur ve mutluluk kaynağıdır.

Pandemi döneminde özveri ile çalışan bu yoğun çalışma döneminde kitabın çevirisinde desteklerini esirgemeyen hekim arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Büyük bir titizlikle ve bu projenin gerçekleşmesini sağlayan İstanbul Tıp Kitabevleri çalışanlarına ayrıca teşekkür ederim.

Bu kitabın Gastroenteroloji pratiğinde tüm hekim arkadaşlarıma faydalı olması dileği ile...

Prof Dr Esin KORKUT

Çeviri Kurulu

Abdullah Mübin Özercan
Bingöl Devlet Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 1-2

Serkan Duman
Ankara Üniversitesi Tıp fakultesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 3

Alp Atasoy
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim
ve Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 4-5

Bünyamin Sarıtaş
SBÜ Adan Şehir Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 6

Derya Argun
İstanbul Aydın Üniversitesi
MedicalPark Florya Hastanesi İç
Hastalıkları Kliniği
Bölüm 7

Ege Altan
Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut
Noyan Uygulama ve Araştırma
Merkezi, Gastroenteroloji Bilim dalı
Bölüm 8

Emre Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 9

Enver Akbaş
İstanbul Medipol Üniversitesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 10

Rasim Eren Cankurtaran
Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji
Bilim Dalı
Bölüm 11

Aysun Çalışkan Kartal
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 12

Filiz Aras
Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut
Noyan Uygulama ve Araştırma
Merkezi, Gastroenteroloji Bilim dalı
Bölüm 13

Mustafa Gürkan Haytaoğlu
Denizli Devlet Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 14

Harun Erdal
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 15

Hüseyin Sancar Bozkurt
İstanbul Maltepe Üniversitesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 16

İhsan Habiboğlu

Sivas Numune Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 17

Kader İrak

Başakşehir Şehir Hastanesi,
Gastroenteroloji
Bölüm 18

Kadir Gışi

Kahramanmaraş Sütçi İmam
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 19

Mehmet Bayram

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji
Bölüm 20

Mesut Aydın

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 21-22

Nurettin Tunç

Memorial Diyarbakır Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 23-24

Raim İliaz

Atlas Üniversitesi Medicine
Hospital, Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 25

Ramazan Erdem

Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 26-27

Salih Akın

İstanbul Medipol Üniversitesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 28

Serhat Özer

Hatay Özel Defne Hastanesi,
Gastroenteroloji
Bölüm 29-30

Serkan Duman

Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 31

Sezgin Barutçu

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 32-33

Şehmus Ölmez

Adana Şehir Eğitim Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 34

Şencan Acar

Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 35-36

Tuba Erürker Öztürk

Denizli Devlet Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 37-38

Yonca Yılmaz Ürün

Eskişehir Şehir Hastanesi,
Gastroenteroloji
Bölüm 39-40

Zeynep Gök Sargın
Denizli Devlet Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 41

Esin Korkut
İstanbul Medipol Üniversitesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bölüm 40

Zeynep Melekoğlu Ellik
Karaman Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
Bölüm 42-43

Kısaltmalar

5ASA	5--aminosalisilat
6-MMP	6-metilmerkaptopürin
6-MP,	6-merkaptopurin
6-TG	6-tioguanin
ACCR	amilaz-kreatinin klirensi oranı
ACE	anjiyotensin-konverting enzim
ADH	alkol dehidrojenaz
AFP a-	fetoprotein (AFP
AİDS	edinilmiş bağışıklık yetersizliği sendromu
ODH	otoimmün hepatit
ALD	alkolik karaciğer hastalık
ALDH	asetaldehit dehidrojenaz
ALT	alanin aminotransferaz
AMA	antimitokondriyal antikor
ANA	antinükleer antikor
APC	adenomatus poliposiskoli; argon plazma koagülasyonu
ASCA,	anti-Saccharomyces cerevisiae, antikor
ASMA	Anti-düz kas antikor
AST	aminotransferase aspartate
BRIC	benign tekrarlayıcı intrahepatik kolestaz
BUN	kan üre nitrojen
CBC	tam kan sayımı
CC	kronik kabızlık
CCK	kolesistokinin
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
CEA	karsinoembriyonik antijen
CHRPE	retina pigment epitelinin konjenital hipertrofisi
CREST	kalsinozis, Raynaud fenomeni, özofagus dismotilitesi, sklerodaktili, ve telanjijektazi
CRP	C-reaktif protein,
CT,	bilgisayarlı tomografi
CTC	bilgisayarlı tomografi kolonografinin
DES	diffuse esophageal spasm
DS,	double strength
EAC	özofagus adenokarsinoma
EKG	elektrokardiyogram
EGD	özofagogastroduodenoskopi
EGG	elektrogastrografi
EHEC	enterohemorajik Escherichia coli

EIEC	enteroinvaziv Escherichia coli,
ELISA,	enzime-bağılı immunosorbent analiz
EMR	endoskopik mukozal rezeksiyon
EPEC	enteropatojenik Escherichia coli,
ERKP	endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi
ERP	endoskopik retrograd pankreatografi
ESD	endoskopik submukozal disseksiyon
ESR	eritrosit sedimentasyon oranı
ETEC	enterotoksijenik Escherichia coli
EUS'un	endoskopik ultrason
FAP	ailesel adenomatöz polipozis
FIT	dışkı immunokimyasal testi
İİA	ince iğne aspirasyon
FOBT	dışkıda gizli kan testi
GABA	γ - aminobütirik asit
GAVE	mide arteriovenöz ektazi, gastrik antral vasküler ektazi
GÖRH	gastroözofageal reflü hastalığı
GGT	γ -glutamil-transferaz
GI	gastrointestinal
GIST	gastrointestinal stromal tümör
HAART	oldukça aktif antiretroviral tedavi
HAV	hepatit A virüsü
HBIG	hepatit B immünglobulin
HBV	Hepatit B virüsü
HCC	hepatosellüler karsinoma
HCT	hematokrit,
HCV,	hepatit C virüsü,
HDV,	hepatit D virüsü
HE	hepatik ensefalopati
HEV	hepatit E virüsü
HGD	yüksek-dereceli displazi
MHK	kalıtsal hemokromatoz
HIAA	hidroksiindoleasetik asit
HII	hepatik demir göstergesi,
HIV,	insan bağışıklık eksikliği virüsü
HNPCC	herediter nonpolipozis kolorektal kanser
HPF	yüksek-güç alanı
HVPG	hepatik venöz basınç gradyanı
İBH	enflamatuar barsakhastalığı,
IBS,	irritabl bağırsak sendromu,
IBS,-C	irritabl barsak sendromu - kabızlık baskın
ICU	yoğun bakım ünitesi
Ig	immünoglobulin
IGF	insülin- like faktörü benzeri
IHC	immünohistokimya
IL	interlökin
IM	kas içi
I-MIBG	I-etiketli metaiodobenzilguanidin
INR	uluslararası normalleştirilmiş oran
IPMN	intraduktal papiller müsinöz neoplazm

IPSID	immünoproliferatif ince bağırsak hastalığı
IU	uluslararası birim
IV	intravenöz
LAP	leucine aminopeptidaz
LDH	laktat dehidrojenaz
LES	alt özofagus sfinkter
MALT	mukoza-ile ilişkili lenfoid doku
MCV	ortalama eritrosit hacmi
MELD	Model for End-Stage Karaciğer Hastalığı
MEN	multipl endokrin neoplazisi
MRCP	manyetik rezonans pankreatikografi
MR	manyetik rezonans görüntüleme
NADH	nikotinamid adenin dinükleotid
NAFLD	non alkolik yağlı karaciğer hastalığı
NASH	nonalkolik steatohepatit
NCCN	Ulusal Kanseri Ağ
NG	nazogastrik
NSAID	non-steroid anti-enflamatuar ilaç
OLT	ortotopik karaciğer transplantasyonu
pANCA	perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikor
PAS	periyodik asit-Schiff
PBC	primer safra sirozu,
PCNA-	proliferasyon hücre çekirdeği antijeni
PCR	polimeraz zincir reaksiyonu
PDGFR	trombosit-türevli büyüme faktörü reseptörü,
PEG	polietilen glikol
PEI	perkütan etanol enjeksiyonu
PET	pozitron emisyon tomografisi
PFIC	progresif ailesel intrahepatik kolestaz
PICC	periferik olarak yerleştirilmiş santral kateter
PJS	Peutz-Jeghers sendromu
po	per os
PPI	proton pompa inhibitörü,
PPN	periferik parenteral beslenme
PSBL	primer ince bağırsak lenfoma
PSC	primer sklerozan kolanjit
PTC	perkütan transhepatik kolanjiografi
PUD	peptik ülser hastalığı
qid	quater in die
RFA	radyofrekans
RUQ	sağ üst kadranda
SAAG	serumu-asit albumin gradyan
SBP	spontan bakteriyel peritonit,
SCC	squamous hücre karsinomu
SGOT	serum glutamik oksaloasetik transaminaz
SGPT	serum glutamik piruvik transaminaz
SLA	çözünür karaciğer antijen
SO	Oddi Sfinkter
SOD	Oddi sfinkter disfonksiyonu
SVR	virolojiksürekli yanıt

TAKE	Transarteriyel kemoembolizasyon
TARE	transarterial radyoembolizasyon
TCA	trisiklik antidepresan,
TGF	transforming growth factor
TIBC	toplam demir-bağlama kapasitesi
TIPS	transjuguler intrahepatik portosistemik şant
TLESR	geçici alt özofagus sfinkteri gevşemesi
TNF	tümör nekroz faktörü
TPMT	tiyopurin metiltransferaz
TPN	total parenteral beslenme
TSH	tiroid-uyarıcı hormon
tTG	doku transglutaminase
TTS	through-the-scope
UES	üst özofageal sfinkter
UGT	üridin difosfat glukuronoziltransferaz
VCE	video kapsul endoskopi
VEGF,	vasküler endotelial büyüme faktörü
VIP	vazoaktif intestinal peptid
WBC	beyaz kan sayımı
WDHA	sulu ishal, hipokalemi ve aklorhidri
ZES	Zollinger-Ellison sendromu

BÖLÜM 1

Disfaji veya Odinofajisi Olan Hasta

Disfaji, yiyeceklerin ağızdan mideye kadar olan geçişinde engellenme hissinin olmasıdır. Disfaji odinofajiden (yutma sırasında ağrı) ve globus hissinin (boğazda, yutma ile geçici olarak rahatlayan şişlik, gerginlik veya dolgunluk hissi) ayrılır. Yutma olayının dört aşaması vardır: oral hazırlık aşaması, oral transfer aşaması, faringeal aşama ve özofageal aşama. Bu aşamaların herhangi birinde meydana gelen bozukluk, disfajiye neden olabilir. Disfaji genellikle 2 kategoriye ayrılır:

- (i) Orofaringeal: yutmanın oral hazırlık, oral transfer veya faringeal aşamalarındaki bozukluklar
- (ii) Özofageal: yutmanın özofageal aşamasının disfonksiyonu (tablo1.1).

Orofaringeal ve özofageal disfajinin etyoloji ve değerlendirmesi birbirinden farklıdır buna karşılık odinofajide altta yatan belirli ayırıcı tanılar mevcuttur (şekil 1.1).

Klinik Belirtiler

Öykü

Hastanın öyküsü, semptomların orofaringeal veya özofageal olarak yerini belirlemede ve yapısal mı yoksa nöromusküler kökenli mi olduğunu belirlemede yardımcı olur. Disfaji yutmanın birinci saniyesinde meydana geliyorsa veya salya, boğulma, öksürük, aspirasyon veya nazal regürjitasyon ile ilişkiliyse orofaringeal bir süreç muhtemeldir. Bunun aksine, disfaji yutmanın birinci saniyesinden sonra oluşuyorsa, retrosternal ağrı varsa veya sindirilmemiş besin regürjitasyonu varsa özofageal bir neden olma ihtimali daha yüksektir. Boyun bölgesinde hissedilen disfaji, hem orofaringeal hem de özofageal hastalığa bağlı olabilir. Suprasternal çentiğin altında hissedilen disfaji hemen her zaman özofageal kaynaklı disfaji için tanısaldır. Yapısal özofageal bozukluklar genellikle katı gıdalara

4 Gastrointestinal Semptom veya Bulguları Olan Hastalara Yaklaşım

Tablo 1.1 Disfaji ve odinofajinin ayırıcı tanısı

Orofaringeal Disfaji

Nörolojik Bozukluklar:

- Serebrovasküler Olaylar
- Parkinson Hastalığı
- Amyotrofik Lateral Skleroz
- Beyinsapı Tümörleri
- Multipl Skleroz
- Bulbar Polimiyelit
- Myojenik Bozukluklar
- Miyastania Gravis
- Muskuler Distrofiler
- Poliomyozit

Lokal Mekanik Lezyonlar

- İnflamasyon (farenjit, abseler, tüberküloz, radyasyon, slfiliz)
- Neoplazi
- Konjenital Vebler
- Ekstresek Bası (tiromegali, servikal omur hiperostozu, adenopati)
- Radyasyon veya Kostik Hasar
- Yabancı Cisim

Üst Özofageal Sfinkter Bozuklukları

- Primer Krikofaringeal Disfonksiyon
- Krikofaringeal Engel
- Zenker Divertikülü

Özofageal Disfaji

Motor Bozukluklar

- Akalazya
- Skleroderma, Diğer Romatolojik Hastalıklar
- Delici Çekiç (jackhammer) Özefagusu veya Diffüz Özofageal Spazm gibi Spastik Motor Bozukluklar
- Özofagogastrik Bileşke Akışının Tıkanması
- Chagas Hastalığı
- İnefektif Özofagus Motilitesi
- Aralıklı Özofageal Peristaltizm

İntrensek Mekanik Lezyonlar

- Bening Darlık (peptik, kostik, radyasyon)
- Schatzki Halkası
- Karsinom
- Eozinofilik Özofajit
- Özofageal vebler
- Özofagus Divertikülü
- Benign Tümörler
- Yabancı Cisim

Ekstresek Mekanik Lezyonlar

- Vasküler Bası (aberran subklavyan arter veya torasik aort anevrizması)
- Mediastinal anormallikler
- Servikal Osteoartrit
- Yabancı Cisim

Fonksiyonel Dispepsi

Tablo 1.1 (devamı)**Odinofaji**

Mekanik

Travma

Kostik Madde Alımı

Yabancı Cisim

Özefagus Malignitesi

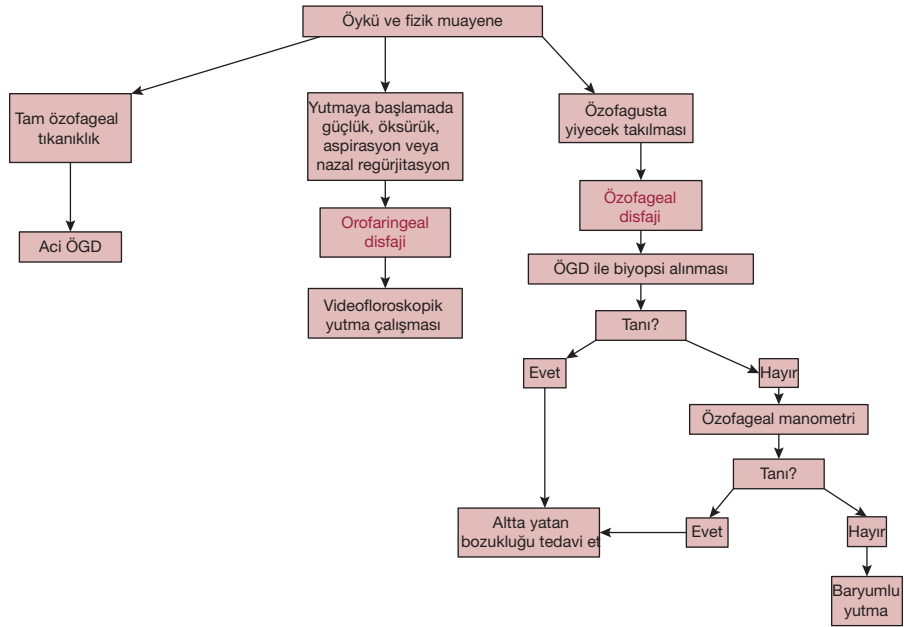
Inflamatuvar

İlaç (hap) ilişkili Ülserasyon (çoğunlukla doksisisiklin, non-stroidal anti inflamatuvar ilaçlar, yavaş salımlı potasyum destekleri, bifosfonatlar)

Enfeksiyöz

Sitomegalovirüs (CMV), Herpes Simpleks Virüs (HSV), İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV),

Kandida, Mikobakteri

**Şekil 1.1** Disfaji veya odinofajinin değerlendirilmesi. ÖGD, özofagogastroduodenoskopi.

karşı disfajiye neden olurlar. Lümendeki darlık şiddetlendiği zaman sıvılara karşı disfajiye ilerler. Özofagusun nöromusküler bozuklukluğu olan hastalar, symptom başlangıcından itibaren hem katı hem de sıvılara karşı disfaji tariflerler. Hem yapısal hem de nöromusküler orofaringeal bozukluklar, erken dönemde sıvılara karşı disfajiye neden olurlar. Orofaringeal disfajisi olan hastalar genellikle kulak-burun- boğaz uzmanı veya nörolog ile birlikte değerlendirilip tedavi edilirler.

Odinofajisi olan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar açısından risk faktörleri sorulmalı ve dikkatli bir ilaç öyküsü alınmalıdır.

Fizik Muayene

Kraniyal sinirlerin duysal ve motor bozuklukları, kitle, adenopati veya spinal deformite varlığı açısından baş ve boyun muayenesi yapılmalıdır. Sklerodermadaki sklerodaktili, telenjektazi ve kalsinozis; jeneralize nöromusküler hastalıktaki nöropatiler veya kas güçsüzlükleri; ve özofageal maligniteye bağlı hepatomegali veya adenopati gibi sistemik hastalık düşündüren bulgulara dikkat edilmelidir. Oral kandidiyazis varlığı, odinofajinin nedeni olarak fungal enfeksiyonu düşündürür. Disfaji malnutrisyona yol açtığından vücut ağırlığı ve genel beslenme durumu değerlendirilmelidir.

Ayırıcı Tanı

Özofageal Disfaji

Tıkalıcı özofageal lezyonlar

Özofageal disfaji en sık yapısal lezyonların, bolusun geçişini fiziksel olarak engellemesi nedeniyle oluşur. Asit peptik hasara sekonder özofageal darlığı olan hastalar, uzun süre devam eden retrosternal yanma hissinden sonra başlayan ilerleyici disfaji nedeniyle başvurabilirler. Bu tür darlıklar genellikle distal özofagusta yerleşirler fakat daha proksimaldeki darlıklar, Barret özofagusu olan hastalarda kolumnar epitele geçiş alanı üzerinde gelişebilirler. Schatzki halkası, gastroözofageal bileşkede, lümeni çepeçevre saran, ince mukozal bir yapı olup epizodik ve ilerleyici olmayan disfajiye neden olabilir. Özellikle allerjik veya eozinofilik hastalık öyküsü olan daha genç hastalar, katı gıdalara karşı olan geçici disfaji veya yiyecek takılması olması durumunda eozinofilik özofajit açısından değerlendirilmelidir. Özofageal malignitesi olan hastalar sıklıkla, başlangıçta katı gıdalara karşı olan, zamanla giderek sıvılara karşı da olmaya başlayan, ilerleyici disfaji tariflerler. Semptomların nispeten yakın zamanda ortaya çıkması ve alarm semptomlarının olması durumunda malign bir nedeni dışlamak için erken dönemde değerlendirme yapmak gereklidir. Bunlardan başka mekanik lezyonlar da (Örn: anatomik büyük damar anormallikleri, mediastinal lenfadenopati ve servikal vertebra ostofitleri) disfajiye neden olabilirler.

Özofagusun motor bozuklukları

Özofageal motor aktivitenin primer ve sekonder bozuklukları, özofageal disfajinin diğer önemli nedenidir. Primer akalazya, özofagus gövdesinin dismotilitesi ve yutma sırasında alt özofagus sfinkterinin yetersiz gevşemesi ile karakterize idiyopatik bir bozukluk olup alt özofageal sfinkter hipertansiyonu da eşlik edebilir. Primer akalazya özofageal manometri kullanılarak üç tipe ayrılır. Tip1 akalazya, alt özofageal sfinkterin tam gevşeyememesi ile birlikte özofagus peristaltizminin zayıf olması veya hiç olmaması ile karakterizedir. Tip 2 akalazya,

pan-özofageal basınçlanma ve tip3, spastik özofageal kontraksiyonlarla karakterizedir.

Primer akalazyayı taklit edebilen durumlar: Gastroözofageal bileşkedeki bir maligniteye bağlı veya uzak bir tümörün paraneoplastik etkisi olarak radyografik ve manometrik açıdan primer akalazyaya ile benzer özelliklerin görüldüğü sekonder akalazyaya ve Trypanosoma cruzi enfeksiyonu sonucunda görülen Chagas Hastalığı'dır. Bazı hastalarda, özofageal manometri ile saptanan, tam oturmamış akalazyaya veya mekanik tıkanıklığa bağlı olabilen, özofagogastrik bileşkedeki geçişin tıkanması görülebilir. Jackhammer özofagus veya diffüz özofageal spazm gibi diğer spastik özofagus bozuklukları da disfajiye yol açabilirler. Özofageal disfajili hastaların çoğunda inefektif motilite veya bölünmüş özofageal peristaltizm bulunmakta olup tanısında en iyi yöntem olarak özofageal manometri kullanılır. Sistemik hastalıklar da (skleroderma ve diğer romatolojik hastalıklar) disfajiye yol açar ancak burada neden, spazmdan ziyade özofageal motor fonksiyonlarda azalmadır.

Odinofaji

Orofaringeal odinofaji, en sık malignite, yabancı cisim veya mukozal ülserasyona bağlı görülür. Özofageal odinofajide ise neden genellikle kostik madde alımı, enfeksiyonlar (örn: Candida Albicans, Herpes Simpleks Virus, Sitomegalovirüs), radyasyon hasarı, ilaç (hap) özofajiti veya asit reflüsüne bağlı ülser hastalığıdır (bakınız tablo 1.1).

Tanısal yaklaşım

Tam tıkanıklığı olan ve tükürüğünü yutamayan hastalarda acil üst endoskopik değerlendirme yapılması gereklidir. Kontrastlı radyolojik tetkikte aspirasyon riskinin yanında verilen kontrast maddeye bağlı normal radyografide saptanan lezyonlar gizlenebilir. Hastalarda havayolunun korunması zorunludur. Bu nedenle endotrakeal entübasyon veya özofageal veya gastrik overtüp kullanımı için belirlenen eşik değer düşük tutulmalıdır. Tıkanıklık tam olmadığında değerlendirmenin sonraki basamağını hastanın öyküsü belirler. Özofagus kaynaklı disfaji düşünüldüğünde üst endoskopik inceleme, değerlendirme ve olası anatomik anormalliklerin tedavisi için tercih edilmelidir. Darlıklar ve Schatzki Halkası endoskopi sırasında dilate edilebilir. Yapısal bir lezyon olmadığında, eozinofilik özofajit açısından proksimal özofagustan orta ve distale kadar biyopsiler alınmalıdır. Üst endoskopide herhangi bir etyolojik neden saptanamadığında, özofageal motilite bozukluğun varlığı açısından manometrik değerlendirme yapılmalıdır. Baryumlu yutma radyografisi özofageal geçişi değerlendirmek veya gözden kaçan anatomik anormallikleri ortaya çıkarmak için faydalı olabilir.

Orofaringeal disfaji en iyi video-floroskopik yutma çalışmasıyla değerlendirilir. İnce sıvıların, kalın sıvıların ve katıların çiğneme ve yutma aşamalarının videofloroskopik olarak incelenmesi, nöromusküler hastalıktan şüphelenilen hastalarda yutma sırasındaki koordinasyonu belirlemek ve tedaviyi yönlendirmek için yararlıdır. Bazı durumlarda, özellikle manometri, anormal üst özofageal sfinkter gevşemesi olduğunu ortaya koyabilir. Transnazal veya peroral endoskopi, vokal kord disfonksiyonunu saptayabilir ancak nadiren tanı koydurucudur.

Odinofajide mukozal lezyonların sık görülmesi nedeniyle endoskopi tercih edilmelidir. Endoskopi ile tanı konulamadığında, akalazya veya diffüz özofageal spazm gibi odinofajiye neden olan motilite bozukluklarını ortaya koymak için manometri faydalı olabilir.

Tedavi

Disfaji

Parkinson hastalığı, hipotiroidizm, polimyozit ve myastenia gravis gibi orofaringeal disfajiye neden olan durumların spesifik tedavileri mevcuttur. Zenker divertikülü veya krikofaringeal akalazya hastalarında cerrahi myotomi faydalı olabilir. Birkaç sınırlı çalışmada nöromusküler hastalığı olan seçilmiş vakalarda myotominin fayda sağlayabileceği belirtilmiştir. Tedavisi olmayan nöromusküler bozukluklarda yutmayı sağlamak için konuşma terapistinden rehabilitasyon programı oluşturmak açısından konsültasyon istenebilir. Bu rehabilitasyon, yiyecek kıvamını ayarlama, motor fonksiyonların eğitimi, nefes kontrolü, öksürme ve baş pozisyonunu düzenleme tekniklerini içerir. Yeterli beslenme sağlanamazsa gastrostomi gibi alternatif enteral beslenme yolları düşünülebilir.

Özofageal disfaji tedavisi nedenine bağlı olarak değişmektedir. Benign darlıklar, vebler ve mukozal halkalar üst endoskopi sırasında dilate edilebilir. Rijit buji dilatatörler ve kontrollü radyal genişleyen (CRE) balon dilatatörler darlıkların tedavisinde eşit etkinliğe sahiptir. Altta yatan gastroözofageal reflü hastalığı olan hastalar yoğun asit supresyonu ile tedavi edilmelidir. Eozinofilik özofajit diyetten altı gıdanın çıkarılması gibi diyet düzenlemeleri veya topikal steroidlerle düzelebilir. Erken evre maligniteleri cerrahi olarak çıkarılabilirken rezektabl olmayan lezyonlarda endoskopik stentleme veya kemoradyoterapi kullanılabilir. Akalazya, cerrahi myotomi veya geniş çaplı endoskopik balon dilatasyonu ile tedavi edilebilir. Akalazya hastalarında daha etkili tedaviler için uygun olmayan hastalarda semptom palyasyonunu sağlamak için nadiren alt özofageal sfinktere botulinum toksini injeksiyonu uygulanır. Akalazya tedavisinde en yeni tedavi yöntemi, per-oral endoskopik

myotomi(POEM) dir. Diğer özofageal motilite bozuklukları, nitratlar, kalsiyum kanal antagonistleri ve çok nadir durumlarda botulinum toksini veya cerrahi myotomiye cevap verebilirler.

Odinofaji

Fırsatçı enfeksiyonlara bağlı sekonder odinofajide tedavi anti-infektifler üzerine kurulu iken ilaç (hap) özofajitinde ve kostik madde alımında, asit reflüsünü azaltmak için proton pompa inhibitörleri veya tahriş olmuş özofagusu kaplamak için süspansiyonlar kullanılabilir.

Anahtar noktalar

Disfaji

- Disfaji, tam özofageal tıkanıklık, havayoluna dikkat edilmesini ve acil endoskopik değerlendirme yapılmasını gerektirir. Kontrastlı radyografik tetkiklerden aspirasyon riski ve sonra yapılabilecek endoskopiye engelleyebilmesi nedeniyle uzak durulmalıdır.
- Orofaringeal disfaji, özofageal disfajiden hasta öyküsü ile ayırt edilir. Orofaringeal disfajisi olan hastalar, altta yatan hastalığa bağlı olarak kulak-burun-boğaz veya nöroloji uzmanı ile birlikte tedavi edilmelidir.
- Orofaringeal semptomlar en iyi floroskopik inceleme ile değerlendirilmekle birlikte özofageal semptomların değerlendirilmesine başlamak için en iyi yöntem endoskopi olup en iyi yöntem endoskopidir. Ayrıca motilite bozukluklarını motilite bozukluklarını araştırmak için manometri ve baryumlu yutma grafisi de sonrasında kullanılan tetkiklerdir.

Odinofaji

- Fungal etyoloji düşünülüyorsa ampirik antifungal tedavi mantıklıdır.
- Odinofajiyi değerlendirmede optimal test endoskopidir.

Vaka çalışmaları

Vaka 1

Astım öyküsü olan 32 yaşında erkek hasta acil servise altı saattir olan yutma güçlüğü ile başvuruyor. Biftek yedikten sonra şikayetleri başlamış ve tükürüğünü yutamayacak duruma kadar ilerlemiş. 2 ve 6 ay önce benzer şikayetleri olmuş ancak herhangi bir medikal tedavi gerekmeden kendiliğinden düzelmiş.

Fizik muayenede genel durumu iyi hasta dik oturur pozisyonda duruyor ve tükürüğü kovaya akıyordu. Başka herhangi bir anormallik yoktu. Laboratuvar testleri normaldi.