

# Akalazyada Beslenme

Selen MÜFTÜOĞLU

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

## TANIM

Akalazyada, alt özofagus sfinkterinde (AÖS) relaksasyon bozukluğu ile karakterize, özofagusun büyük bölümünde peristaltik dalgaların olmadığı primer bir motilite bozukluğudur. Akalazyada özofagusun en kolay tanı koyulabilen motor hastalığıdır. Yaklaşık 300 yıl önce tanımlanmış ve ilk dönemlerde kardiyospazm adı altında tanımlanmıştır. Daha sonra 1937'de Lendrum tarafından akalazyada (gevşemede yetersizlik) adını almıştır.

## EPİDEMİYOLOJİ

Akalazyada kronik bir hastalık olduğu için prevalansının insidansından daha yüksek olduğu görülmektedir. Genel olarak ırk ve çevresel etmenlerin akalazyada gelişiminde etken olduğu düşünülmektedir. Şöyle ki siyah ırkta görülme sıklığı oldukça düşüktür. Hastalık her iki cinste eşit oranda ve en sık 25-60 yaşları arasındaki bireylerde görülmektedir. Ailesel geçişli vakaların oldukça fazla olması nedeniyle genetik yatkınlık üzerinde de durulmaktadır. Akalazyada prevalansı ABD'de 1/100.000, Avrupa'da ise 7.1/100.000'dir. Buna göre akalazyanın oldukça nadir görülen bir hastalık olduğu söylenebilir.

## ETİYOLOJİ

Akalazyada herediter, otoimmün, dejeneratif ve infeksiyöz faktörlerin tümü etkilidir. Genel olarak akalazyadaki temel bozukluk; yutmaya cevap olarak AÖS'inin tam gevşemesin-

de yetersizlik ve özofagus düz kaslarında aperistaltizmdir. Kişilerde myenterik plexus içindeki gangliyon hücrelerinde kayıp, vagus sinirinde ve vagusun dorsal motor nükleusunda dejenerasyon gibi nöro-anatomik değişiklikler gözlemlenmektedir.

## KLİNİK BELİRTİLER

Akalazyanın klinik belirtileri; disfaji, regürjitasyon, göğüs ağrısı, kilo kaybı ve aspirasyon pnömonisidir.

### Disfaji

Akalazyanın en sık ve en erken görülen semptomudur. Kişiler hem katı hem de sıvıları yutamamaya başlar. Genel olarak yutma gücünün başlangıçta aralıklı ve hafif iken giderek artışı göstermektedir.

### Regürjitasyon

Özofagusta fazla miktarda yemek kaldığı zaman oluşan bir klinik belirtidir. Genel olarak hastaların yaklaşık %70'inde görülür. Regürjitasyon yatar pozisyonunda, uyku sırasında ve yemeklerden sonra çok daha sık görülmektedir.

### Göğüs Ağrısı

Hastalığın erken evresinde görülme sıklığı daha yüksektir ve akalazyada hastalarının yaklaşık üçte ikisinde görülen bir klinik durumdur. Tam olarak nedeni bilinmemekle birlikte özofageal

spazm veya hastalığın ilerleyen dönemlerinde özofagusun dilate olmasına bağlıdır. Ağrı substernal yanma, baskı veya basınç hissi şeklindedir ve genellikle kardiyak hastalıklar ve reflü hastalığındaki ağrı ile karıştırılmaktadır.

### **Kilo Kaybı**

Hastalığın erken dönemlerinde çok daha sık görülmekte ve daha çok yemek yemekten korkmaya bağlıdır. Eğer hastalar beslenme alışkanlıklarını ve besin tercihlerini hastalığa uyumlu şekilde değiştirirlerse bu klinik belirti ortadan kalkmakta ve hastalar eski vücut ağırlıklarına dönebilmektedirler.

### **Bronkopulmoner Komplikasyonlar**

Çoğunlukla regürjitasyona bağlı olup akalazyalı hastaların %10'unda görülmektedir. Bu komplikasyon disfajiden daha ciddi bir klinik durumdur.

## **TANI YÖNTEMLERİ**

Genel olarak akalazyaya tanısı için çeşitli görüntüleme yöntemleri ve manometre kullanılmaktadır. Görüntüleme yöntemlerinden akciğer grafisi, baryumlu grafi ya da endoskopinin yanı sıra hastaya tanı konulurken manometrik bulgular da göz önünde bulundurulmalıdır.

## **TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

Genel olarak akalazyaya için bugüne kadar uygulanan hiç bir tedavi yöntemi özofagusun kaybolan fonksiyonlarının tam olarak düzelmesini sağlayamamaktadır. Akalazyaya tedavisindeki en büyük ve en önemli amaç; özofagustan mideye geçişteki obstrüksiyonu düzelterek disfajinin ortadan kaldırılması ve hastalarda normal beslenmenin sağlanmasıdır. Tedavi basamakları hastadan hastaya değişiklik gösterse de genel olarak;

### **A. Farmakoterapi**

Başka tedavi yöntemlerinin uygulanamayacağı hastalarda ve hasta asıl tedaviye hazırlanırken beslenmenin düzeltilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Kalsiyum kanal blokörleri ve nitratlar yemekten önce alınarak disfajinin eşlik ettiği hastalarda düz kaslar üzerine gevşetici etkileri sayesinde AÖS basıncını azaltarak parsiyel rahatlama sağlamaktadır.

Antikolinergikler, sublingual nitrogliserin, amilnitrit, teofilin ve beta-2 agonistleri ve bunun gibi bir çok ilaç hastaların durumlarına göre sıklıkla kullanılmaktadır.

### **B. Botulinum Toksini**

*Clostridium botulinum*'dan elde edilen *Botulinum* toksini bu hastalarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. Etki mekanizması; kolinerjik nöronlarda asetilkolinin presinaptik bölgeden salınımını irreversible inhibe ederek sinaptik iletim blokajı yapmaktadır. Ancak yeni aksonların büyümesiyle bu etki ortadan kalkar. Genel olarak bir yıl sonunda etkisinin kaybolması ve pahalı olması nedeniyle genel durumu kötü, pnömotik dilatasyon veya diğer tedavi yöntemlerini tolere edemeyen hastalarda kullanılmaktadır.

### **C. Pnömotik Dilatasyon**

Pnömotik dilatasyon için 3, 3.5, 4 cm çaplarında polietilen balon dilatatörler kullanılmakta ve sirküler kas tabakasında yırtıklar oluşturularak kalıcı iyileşmeler sağlayabilmektedir. Pnömotik dilatasyona akalazyalı hastalarında olumlu cevap %60-85 oranındadır. Hastaların %50'sinde 5 yıl içinde birden fazla dilatasyon operasyonu gerekebilmektedir. Ancak seans sayısı arttıkça hastaların olumlu cevap oranı düşmektedir.

### **D. Cerrahi Tedavi**

Tüm bu tedavi işlemlerinin yanı sıra özofagusta iyileşme sağlamak ve disfajiyi düzeltmek amacıyla AÖS sirküler kasına myotomi yapılarak cerrahi tedavi de bir seçenektir. Cerrahi tedavi ile hastalarda %70-90 oranında düzelme sağlanabilmektedir. Medikal tedavi ile cerrahi tedavi karşılaştırıldığında; farmakolojik tedavi güvenilir ve kolaydır; ancak tedaviye cevap son derece azdır. Günümüzde akalazyada primer tedavi pnömotik dilatasyon veya laparoskopik myotomi ameliyatıdır.

## **AKALAZYADA BESLENME TEDAVİSİ**

Her hastalıkta olduğu gibi akalazyaya için de uygulanacak olan beslenme tedavisi oluşturulurken, hastadan ayrıntılı bir diyet öyküsü alınmalı, hastaların şikayetleri göz önünde bulundurulmalı ve besinler hastadaki şikayetlerin düzeyine göre dikkatle seçilmelidir.

Genel olarak bu hasta grubundaki diyet protokolü aşağıdaki gibidir;

- Posası az, yumuşak besinler verilir.
- Az az, sık sık yemeklerinin önemi anlatılır, bu nedenle öğün sayısı 6-8'e çıkarılır.
- Besinlerin oldukça iyi çiğnenmesi gerektiği ayrıntılı bir şekilde anlatılır.

- Tüketilen her lokma sonrası bir miktar su alınması önerilir.
  - Sorun oluşturabilecek besinler örneğin gazlı içecekler, kızartma, koyu çay, kahve, alkol, baharat türleri, sirke ve hardal diyetten çıkarılır.
  - Çok sıcak ve çok soğuk yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi gerektiği anlatılır.
- Tüm bunların dışında hastalar yeterli beslenememe durumunda gelişen beslenme yetersizliklerinin engellenebilmesi için hastaya uygun enteral solüsyonlarla destek beslenme uygulanır.

## KAYNAKLAR

1. Gürkan, Fuat, et al. "Süt çocuğunda tekrarlayan akciğer enfeksiyonunun nadir bir nedeni: Akalazya." Genel Tıp Dergisi 17.1 (2007): 47-49.
2. Dağlı U, Alkım C. Özofagusun motor hastalıkları. Gastroenteroloji. Özden A ed 1. Baskı Türk Gastroenteroloji Vakfı 2002; 21-7.
3. Yurci A, Özbakır Ö. "Özofagus Fonksiyonları ve Motilite Bozuklukları." Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics 2.2 (2009): 9-22.
4. Richter JE. Achalasia. The Esophagus. 4'th edition. Ed: Castell DO, Richter JE. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins, 2004:221-261.
5. Mayberry JF. Epidemiology and demographics of achalasia. Gastrointestinal Endosc N Am 2001,11:235-247.
6. Woodfield CA, Levine MS, Rubesin SE, Langlotz CP, Laufer I. Diagnosis of primary versus secondary achalasia. AJR 2000;175:727-31.
7. Peterson WG. Etiology and pathogenesis of achalasia. Gastrointest Endosc Clin N Am 2001;11:249-66.
8. Vantrappen G, Hellemas J. Treatment of achalasia and related motor disorders. Gastroenterology 1980; 79: 144.
9. Goldenberg SP, Burrell M, Fette GG, Vos C, Traube M. Classic and vigorous achalasia: A comparison of manometric, radiographic and clinical findings. Gastroenterology 1991;101:743-48.
10. Eckardt VF. Clinical presentations and complications of achalasia. Gastrointest Endosc Clin N Am 2001;11:281-92.



MARTIN LUTHER  
(1483-1546)

Yalan kartopuna benzer, yuvarlandıkça büyür.