

NON-KARDİAK GÖĞÜS AĞRISI VE ÖZOFAGUS

Erol Kesim

Göğüs ağrısı gerek hastalar gerekse hekimler tarafından ciddiye alınan bir semptomdur. Hayatı tehdit eden bir kalb hastalığının göstergesi olabilir. Klinik olarak bir koroner hastalığının düşünüldüğü, ancak kardiyak stress testleri ve koroner anjiyografiyi de içeren geniş kapsamlı tetkikler sonunda bir kalb hastalığının tesbit edilemediği pekçok hasta bulunmaktadır (10,12).

Kalb dışı nedenlere bağlı göğüs ağrısı çeken hastalarda, özofajial motor bozukluklarının sıklıkla bulunması son yıllarda dikkati çekmiş ve özofagusun motor hastalıklarına ilgiyi arttırmıştır (2). Gerek manometrik inceleme tekniğindeki gelişmeler ve gerekse artan sıklıkla bu incelemelerin yapılması sonucu özofajial motilite bozuklukları hakkında (Ö.M.B.) bilgilerimiz artmakta ve bu durumları daha belirleyici karakterleri ile tanımaktayız.

Tekrarlayan göğüs ağrısının klinik değerlendirilmesi önemli bir teşhis problemidir. Buna neden olarak, spektrumun bir ucunda klasik anjina pektoris ve diğer uçta pirozis bulunur. Ağrı, anjina pektorisde egzersiz ve eforla ilgili olması, kısa sürmesi ve istirahatla geçmesi ile; pirozis veya özofajial reflüksde ise substernal yanma hissi şeklinde olması, ekseriya yemekten sonra ve/veya sırtüstü yatınca ortaya çıkması, eforla ilgisiz olması, ayağa kalkmak veya antasid alınca rahatlama olması ile karakterizedir. Bu iki farklı uç arasında çok değişik tiplerde tekrarlayan göğüs ağrısı olabilir.

Anjina pectorise benzer göğüs ağrılarının değerlendirilmesi için kalb kateterizasyonu ve koroner anjiyografi son yıllarda artan sıklıkla uygulanmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde bu tip ağrılı hastaların % 10 - 30'unda koroner anjiyografileri normal bulunmuş ve ağrılarının kalb kökenli olmadığı gösterilmiştir (10,12). Yine son yıllarda, bu göğüs ağrılarının kaynağının özofagus olabileceğine dair yoğun

* A.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

çalışmalar yapılmıştır (2,8). Akalazyaya ve diffüz özofajial spazmda (D.Ö.S.) göğüs ağrılarının olduğu klasik olarak biliniyordu. Bunlara ilave olarak, son yıllarda primer özofajial motor bozukluklarına Nutcracker özofagus (N.Ö.) Hipertansif özofagus alt sfinkteri (H.Ö.A.S.) ve sınıflandırılmayan geniş bir grup olup, Nonspesifik özofajial motilite bozuklukları (N.Ö.M.B.) tarif edilerek yeni bir sınıflandırma yapılmıştır (9).

Primer özofajial motor bozukluklar veya özofagusun motor hastalıkları, özofagusun normal motilitesindeki düzensizlikleri/bozuklukları içerir. Peristaltik hareketlerin veya özofagus alt sfinkterinin (Ö.A.S.) fonksiyonunun nörohümorale veya müsküler kontrolündeki bir kesilme, bir bozulma neticesi ortaya çıkar.

Bu makalemizde, primer Ö.M.B. sınıflandırılmasında ve manometrik kriterlerindeki yenilikleri gözden geçirip, izah edilemeyen göğüs ağrılarında özofagusun bu motilite bozukluklarının düşünülmesini ve özellikle manometrik incelemesinin yapılmasının önemini belirtmek istiyorum.

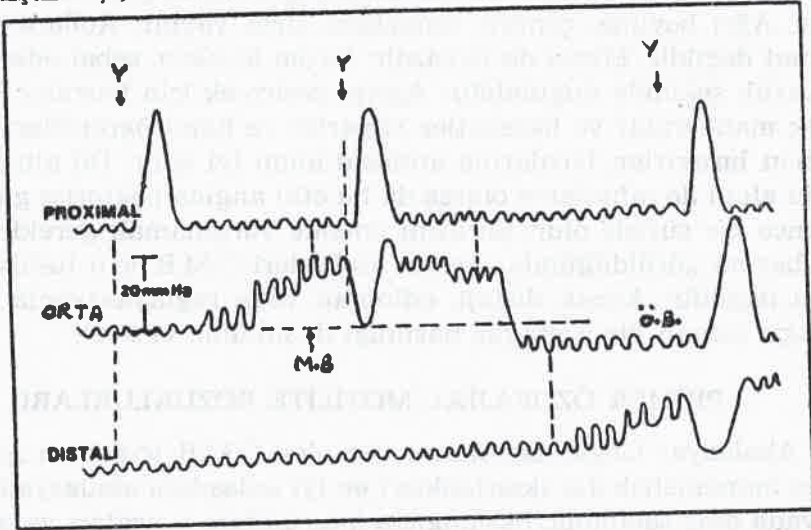
ÖZOFAJIAL MANOMETRİ - MOTİLİTE

Primer Ö.M.B.'nin teşhisinde kullanılan testler içinde en önemlisi özel kateterler kullanılarak intraözofajial basıncın en az üç bölgede birden, aynı zamanda -stimültane- ölçüldüğü özofajial motilite çalışmasıdır (3,5). Kateter önce mideye geçirilir, sonra 5 cm aralıklı delikleri istenilen pozisyonda yerleşene kadar yavaş yavaş çekilerek intraluminal basınçlar kaydedilir. Bolusun özofagusda ilerleyişi peristaltik karakterde propulsif müsküler kontraksiyon dalgaları ile beraberdir. İşte bu kontraksiyonların yaptığı lümen içi basıncı ölçerek özofagusun motor fonksiyonu -motilitesi- gösterilir.

Normalde, peristaltik kontraksiyon dalgasının hızı 3-5 cm/sn olup manometrik kayıta sıralı monofazik basınç dalgası (40-50 mmHg) şeklinde görülür. Ö.A.S.'i, yutma dışında, mide basıncından 15-30 mmHg daha fazla basınç gösteren bir «yüksek basınç bölgesi» olarak gözlenir (bazal tonus).

Bazal intraözofajial basınç, bazal intragastrik basınçtan daha düşüktür. Mideden özofaja reflüksü önleyen en önemli faktör Ö.A.S. basıncıdır. Ö.A.S. tonusunun «bazal», «gevşeme» ve yutma sonu kontraksiyon» olmak üzere üç durumu vardır. Peristaltik dalganın üst

özofagusda başladığı andan sonraki 2 saniye içinde bazal Ö.A.S. tonusu mide basıncı seviyesine (sıfıra) kadar, progressif olarak 4-5 saniyede düşer (Tam, % 100 relaksasyon). Çok kısa bir süre sfinkter gevşek kalır, sonraki 3-4 saniye içinde tekrar bazal seviyeye döner ve peristaltik dalga üstünden gelip geçtikten, bolus mideye indikten sonra da 2-3 saniye süren bir «yutma sonu kontraksiyon» görülür. Daha sonra bazal seviyesine tekrar döner. Bu ilişkiler şekil 1'de gösterilmiştir (3,5).



Şekil 1 : Normal manometrik çalışma. Intraluminal kateter delikleri 5 cm. aralıktadır. Kateter mideden özofagusu doğru çekilirken orta delik Ö.A.S. inden geçmekte ve onu göstermektedir. Yutmaya cevap olarak Ö.A.S. tam gevşemekte, en sağda görüldüğü gibi kateter delikleri özofagusda olduğunda peristaltik kontraksiyonlar görülmektedir.
Y : Yutma. MB : Mide basıncı. Ö.B. : Özofagus basıncı.

ÖZOFAGUS KAYNAKLI GÖĞÜS AĞRISI

Özofajial göğüs ağrısı Pirozis, odinofaji ve Ö.M.B'da görülen spontan ağrı şeklinde sınıflandırılabilir. Pirozis, mide kapsamının özofagusu reflüksü ile oluşan substernal yanma şeklinde bir ağrıdır. Sıklıkla ağıza asit mide kapsamının regürjitasyonu ile birlikte. Ancak reflükse bağlı distal özofajial spazmın oluşturduğu ağrı da görülebilir. Odinofaji, yutma esnasında görülen bir ağrıdır ve ayırımı kolaydır. Spontan göğüs ağrısı, özofajial motor bozukluklarda göze çarpan başlıca semptom olabilir. Uzamış ve kuvvetli müsküler kontraksiyon-

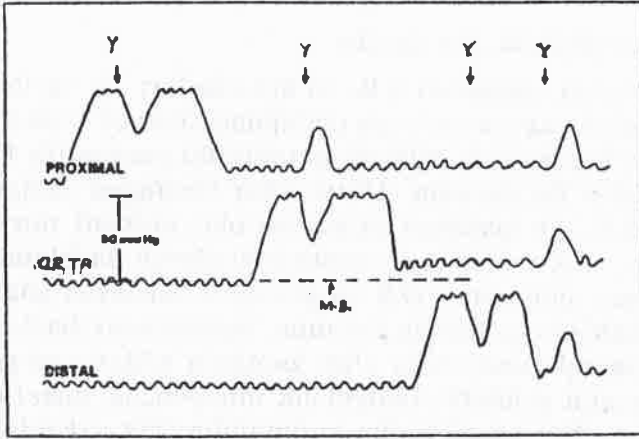
lar, luminal distansiyon ve mukozal asidifikasyon ağrısı doğuran sebeplerdir. Ağrı genellikle retrosternal ve orta hatta duyulur ve yukarı, boyuna doğru yansır. Göğüs ağrıları, anjina pektorisde görülene benzer, çoğu kez karıştırılabilir. Ağrının başlaması ekseriye birdenbire, aniden olursa da bazen yiyecek alımı, soğuk içeceklerle de ilgili olabilir. Bazen gece uykudan uyandıran şiddetli ağrı şeklinde de görülebilir. Ağrı epizodları birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir. Çok az olguda, sık sık, devamlı göğüs ağrısı şeklinde de görülebilir. Ağrı boyuna, çeneye, omuzlara, sırtta yayılır. Kollara yayılma mutad değildir. Eforla da ilgisizdir. Bazen iç sıkıcı, sebat eden bir rahatsızlık şeklinde duyulabilir. Ağrıyı geçirmek için hastalar bazı değişik manevralar ve hareketler yaparlar ve bunu öğrenirler. Yemeği hemen bırakırlar, bazılarında antiasid alımı iyi gelir. Dil altı nitrogli-serin alımı ile rahatlatma olursa da bu etki angina pektorisde göre daha uzunca bir sürede olur. Şurasını önemle vurgulamak gerekir ki yalnız başına görüldüğünde ağrının özellikleri Ö.M.B. için teşhis koydurucu değildir. Ancak disfaji, odinofaji veya regürjitasyonla birlikte olduğu zaman bir özofagus hastalığı düşünülür (4,5-13):

PRİMER ÖZOFAJIAL MOTİLİTE BOZUKLUKLARI

Akalazyaya : Göğüs ağrısına neden olan Ö.M.B. içinde en iyi bilineni ve manometrik karakteristikleri en iyi anlaşılanı akalazyadır. Akalazyada esas semptom, başlangıçta intermittan, sonraları yavaş progresyon gösteren hem katı hem de sulu gıdalara karşı olan disfajidir. Hastaların 1/3'ünde göğüs ağrısı da görülür. Hastalık ilerledikçe ağrı daha az görülür. Şiddetli göğüs ağrısına neden olan vigorous kontraksiyonlar, genç hastalarda ve akalazyanın ilk yıllarında en sık görülür (vigorous akalazyaya). Bu simultane kontraksiyonlar ileriki yıllarda spontan olarak veya pnömotik dilatasyondan sonra kaybolabilir.

Özofagusun normal motilitesi değişmiştir. Manometrik olarak teşhis kriterleri : 1 - Distal özofagusda peristaltizma kaybolmuştur (aperistalsis). 2 - Ö.A.S.'de yutma sırasında görülmesi gereken relaksasyon kusurludur, tam değildir (A-Chalasis—Relaksasyon yokluğu). Bu esas kriterlere ilave olarak ekseriye Ö.A.S. basıncı artmıştır (30-50 mmHg). Özofaj içi basınç mide içi basıncına göre daha yüksek olabilir (Tablo 1). Normalde yutma esnasında Ö.A.S.'de tam % 100 relaksasyon olur (Residual basınç sıfırdır). Akalazyada ise % 40'dan az relaksasyon ancak olabilir. Ö.A.S. bölgesinde lokmanın önünde 30 mmHg dolaylarında üresidual basınç kalır. Özofagus gövdesinde kaybolan

peristaltik dalgalar yerine ekseriye küçük, simultane basınç dalgaları görülür. Vigorous akalazyada bu simultane kontraksiyon dalgaları yüksek amplitüdü ve uzunca sürelidir. Bu basınç ilişkileri şekil 2'de gösterilmiştir (3,6,9).



Şekil 2 : Akalazyada manometrik trase : Yutmaya cevap olarak Ö.A.S. tam relaksasyon göstermiyor ve en sağda görüldüğü gibi peristaltik aktivite yerine simultane dalgalar görülüyor.

DİFFÜZ ÖZOFAJİAL SPAZM

Semptomatik diffüz özofajial spazm klinik olarak intermittent göğüs ağrısı ve/veya disfaji nöbetleri ile karakterizedir. Disfaji olgularının % 70'inde, göğüs ağrısı % 90'ında görülür. % 20 olguda hakim semptom angina pectorisi taklit eden göğüs ağrısıdır. Hastaların çoğu, önce kardiyoloji kliniklerine müracaat ederler. Manometrik teşhis kriterleri üzerinde değişik görüşler varsa da son yıllarda yapılan çalışmalarda gösterilen değişmez bulgusu normal peristaltizm içinde simultane kontraksiyonların görülmesidir (Tablo 1). Bu kontraksiyon dalgaları peristaltik değildir, özellikle distal özofagusda görülürler. Tekrarlayan kontraksiyonlar (iki - üç pikli), yüksek amplitüdü kontraksiyonlar veya uzun süreli kontraksiyonlar şeklinde görülürler.

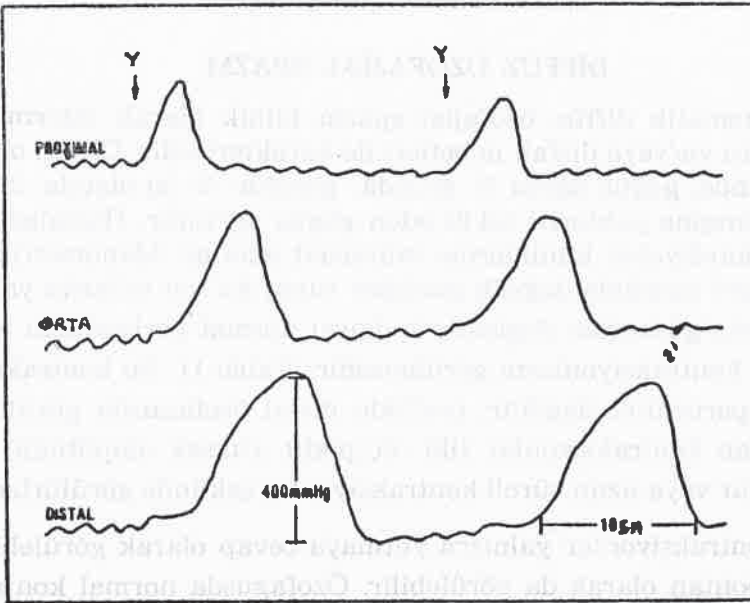
Bu kontraksiyonlar yalnızca yutmaya cevap olarak görülebileceği gibi, spontan olarak da görülebilir. Özofagusda normal kontrolün kaybı ve peristaltik paternin değişmesi ile tam bir «özofajial kaos» görülür. Önemli bir husus, bu manometrik bulgular normal peristal-

tik aktivite arasına serpilmiş bir şekilde intermittent olarak görülürler (5,9). Teşhis için bu simultane kontraksiyonların, sulu yutmaların % 10'undan çoğunda bulunması gerekir (17).

NUTCRACKER ÖZOFAGUS (N.Ö.)

(Yüksek amplitüdü Peristalsis)

İlk defa 1979'da Benjamin S.B. ve arkadaşları (1) ve daha sonra diğerleri (2), göğüs ağrısı ve/veya disfajiden şikayet eden hastaların bir gurubunda, özofagusda yüksek amplitüdü peristaltik kontraksiyonlar gösterdiler. Bu duruma «Nutcracker Özofagus» adını verdiler (1). Primer Ö.M.B. için insidensi en yüksek olan bu yeni durum «fazla sıkıcı özofagus» (super squeezer esophagus) olarak da isimlendirilebilir. Çoğunda esas semptom Ö.D.S.'da görülene benzeyen göğüs ağrısıdır. Bir kısım vak'ada disfaji de bulunur. Semptomlar başlangıçta intermittent ve seyrek aralıklarla olur, zamanla sıklaşır ve şiddeti artar, hemen her gün gelebilir. Radyolojik muayenede, distal özofagusda diffüz spazma benzer görünüm bulunabilir (1/3 vak'ada). Karakterize eden manometrik bulgu : Yüksek amplitüdü peristaltik dalgaların görülmesidir (Şekil 3). Bütün yutma cevap dalgaları peristaltik-



Şekil 3 : Nutcracker özofagus : Manometrik incelemede yutmayı takiben yüksek amplitüdü, uzun süreli peristaltik kontraksiyonlar.

dir. En az on sulu yutmada görülen peristaltik dalgaların ortalama amplitüdü 180 mmHg veya daha yüksek olmalıdır. Tek pik kontraksiyon amplitüdünün de 200 mmHg'den yüksek olması gerekir (3,9). Bunun yanında kontraksiyon süresi 6 saniyeden uzun olabilir veya olmayabilir de (Tablo 1). Bazı olgularda Ö.A.S. basıncı yüksek bulunmuş, bazılarında ise gastroözofajial reflüks olduğu gösterilmiştir (17).

HİPERTANSİF ÖZOFAGUS ALT SFINKTERİ

Özofagus alt sfinkterinin yüksek tonus göstermesi özofagusun birçok motor bozukluğunda beraber bulunabilir. Bunlar olmadan da bazı olgularda yalnız başına, 40-60 mmHg'dan daha yüksek Ö.A.S. istirahat tonusu gösteren, çoğu kez göğüs ağrısı ve bazen ilave olarak disfaji ile karakterize ayrı bir antite tarif edilmiştir. Bu olgularda, yutmaya cevap olarak sfinkter relaksasyonu tamamiyle normaldir ve gövdede normal peristaltik aktivite görülür (Tablo 1).

NONSPEŞİFİK ÖZOFAJİAL MOTİLİTE BOZUKLUKLARI

Non-kardiak göğüs ağrılı hastaların büyük bir çoğunluğunda, yukarıda sayılan dört bozukluktan herhangi birine uymayan manometrik değişiklikler bulunmuştur. Bunlar tekrarlayan kontraksiyonlar, izole uzun süreli kontraksiyonlar, iki-üç başlı kontraksiyonlar, spontan kontraksiyonlar veya bunların çeşitli kombinasyonları şeklinde görülebilir. Bu geniş grub «nonspesifik özofajial motilite bozukluğu» (N.Ö.M.B.) adı altında toplanmaktadır (9) (Tablo 1).

GÖRÜLME SIKLIĞI

Son yıllarda, göğüs ağrısının değerlendirilmesi için koroner anjiyografi sıklıkla kullanılmaktadır. 1980'de A.B.D.'de yaklaşık 500.000 kişiye koroner anjiyografi yapılmış ve çeşitli kardiyoloji literatüründen anlaşıldığına göre bunların % 10-30'unda göğüs ağrısı nedeni olarak bir kalb hastalığının olmadığı gösterilmiştir (11,16).

Diğer taraftan, son yıllarda yoğun çalışmalarla gösterildiği gibi non-kardiak göğüs ağrılarının % 50'ye yakını özofajial kaynaklıdır (3,7). Bu hastaların çoğunda gastroözofajial reflüks vardır. % 30-40'ında özofajial motilite bozuklukları bulunmuştur (2,3).

Primer özofajial motilite bozukluklarının relatif insidenslerinde de son yıllardaki çalışmalarla tablo oldukça değişmiştir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalarda, normal koroner anjiyografi gösteren göğüs ağrılı

hastaların 1/3'ünde diffüz özofajial spazm olduğu bildirilirken (2) bu oran son çalışmalarda % 10'a düşmüştür. Göğüs ağrısından sorumlu motilite bozukluklarının başında N.Ö. ve N.Ö.M.B.'ı gelmektedir (3,9) (Tablo 2).

Tablo I : Özofajial motilite bozukluklarda manometrik kriterler (9,17)

-
- 1 — Akalazya
 - a) Özofagus gövdesinde peristaltik hareketlerin olmaması**
 - b) Özofagus alt sfinkterinde (Ö.A.S.) relaksasyonun olmaması**
 - c) Ö.A.S. basıncının yüksek olması*
 - d) İstirahat halinde özofaj içi basıncın mide içi basıncından yüksek olması*
 - 2 — Diffüz özofajial spazm (D.Ö.S.)
 - a) Simultane nonperistaltik kontraksiyonlar (Sulu yutmaların % 10'undan çoğunda)**
 - b) Normal peristaltik periodlar**
 - c) Spontane ve/veya tekrarlayan kontraksiyonlar*
 - d) Ö.A.S. basıncı ve fonksiyonu normaldir (1/3 olguda yüksek olabilir)*
 - 3 — Nutcracker Özofagus
 - a) Distal özofagusda ortalama peristaltik dalga amplitüdü >180 mmHg**
 - b) Pik kontraksiyon amplitüdünün 200 mmHg'den yüksek olması**
 - c) Normal peristaltik aktivite**
 - d) Kontraksiyon dalga süresinin uzaması (>6 sn)*
 - 4 — Hipertansif Ö.A.S.
 - a) Ö.A.S. basıncının 40 mmHg'dan yüksek olması**
 - b) Normal Ö.A.S. relaksasyonu**
 - c) Normal peristalsis*
 - 5 — Non Spesifik Özofajial Motilite Bozuklukları
 - a) Üçlü pik gösteren kontraksiyon dalgaları
 - b) Simultane kontraksiyonlar (sulu yutmaların < % 10)
 - c) Spontane kontraksiyonlar
 - d) İzole, uzun süreli kontraksiyonlar
-

** : Teşhis için şart

* : Ekseriye bulunur, teşhiste şart değil

Tablo II : Non kardiak göğüs ağrılı hastalarda özofaj motilite bozukluklarının
relatif sıklığı (3)

Akalazya	% 5
D.Ö.S.	% 12
Nutcracker Ö.	% 38
Hipertansif Ö.A.S.	% 12
N.Ö.M.B.	% 33

PROVAKATİF TESTLER

Non-kardiak göğüs ağrılı hastaların özofajial manometrik incelenmesinde, bir kısmında özofajial motilite bozuklukları, çoğunda ise normal manometrik bulgular elde edilmektedir. Motilite bozukluğu bulunanlarda bile inceleme sırasında göğüs ağrısı olmayabilir. Göğüs ağrısının motor bozukluklarla ilişkisi olup olmadığını, normal trase gösterenlerde motor bozukluk veya motor bozuklukla birlikte göğüs ağrısının da meydana çıkıp çıkmadığını gösterecek provokatif testler önerilmiştir.

Soğuk içeceklerin, D.Ö.S.'lı hastalarda ağrıyı provake ettiği biliniyordu (6). İntravenöz erganovine hem ağrıyı hem özofajial spazmı ortaya çıkarabilir. koroner arterlerde spazm yapması nedeniyle tehlikeli olabilir ve halen kullanımı çok sınırlıdır. Bethanechol ve pentagastrin de provokatif ajan olarak kullanılmıştır. Ancak doğruluk derecesi ve spesifikliğı, soğuk içecek testi gibi düşüktür.

Bir kolinesteraz inhibitörü olan edrophonium (Tensilon), koroner arterlerde spazm yapmaması ve diğer yan etkilerinin olmaması nedeniyle, bugün için en seçkin provokatif ajan olarak görülmektedir. «Altın standart» değerde olmasa bile nonokardiak göğüs ağrılı hastalarda, ağrı nedeninin özofajial motor bozukluktan olup olmadığını gösteren kıymetli bir ajandır. Normal kontrollerde göğüs ağrısına neden olmazken, göğüs ağrısı özofajial motilite bozukluğuna bağlı olanlarda, göğüs ağrısını meydana çıkarmaktadır. Genelde 80 mg/kg. dozda kullanılmaktadır (3,14).

Burada, özellikle ayırıcı tanıda, önemli bir hususu vurgulamak istiyorum. Özofajial kaynaklı göğüs ağrısı birçok hastada gastroözofajial asid reflüksüne bağlı olabilir. Reflükslü hastalarda, düşük Ö.A.S. basıncına ilave olarak sıklıkla alt özofagusda motilite bozuklukları görülür. Peristaltik dalga amplitüdüleri düşük olabilir. Ayrıca göğüs

ağrısına neden olan spastik kontraksiyonlar da olabilir. Bu hastalarda Tensilon testi negatiftir. Bu olgularda Berns tein testi (intra özofajial asit testi) uygulandığında göğüs ağrısı duyulur. Göğüs ağrısı nedeninin kronik gastroözofajial reflükse bağlı olup olmadığının ayırımında kullanılan spesifik bir testtir (3-14).

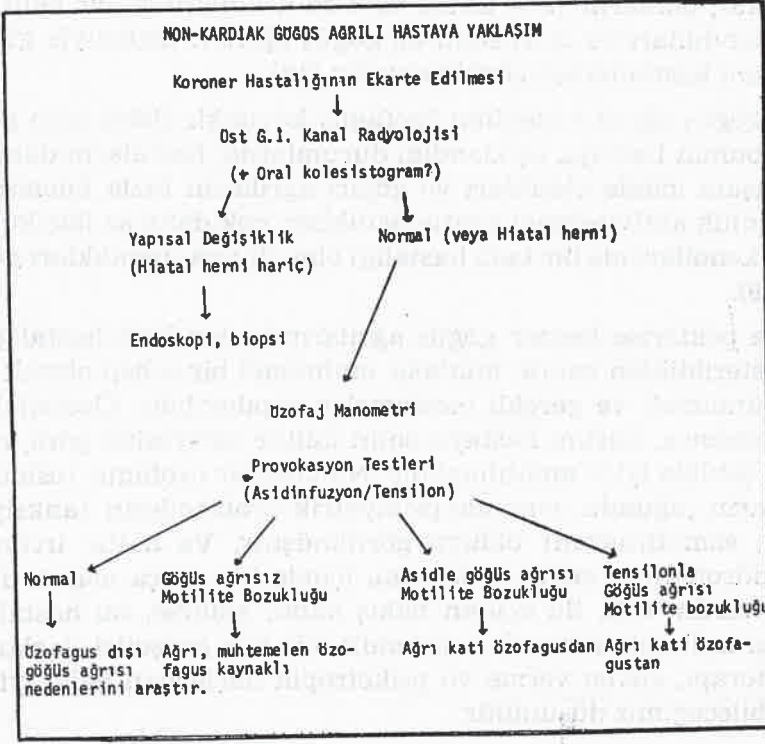
HASTAYA YAKLAŞIM VE TEŞHİS

Özofagus motilite bozukluğu düşünülen bir hastada disfaji ve/veya odinofaji ön planda ise, ilk yapılacak şey çift kontrast özofagogramdır. Orofarinjal, üst özofagus ve özofajial üst sfinktere ait patolojik durumlar en iyi bu metodla gösterilir. Alt özofagus ve kardiaya ait yapısal lezyonlar gösterilmiş ve şüphe edilmiş ise endoskopik inceleme ve gereğinde biopsi ile teşhise gidilir. Özofagogramda yapısal bir lezyon gösterilememişse, sonraki seçilecek prosedür özofajial manometri olmalıdır. Bazal manometrik inceleme normal ise endoskopi ve reflüks testleri ilave edilmelidir.

İntermittant göğüs ağrısının ön planda olduğu olgular ya kardioloji kliniklerinden, herhangi bir kalb hastalığı olmadığı incelemelerle gösterildikten sonra gönderilmişlerdir veya doğrudan gastroenteroloji kliniğine müracaat etmişlerdir. İkinci grubda ilk yapılacak şey koroner anjiyografi dahil geniş kapsamlı olarak kardiyolojik inceleme yapılmalı ve bir kalb hastalığı, özellikle koroner hastalığı ekarte edilmelidir (Şekil 4). Daha sonra üst gastrointestinal kanalın radyolojik incelemesi yapılmalıdır. Bazı durumlarda safra kesesinin radyolojik ve/veya ultrasonografik incelenmesi de uygun olur.

Herhangi bir yapısal değişiklik bulunmamışsa özofajın manometrik incelemesi yapılır. Bazal inceleme ile yetinmemelidir. Birlikte provakatif testleri de uygulamalıdır. Bunlardan birincisi asid infüzyon testi (Bernstein testi)dir. Eğer netice normalse, aside hassas özofagus, dolayısıyla göğüs ağrısı nedeninin gastroözofajial reflüks olması ekarte edilmiş olur. Test pozitif ise, yani asid infüzyonu ile göğüs ağrısı oluşursa, nonkardiak göğüs ağrısı kaynağı özofagusdur ve neden de asit reflüksüdür şeklinde değerlendirme yapılır.

Asid infüzyon testi ile göğüs ağrısı oluşmamışsa ikinci provakasyon testi olarak Tensilon testi uygulanmalıdır. Test sırasında manometrik olarak herhangi bir primer özofajial motilite bozukluğu örneği çıkar, fakat göğüs ağrısı görülmezse, nonkardiak göğüs ağrısı kay-



Şekil 4 : Özofagusla ilgisinden şüphelenilen intermiten göğüs ağrısında yapılacak incelemelerin sıralaması.

nağının «muhtemelen» özofagus olduğu şeklinde değerlendirilir. Eğer motilite bozukluğu ile birlikte göğüs ağrısı da oluşursa, ağrı kat'i olarak özofagustan kaynaklanıyor demektir (9). Yenilerde bu kriterlere göre yapılan bir çalışmada (18) nonkardiyak göğüs ağrılı 119 hastanın 63'ünde (% 53) göğüs ağrısı kaynağının özofagus olduğu bildirilmiştir. Ancak bu 63 hastanın % 41.3'ünde testler sonunda göğüs ağrısı görülmeden yalnızca motilite bozuklukları görülmüştür. Bunların da yarısından çoğu «Nutcracker Özofagus» örneği gösteriyordu. Halen biz de kliniğimizde non-kardiyak göğüs ağrılı hastalarda bu kriterlere göre çalışmayı başlatmış bulunmaktayız.

Kardiyolojik incelemelerle kalb hastalığı olmadığı gösterilen, fakat anjinal tipte göğüs ağrısından şikayet eden hastalarda prognoz iyidir (10). Ancak kalbe ait bir sebep bulunmasa bile, izah edilemeyen göğüs ağrısı çeken hastalar için bu, bir anksiyete ve korku kaynağı

olmakta (19), bunların % 44'ünün, yine de kendilerinde bir kalb hastalığına inandıkları ve % 47'sinin de göğüs ağrıları nedeniyle günlük aktivitelerini kısıtladıkları görülmektedir (12).

Oysa göğüs ağrısı nedeninin özofagus kaynaklı olduğunun gösterildiği ve bunun hastaya açıklandığı durumlarda, hastaların daha rahat bir yaşam içinde oldukları ve göğüs ağrıları fazla önemsemedikleri, günlük aktivitelerini kısıtlamadıkları, çok daha az ilaç kullandıkları ve kendilerinde bir kalb hastalığı olmadığına inandıkları görülmüştür (18).

Anjina pektoris benzer göğüs ağrılarında, bir kalb hastalığı olmadığı gösterildikten sonra, mutlaka muhtemel bir sebep olarak özofagus düşünülmeli ve gerekli incelemeler yapılmalıdır. Özofajial bir neden bulununca, durum hastaya onun kültür seviyesine göre, anlayabileceği şekilde iyice anlatılmalıdır. Nutcracker özofagus tesbit edilen hastaların çoğunda, zeminde psikiyatrik problemlerin (anksiyete, depresyon, somatizasyon) olduğu görülmüştür. Ve hatta, irritable barsak sendromunun geniş spektrumu içinde bir parça olarak düşünenler de vardır (15). Bu açıdan bakış kabul edilirse, bu hastaların tedavisinde kullanılmakta olan sistemik düz kas gevşetici ilaçlardan çok, psikoterapi, güven verme ve psikotropik ilaçlardan daha iyi neticeler alabileceğimiz düşünülür.

ÖZET

Kalb dışı nedenlere bağlı tekrarlayan göğüs ağrısı çeken hastalarda özofajial motor bozukluklar sıklıkla bulunur. Bu makalede göğüs ağrısına neden olan özofajial motor bozukluklar ve onların manometrik teşhis kriterleri, yeni sınıflandırmaya göre gözden geçirildi. Nonkardiak göğüs ağrılarında, özofajial motor bozuklukların düşünülmesi ve hastalara prevokatif testlerle özofajial manometri yapılmasının önemi belirtilerek bu yolla hastaya daha faydalı olunacağı vurgulandı.

SUMMARY

Non-Cardiac Chest Pain And Esophagus

Esophageal motor disorders are frequently detected in the patients with intermittent non-cardiac chest pain. In this study, esophageal motor disorders which cause chest pain and their manometric diagnostic criteria were reviewed, in accordance with the new classi-

fication. We conclude that the esophageal motor disorders should be considered and manometric examination with provocative tests should be performed in order to have exact diagnosis in the patients with non-cardiac chest pain.

KAYNAKLAR

1. Benjamin SB., Gerhardt DC., Casteo DO. : High amplitude, peristaltic esophageal contractions associated with chest pain and/or dysphagia. *Gastroenterology* 1979 : 77. 478-483.
2. Brand DL., Martin D., Pope CE. : Esophageal manometrics in patients with angina-like chest pain. *Diges. Dis. Sc.* 1977. 22 : 300-304.
3. Castell DO. : Diagnosing and Treating noncardiac chest Pain. *Practical Gastroenterology* May/June. 1984, 22-26.
4. Clouse RE. : Motor disorder (Esophagus), in *Gastrointestinal Disease*. Sleisenger/Fordtran. WB Saunders Company Fourth edition. 1989, Sayfa : 559-593.
5. Cohen S. : Disease of the esophagus (in *Gastrointestinal Pathophysiology*) Edited by. Brooks F.B. Oxford Univ. press 1974. London, Sayfa : 53-82.
6. Cohen S. : Motor disorders of the esophagus *N. Engl. J. Med.* 301 : 184-192, 1979.
7. De-Meester TR. et al. : Esophageal function in patients with angina-type chest pain and normal coronary angiograms. *Ann. Surg.* 196 : 488-498, 1982.
8. Ferguson SC., Hodges K., Hersh T. et al. : Esophageal manometry in patients with chest pain and normal coronary arteriogram. *Am. J. Gastroenterol.* 1981 : 75 : 124-127.
9. Katz PO., Castell DO. : Esophageal motility disorders. *Am. J. Med* : 290 : 61-69, 1985.
10. Kempt HG., Vokonas PS., Cohn PF., Garbin R. : The anginal syndrome associated with normal coronary arteriogram - report of 6 year experience. *Am. J. Med.* 54 : 735-742, 1973.
11. Neill WA., Judkins MP., Dhindsa DS. et al. : Clinically suspect ischemic heart disease not corroborated by demonstrable coronary artery disease. *Am. J. Cardiol* 1972, 29 : 271-9.
12. Ockene JS., Shay MJ., Alpert JS. et al. : Unexplained chest pain in patients with normal coronary arteriogram in a follo-up study of functional status. *N. Engl. J. Med.* 303 : 1249-1252, 1980.
13. Pope II CE. : Heartburn, Dysphagia and other esophageal symptoms in *Gastrointestinal Disease* Vol : 1, Sleisenger/Fordtran. W.B. Saunders Company Fourth edition. 1989, sayfa : 200-203.
14. Richter JE., Hackshaw BT., et al. : Edrophonium : A useful provocative test for esophageal chest pain. *Ann. Intern Med.* 1985, 103 : 14-21.

15. Richter JE., Obrecht WF., Bradley LA., Young LD., Andersan KO. : Psychological comparison of patients with Nutcracker esophagus and irritable Bowel Syndrome. *Dig. Dis. and Science* 31 : 131-138, 1986.
16. Ruwitch JF. Jr., Ludbrook PA., Burton ES. et al. : Angina with «normal coronary arteries». A misnomer. *Adv. Cardiol* 1977, 20 : 27-40.
17. Traube M., Albibi R., Mc Callum RW. : High amplitude peristaltic esophageal contractions associated with chest pain. *JAMA*, 1983, 250 : 2655-2659.
18. Ward BW., Vu, W.C., Richter JE., Hackshaw BT. and Castell DO. : Longterm follow-up of Symptomatic status of patient with noncardiac chest pain : Is diagnosis of esophageal etiology helpful? *Am. J. Gastroenterol* 82 : 215-218, 1987.
19. Weilgosz ET., Fletcher RH., Mc Conts CB. et al. : Inimproved chest pain in patients with minimal or no coronary disease . A behavioral phenomenon. *Am. Heart J.* 108 : 67-72, 1984.