

Disfagija

Dysphagia

Anja Rihtaršič*, Katja Novak

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 3: 39–44

Ključne besede: disfagija, ezofagealna disfagija, obstruktivske motnje, motilitetne motnje, diagnostika

Key words: dysphagia, esophageal dysphagia, obstructive disorder, motility disorder, diagnostics

IZVLEČEK

Disfagija je občutek zatikanja hrane in/ali tekočin pri požiranju, ki ga običajno povzročajo funkcionalne ali strukturne nepravilnosti ustne votline, žrela, požiralnika in/ali kardije želodca. Pomembno je razlikovati med orofaringealno in ezofagealno disfagijo zaradi različnih vzrokov, ki povzročajo težave, diagnostike in zdravljenja. Z orofaringealno disfagijo se ukvarjajo specialisti otorinolaringologije. Za opredelitev vrste in postavitev diagnoze ezofagealne disfagije se poleg natančne anamneze uporabljajo endoskopski pregled zgornjih prebavil, visokoločljivostna manometrija požiralnika in rentgensko slikanje požiralnika z barijevim kontrastnim sredstvom. Brez obsežne diagnostike disfagije ne smemo uvrstiti med funkcionalne motnje. Zdravljenje je usmerjeno in odvisno od vzroka za ezofagealno disfagijo.

ABSTRACT CAUSE FOR ESOPHAGEAL DYSPHAGIA

Dysphagia is defined as difficulty in swallowing of solids or/and liquids, which can be caused by functional or structural abnormalities in oral cavity, pharynx, esophagus and/or gastric cardia. It is important to distinguish between oropharyngeal and esophageal dysphagia due to potentially different etiology, diagnostics and treatment. Oropharyngeal dysphagia is managed by otorhinolaryngologists. In order to establish the etiology and to diagnose esophageal dysphagia patient history, endoscopic examination of upper gastrointestinal tract, high resolution esophageal manometry and x-ray imaging of esophagus with barium contrast are obtained. Functional dysphagia is a diagnosis of exclusion. The treatment depends on the cause for esophageal dysphagia.

*Anja Rihtaršič, dr. med.

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana
E-pošta: anja.rihtarsic@gmail.com

UVOD

Disfagija je občutek oteženega požiranja oziroma zatikanja hrane in/ali tekočine v predelu med ustno votlino in želodcem. Prevalenca disfagije narašča s starostjo. Glavni obliki sta orofaringealna in ezofagealna disfagija. Disfagija za trdo hrano najpogosteje kaže na obstruktivno motnjo, medtem ko se disfagija za tekočine in hrano pojavlja zlasti pri motilitetnih motnjah (1, 2).

RAZDELITEV DISFAGIJ

Disfagije delimo na dve glavni obliki, in sicer na orofaringealni in ezofagealno disfagijo.

Orofaringealna disfagija je definirana z oteženim premikanjem hrane ali tekočine iz ustne votline v požiralnik in se pojavi takoj na začetku požiranja. Ta oblika je prisotna pri obolenju struktur proksimalno od požiralnika (usta, žrelo, zgornji požiralnikov sfinkter) in je najpogosteje nevrološkega ali mišičnega izvora. Bolniki navajajo zastajanje hrane v ustih, ki je ne morejo pogoltniti, kašelj, aspiracijo, prekomerno slinjenje, zatekanje hrane/tekočine v nos in pridružene druge nevrološke motnje (3, 4). Z orofaringealno disfagijo se ukvarjajo specialisti otorinolaringologije.

Ezofagealna disfagija je običajno prisotna pri obstruktivskih ali motilitetnih motnjah požiralnika. Bolniki opisujejo občutek zatikanja hrane za prsnico ali nižje, ki se pojavi nekaj sekund po začetku požiranja (5). Najpogostejši vzroki so naštetih v Tabeli 1.

Tabela 1. Najpogostejši vzroki za ezofagealno disfagijo

Obstruktivske motnje požiralnika	Motilitetne motnje požiralnika
<ul style="list-style-type: none">• peptične strikture (GERB)• benigni in maligni tumorji• požiralnikovi obroči, membrane• tujki• eozinofilni ezofagitis• zožitve zaradi kavstičnih poškodb, obsevanj, infekcijskih bolezni• pritisk na požiralnik od zunaj	<ul style="list-style-type: none">• ahalazija• psevdohalazija• difuzni spazem požiralnika• hiperkontraktilni požiralnik• hipertenzivna peristaltika• hipomotilitetna peristaltika• zmanjšan tonus spodnjega požiralnikovega sfinktra

1. **Obstruktivske motnje požiralnika** povzročajo strukturne bolezni požiralnika ali strukture, ki pritiskajo na požiralnik od zunaj. Občutek disfagije povzroča zožitev lumna požiralnika, ki onemogoča normalen premik bolusa hrane po požiralniku v želodec. Pojavlja se lahko občasno (npr. Schatzkijev obroč) ali pa je stalno prisoten in se s časom stopnjuje (npr. tumor požiralnika, strikture). Zožitve zdravimo endoskopsko z dilatacijo ali z operativnim posegom.

Med **ekstrinzične obstruktivske motnje** spada zunanji pritisk na požiralnik, ki ga najpogosteje povzročajo nenormalno potekajoče velike arterije ali bolezenski procesi v mediastinumu (mediastinalna fibroza, povečana ščitnica ali bezgavke, tumorji, perikardni izliv, kostno-mišične abnormalnosti...) (3, 6).

Intrinzične obstruktivske motnje odkrijemo med endoskopskim pregledom zgornjih prebavil. V prispevku so naštetih najpogostejše oblike.

Peptične strikture (benigne zožitve nad gastroezofagealnim prehodom) so zaplet gastroezofagealne refluksne bolezni (GERB). Pogosto zatekanje želodčne vsebine v požiralnik povzroči poškodbo mukoze, ki se sprva kaže kot erozivni ezofagitis, postopoma pa lahko ob celjenju nastanejo strikture. Ob potrjenem refluksnem ezofagitisu (značilna endoskopska slika) uvedemo v zdravljenje zaviralec protonske črpalke. Bolniku svetujemo dietno prehrano in protirefluksne ukrepe. Z zdravljenjem poskusimo tudi v primeru negativnega izvida gastroskopije in sočasni prisotnosti zgage ali regurgitacije ob disfagiji. Za

razširitev striktur se uporablja endoskopska balonska dilatacija (5, 7).

Tumorji požiralnika so lahko benigni ali maligni. Med slednjimi sta najpogostejša adenokarcinom in ploščatocelični karcinom. Značilno je, da disfagija s časom hitro napreduje; sprva se pojavi med požiranjem trde hrane, kasneje pa lahko tudi pri pitju tekočin. Bolniki so pogosteje starejši moški z anamnezo kajenja in uživanja alkoholnih pijač, GERB in prekomerno telesno težo. Skupaj z disfagijo se pojavljajo slabši apetit, hujšanje, bruhanje, hripavost, bolečina ali celo krvavitev. Zdravljenje malignega tumorja požiralnika obsega glede na razširjenost resekcijo, obsevanje in kemoterapijo ali kombinacijo navedenih metod. Pri neresektabilnem tumorju lahko vstavimo na mesto tumorja samoraztezni stent (5, 8).

Tujke bolniki pred nastankom akutne disfagije zaužijejo. V tem primeru je potrebna nujna endoskopska razrešitev.

Požiralnikovi obroči (npr. Schatzkijev obroč) povzročajo občasno disfagijo zlasti ob požiranju slabo prežvečenega večjega kosa trde hrane.

Prirojene zožitve požiralnika v obliki sluzničnih membran so zelo redke in nastanejo zaradi nenormalnega embrionalnega razvoja. Najpogosteje se pokažejo že takoj po rojstvu ali v prvih letih življenja (9).

Zožitve so lahko tudi posledica vnetja požiralnika ob kavstičnih poškodbah, okužbi z glivicami, virusi ali bakterijami, daljši nazogastrični intubaciji ali obsevanju zaradi rakavih obolenj vratu, prsnega koša ali glave (10).

Eozinofilni ezofagitis je kronična, imunsko pogojena vnetna bolezen požiralnika, najpogosteje jo sprožijo alergeni v hrani. Klinični simptomi, kot so (občasna) disfagija, zagozditev hrane v požiralniku, prsna bolečina in simptomi GERB, so posledica motene funkcije požiralnika in nastanka obročev ali striktur. Pogosteje se pojavljajo pri moških, starih med 30 in 50 let. Z endoskopsko odvzetimi biopsi-

jami ugotavljamo infiltracijo požiralnika z eozinofilci. Zdravljenje eozinofilnega ezofagitisa začnemo z izključevalno dieto, torej z izogibanjem sprožilcu, ki povzroča vnetje. Kadar ostane sprožilec neznan in terapija z izključitveno dieto ni uspešna, začnemo z medikamentoznim zdravljenjem (zaviralci protonske črpalke, topični glukokortikoidi). Nastale strikture in obroče požiralnika razrešujemo z endoskopsko dilatacijo (11, 12).

2. Motilitetne motnje požiralnika so posledica živčno-mišične disfunkcije in se kažejo z nezmožnostjo normalnega prenosa bolusa hrane ali tekočine iz žrela v želodec. Najpogosteje gre za motnjo v mišičnem sloju stene požiralnika ali v živčnem sistemu, čemur pripomorejo genetska predispozicija, vnetni odgovor v sklopu avtoimunskih bolezni ali po virusnih okužbah, stranski učinki nekaterih zdravil idr. Značilen je sočasen pojav disfagije za trdo hrano in tekočino (3). Razlikujemo primarne in sekundarne motilitetne motnje (v sklopu sistemskih bolezni - psevdohalazija, Chagsova bolezen, skleroderma, sladkorna bolezen). Motilitetne motnje lahko razdelimo tudi na motnje peristaltičnega vala (hipertenzivne motilitetne motnje in hipomotilitetne motnje) in motnje v delovanju spodnjega sfinktra (13). Zlati standard (po opravljeni endoskopski preiskavi in izključitvi strukturne bolezni požiralnika) za postavitev diagnoze in opredelitev vrste motnje je visokoločljivostna manometrija požiralnika.

Za **ahalazijo** je značilna patološka peristaltika požiralnika, ki je posledica motenj v sprostitvi spodnjega požiralnikovega sfinktra zaradi izgube inhibitornih nevronov mienteričnega pleteža. Klinična slika ahalazije vključuje poleg disfagije za tekočine in trdo hrano tudi regurgitacijo neprebavljene hrane (zlasti ponoči), kašelj, bolečino v prsnem košu in hujšanje (5). Tekom endoskopskega ali rentgenskega pregleda lahko ugotovljamo razširjen požiralnik brez obstruktivnih lezij. Najbolj učinkovito zdravljenje ahalazije temelji na razširitvi spodnjega požiralnikovega sfinktra z endoskopsko balonsko razširitvijo ali endoskopsko miotomijo in laparoskopsko kirurško miotomijo. Poskusimo lahko tudi z vbrizganjem toksina botulina v spodnji požiralnikov sfinkter, kar pa se dolgoročno ni izkazalo kot

učinkovito. Bolnikom lahko predpišemo zdravila, ki jih jemljejo ob simptomih (tj. blokatorje kalcijevih kanalčkov, dolgodelujoče nitrate, sildenafil), vendar pa prinesejo le neznatno kratkotrajno izboljšanje (14).

Psevdoahalazijo povzročajo infiltrativne bolezni (različne maligne bolezni, amiloidoza, sarkoidoza, eozinofilni gastroenteritis), ki prizadenejo distalni del požiralnika in spodnji požiralnikov sfinkter ter se kažejo s podobno klinično sliko kot pri ahalaziji (15).

Hipertenzivne ali spastične motilitetne motnje požiralnika (difuzni spazem požiralnika, hiperkontraktilni požiralnik, hipertenzivna peristaltika) so heterogena skupina motenj, ki so posledica pretirane vzdraženosti mišičnih vlaken v steni požiralnika. Poleg občasne disfagije, je značilen simptom tudi stiskajoča bolečina v prsnem košu. Učinkovitega zdravljenja ne poznamo. V majhnih raziskavah so se kot učinkoviti izkazali relaksanti gladkih mišic (npr. dolgodelujoči nitrate, blokatorji kalcijevih kanalčkov, hidralazin...). Zelo pomembno je zdravljenje sočasne GERB (13, 16).

Hipomotilitetne motnje požiralnika so motnje s upočasnjeno, neučinkovito ali popolnoma odsotno peristaltiko požiralnika ali z zmanjšanim tonusom spodnjega požiralnikovega sfinktra. Lahko so idiopatske ali sekundarne, ki so povezane s sistemskimi boleznimi (amiloidoza, skleroderma, sladkorna bolezen). Vodilna simptoma sta disfagija in zgaga. Zdravljenje hipomotilitete požiralnika je zelo omejeno, saj prokinetiki le neznatno vplivajo na ojačanje peristaltičnega vala požiralnika. Pomemben je pogovor z bolnikom, ki ga seznanimo z ustrezno dieto (pretežno tekoča in pasirana hrana), pokončnim položajem pri hranjenju ter temeljitim žvečenju grizljajev (13).

Funkcionalna disfagija je glede na mednarodno sprejete Rome IV kriterije opredeljena kot občutek oteženega požiranja hrane in/ali tekočine, ki je prisoten 3 mesece z začetkom vsaj 6 mesecev pred postavitvijo diagnoze in vsemi opravljenimi preiskavami ne ugotovimo organskih ali glavnih motilitetnih bolezni požiralnika ter patološkega gastroezofageal-

nega refluksa (negativen preizkus z zaviralci protonske črpalke) (17).

PRISTOP K BOLNIKU Z DISFAGIJO

Prvi korak v diagnostiki disfagije je pridobitev natančne **anamneze**, s katero lahko običajno že na začetku obravnave ločimo orofaringealno in ezofagealno disfagijo. Zanima nas, ali ima bolnik simptome pri uživanju čvrste hrane, tekočin ali pri obeh. Povprašamo ga o dolžini trajanja in stopnjevanja simptomov ter po pridruženih bolezenskih stanjih/poškodbah. Še posebej smo pozorni na pridružene alarmne znake (odinofagija, hujšanje, melena oz. hematemeza, anemija). Nato opravimo natančnejši **klinični pregled** glave, ustne votline in vratu. Pozorni smo tudi na znake, ki nakazujejo na nevromišična obolenja ali bolezni vezivnega tkiva (18).

V diagnostičnem postopku (algoritem 1) je pri večini bolnikov na prvem mestu **endoskopija zgornjih prebavil (gastroskopija)** z možnostjo odvzema biopsij požiralnika (5). S preiskavo lahko opredelimo vnetje požiralnika, strikturo, požiralnikove obroče, spremembe, ki so značilne za eozinofilni ezofagitis, neoplastične spremembe ali tujke, ki povzročajo zožitev lumna požiralnika. V primeru odsotnosti mehanske obstrukcije odzamemo biopsije iz distalnega in proksimalnega požiralnika, da izključimo refluksni ali eozinofilni ezofagitis (redkeje infekcijski ezofagitis ali ezofagitis kot posledico zdravlil).

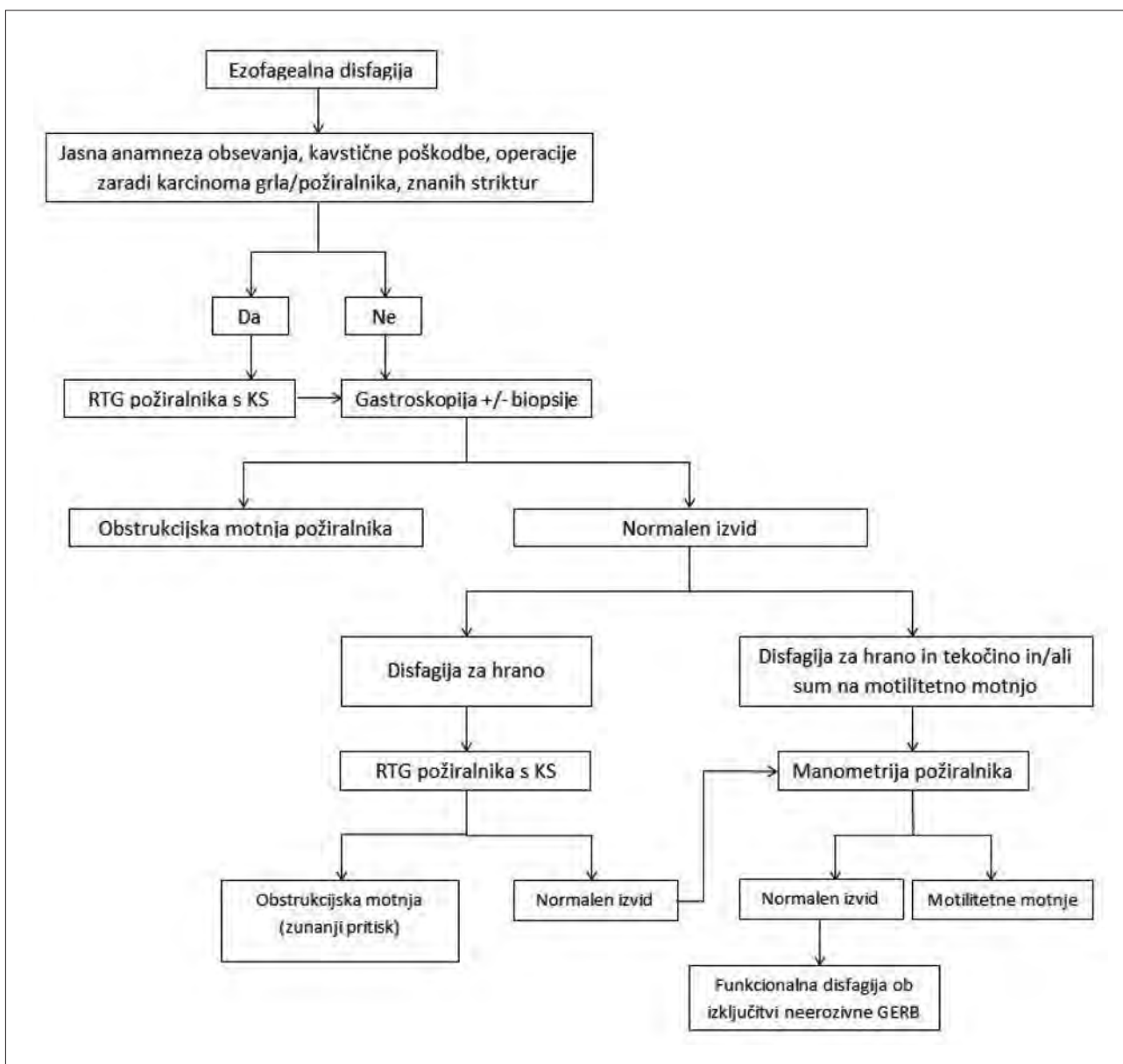
Kadar z gastroskopijo ne ugotovimo vzroka disfagije, je naslednja preiskava **rentgensko slikanje požiralnika** z barijevim kontrastnim sredstvom (19, 20). Preiskava pokaže motnje v peristaltiki požiralnika ali pa mesto zožitve zaradi zunanega pritiska na požiralnik (npr. aortni lok, vratna vretenca ipd.). V primeru patologije zunaj požiralnika opravimo za natančnejšo opredelitev dodatne slikovne preiskave, kot so UZ ščitnice, RTG, CT prsnega koša ali CT/MR angiografija (3, 21). V primeru jasne anamneze obsevanja, kavstične poškodbe, operativnega posega zaradi malignoma grla/požiralnika in znanih obsežnih striktur ima rentgensko slikanje

požiralnika (zaradi večje možnosti perforacije) prednost pred gastroskopijo (20).

Ob normalnem rentgenskem izvidu in ob sumu na motilitetno motnjo požiralnika uporabljamo **visoko-ločljivostno manometrijo požiralnika** (19). Kadar je izvid v mejah normale, opravimo pred postavitvijo diagnoze funkcionalne disfagije še preizkus z zaviralci protonске črpalke za izključitev neerozivne GERB (17).

ZAKLJUČEK

Disfagija je pogost in moteč simptom, ki pomembno zmanjšuje kvaliteto bolnikovega življenja. Običajno lahko že z dobro odvzeto anamnezo ločimo med orofaringealno in ezofagealno disfagijo. Na podlagi ugotovljene oblike disfagije lahko nato bolnika pravočasno napotimo na nadaljnje diagnostične preiskave in izberemo ustrezne metode zdravljenja.



Algoritem 1. Diagnostičen pristop k bolniku z ezofagealno disfagijo

Literatura

1. Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 553–75.
2. Cho SY, Choung RS, Saito YA, et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a U.S. community study. *Neurogastroenterol Motil* 2015; 27: 212–9.
3. Carucci LR, Turner MA. Dysphagia revisited: common and unusual causes. *Radiographics* 2015; 35: 105–22.
4. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016; 13: 49–59.
5. Abdel Jalil AA, Katzka DA, Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. *Am J Med* 2015; 128: 7–23.
6. Vats HS. Dysphagia from extrinsic compression of esophagus by pericardial effusion. *Clin Med Res* 2008; 6: 78–9.
7. Sami SS, Haboubi HN, Ang Y, et al. UK guidelines on oesophageal dilatation in clinical practice. *Gut* 2018; 67: 1000–23.
8. Spaander MC, Baron TH, Siersema PD, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2016; 48: 939–48.
9. Smith MS. Diagnosis and management of esophageal rings and webs. *Gastroenterol Hepatol* 2010; 6: 701–4.
10. Al-Lehibi A. Endoscopic and abdominal management of complete benign esophageal obstruction. *ACG Case Rep J* 2016; 3: 162–4.
11. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterology Journal* 2017; 5: 335–58.
12. Furuta GT, Katzka DA. Eosinophilic esophagitis. *N Engl J Med* 2015; 373: 1640–8.
13. International High Resolution Manometry Working Group. The Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil* 2015; 27: 160–74.
14. Thumshirn M. Esophageal dysphagia. *Ther Umsch* 2007; 64: 221–5.
15. Roushan N, Zolfaghari A, Asadi M, Taslimi R. Pseudoachalasia: a diagnostic challenge. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28: 54.
16. Achem SR. Diffuse esophageal spasm in the era of high-resolution manometry. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2014; 10: 130–33.
17. Drossman DA. Recurrent dysphagia. In: Drossman DA, Chang L, Chey WD, et al., editors. *Rome IV diagnostic algorithms for common GI symptoms*. 2nd ed. Raleigh: The Rome foundation, 2016: 16–7.
18. Johnston BT. Oesophagal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 604–9.
19. Zerbib F, Omari T. Oesophageal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12: 322–31.
20. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-evaluation-of-dysphagia-in-adults> (13.11.2018)
21. Allen BC, Baker ME, Falk GW. Role of barium esophagography in evaluating dysphagia. *Cleve Clin J Med* 2009; 76: 105–11.