

X./2. fejezet: A nyelőcső

X./2.1. Bevezetés



A nyelőcső fül- orr- gégészeti vonatkozásai

A fül- orr- gégészet és számos más szakma határterülete a nyelőcső. Mind az anatómia közelség, mind a betegségek és tünetek megjelenése miatt is fontos ismerete.

A nyelőcső anatómiája

A gyűrűporc aljától kezdődik, a 6. nyaki csigolya szintjében és a cardia-nál végződik, amely a 11. mellkasi csigolya magasságában van.

A nyelőcső bemenet 15 cm-re van a felső metszőfogaktól, a cardia pedig 41 cm-re.

Kb. 26 cm hosszú izomcső, mely intenzíven képes tágulni és összehúzódni, perisztaltikus mozgást végezni.

3 fiziológiás sphinchter: a nyelőcsőbemenet, gyűrűporc, aorta ív, cardia),

A felső harmadban harántcsíkolt, a középsőben kevert, tehát harántcsíkolt és sima izomzat, az alsó harmadban pedig tisztán sima izomrostok alkotják.

A nyelőcső működése

Aktív és passzív mozgást is végez- aktív mozgása a perisztaltika, passzívan a légzés és a szomszédos képletek mozgatják.

Legfontosabb feladata a nyelés lebonyolítása, a falat továbbítása a bemenettől a cardiaig. A nyelésnek van orális- valamint pharyngealis és oesophagealis fázisa.

X./2.2. Vizsgálatok



Fizikális vizsgálat

Megfigyelés, tapintás illetve a működés során hallgatózás is segíthet a nyelőcső vizsgálatában és részletes, eszközös fül- orr- gégészeti vizsgálat is szükséges.

RTG vizsgálat

Natív és kontrasztanyag vizsgálatok egyaránt. Alaphelyzetben báriumos kontrasztanyaggal, ha nyelőcsősérülés (perforatio), idegentest, vagy újszülöttnél atresia lehetősége felmerült, csak felszívódó kontrasztanyaggal (pl. gastrografin) végezzük a vizsgálatot.

Oesophagoscopia

Merev vagy flexibilis eszközzel is elvégezhető, illetve szükséges lehet mindkettő is. Diagnosztikus és terápiás célra egyaránt, valamint dokumentációs célból, illetve egyes

kórállapotok alakulásának követésére is használhatók.

X./2.3. A nyelőcső betegségei



Sav- és lúg okozta elváltozások

Coagulatio necrosis- a savas anyagoktól, colliquatio necrosis pedig a lúgos anyagoktól alakulhat ki. Baleset, vagy öngyilkossági kísérlet következtében jön létre leggyakrabban. Súlyos, életveszélyes következményekkel, gyakran halállal járnak. Ha a beteg túléli, akkor nyelőcső szűkület marad következményesen az esetek túlnyomó többségében. Rendszeres nyelőcső- tágítás („bougie-zás”) szükséges, akár teljes élethosszon keresztül, csak így biztosítható a beteg táplálása.

Megoldás lehet az összeszűkült nyelőcső szakasz pótlása, gyomor- vagy vékonybélsegmentummal.

A restenosisok és a rosszindulatú folyamatok kialakulásának fokozott kockázata miatt rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges.

Idegentestek

Általában véletlenül történik meg, gyermekek esetében (játékok, pénzérmék, stb.), felnőtteknél pedig csontok, halszálka, protézis-, és üvegdarabok, tűk, nagyobb magvak, stb. akadhatnak el.

Tünetek: nyelési nehezítettség (dysphagia), nyelésképtelenség, fájdalmas nyelés (odynophagia), valamint köhögési rohamok. Láz, elesettség a súlyos szövődmények (pl. perforatio, mediastinitis) lehetőségét veti fel.

Kezelés: merev- és vagy flexibilis endoszkóppal megkíséreljük eltávolítani az idegentestet, minél előbb. Korábban elsősorban merev eszközzel, intratracheális narkózisban, ma már flexibilis endoszkóppal is. Amennyiben nem sikerül eltávolítani, cervicalis oesophagotomiát, vagy thoracotomiát végzünk. A perforációt öltésekkel zárjuk, antibiotikus védelemben, ha tályog alakul ki, drenáljuk.

Súlyos, életveszélyes szövődményekkel járhat, ha nem tudjuk eltávolítani időben az idegentesteket. A nyelőcső perforatioja, majd mediastinitis alakulhat ki.

Az idegentest eltávolítása után kötelező felszívódó kontrasztanyaggal ellenőrző nyelési RTG vizsgálatot végezni, az esetleges nyelőcső sérülések kizárására!

Diverticulumok

Férfiakon 3x gyakrabban alakulnak ki a nyelőcső bemenet felett! elhelyezkedő, valójában garat- tasakok, az ún. Zenker diverticulumok. Tractio és pulsio diverticulumokat is alakulhatnak ki.

A diagnózist RTG vizsgálatok és endoscopia segítségével állíthatjuk fel.

A Zenker diverticulumok esetében csak jelentős panaszok után

javasolt a műtéti megoldás. A transthoracalis feltárás a leggyakoribb, de a nyak felől is megoldható az esetek egy részében.

Gyulladások

Nem specifikus gyulladások csak idegentest, sérülések, diverticulumok gyulladásai, achalasia miatt jönnek létre.

Ulceratív gyulladások általában kevés folyadékkal bevett, és a nyelőcső falára kitapadt gyógyszerek, ételek miatt alakulnak ki. Az időben végzett konzervatív kezeléssel a szűkületek kialakulását előzhetjük meg.

Reflux oesophagitis: a gyomorszáj elégtelen zárásán, a perisztaltika hiányosságain alapuló kórkép, melynek során savas gyomortartalom jut a nyelőcsőbe. Külön kiemelendő a Barrett szindróma, mely során az esetek közel 10 százalékában adenocarcinoma alakul a nyelőcső bemenetben, a cardia felett, laphám metaplázia talaján.

Szűkületek

Korábbi gyulladások, sérülések, sav- vagy lúg okozta marások után, heges szűkületek alakulhatnak ki a nyelőcsőben. Elsősorban nyelési panaszokat, fájdalmat, krónikus köhögést idézhetnek elő. Szükséges lehet rendszeres tágítás, az életminőséget jelentősen rontó nyelési panaszok megszüntetésére.

A nyelőcső motilitászavarai

Két alapvető típusról, az atóniás és a spasztikus formákról beszélhetünk.

A legismertebb kórkép az Achalasia cardiae (cardiospasmus): az alsó nyelőcső sphincter nyelés közbeni relaxációs képtelensége okozza, melynek következtében retenció, súlyos esetben megaesophagus alakul. Általában 30 és 50 éves kor között jelentkezik, de néha gyermekeken is kialakul.

Varicositas

A nyelőcső falában kialakuló véna- tágulatok, melyek elsősorban vérzéses tünetekkel és nyelési nehezítettséggel járnak. Az esetek túlnyomó többségében a portalis keringés zavarai miatt, a portalis hipertenzió következtében alakulnak ki (hepatitis, cirrhosis, tumorok, stb).

Súlyos, életveszélyes állapotot, illetve halált okozhat ezeknek a vénáknak a sérülése!

Akut esetekben Sengstaken- Blakemore szondával lezárhatjuk a nyelőcsövet és csillapíthatjuk a vérzést, esetleg szklerotizáció is megoldást hozhat. Hosszútávú megoldást a shunt- műtétek segítségével érhetünk el.

Dysphagia

Nehezített nyelést jelent, mely számos okból kialakulhat. A nyelőcső motilitászavarai, gyulladásai, sérülései, daganatai is

szerepet játszhatnak kialakulásában. Részletes, több szakmát is érintő kivizsgálás derítheti fel az okokat.

Súlyos állapotokra és banális eltérésekre is rámutathat, ezért tudatosan és alaposan ki kell vizsgálni a betegeket. A fül- orr- gégeészeti vizsgálatok mellett oesophagoscopia és képalkotó.

A nyelőcső daganatai

Jóindulatú daganatok

Szövettanilag leio- és rhabdomyomák, fibromák, hemangiomák, lipomák, papillomák, stb. lehetnek, többnyire intraluminalisan, illetve intramuralisan

Tünetek: gyakran véletlenül derülnek ki, tünet nélkül. Egy bizonyos méret felett dysphagiat, odynophagiat, szegycsont mögötti nyomásérzést és vérzést is okozhatnak.

Kontrasztanyag RTG, oesophagoscopia, egyéb képalkotók és biopszia segíthet a diagnózishoz,

Kezelés: általában a terimék eltávolítása javasolt, endoscopos úton, vagy külső (transcervicalis, transthoracalis, transabdominalis) feltárásból.

Roszindulatú daganatok

Szövettanilag leggyakrabban rosszul differenciált elszarusodó laphámrák, szinte kizárólag 50 feletti férfiakon. Ritkábban adenocarcinoma vagy sarcomák is előfordulnak.

Jellemző tünetek, sajnos csak későn!!!: egyre növekvő dysphagia, illetve fájdalom nyeléskor, fogyás, csuklás, rekedtség és fulladás- mely a n. laryngeus recurrens bénulása miatt alakul ki

Az összes gyomor- bélrendszeri rosszindulatú daganatok 40%-át teszi ki

A diagnózist többnyire későn, már a betegség előrehaladott stádiumában állíthatjuk fel

A diagnózishoz RTG, kontrasztanyag nyelési RTG, oesophagoscopia merev illetve flexibilis eszközzel, biopszia, CT segítségével juthatunk

Kezelés: az esetek egyharmadában operábilis a tumor a diagnózis időpontjában- többnyire középső- és alsó harmadi tumoroknál, szegényes prognózissal, a másik kétharmadban csak palliatív lehetőségeink vannak.

Kemo- és radioterápia is szükséges kiegészítésként, javíthatja a túlélést