

ДИСФАГИЯ – ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА /КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ/

С. Андонова¹, В. Аргирова¹, Д. Минчев¹, Велинов²

Key words: Dysphagia, Achalasia, Stroke

Дисфагията (нарушение в гълтането) е основен и в болшинството случай първи симптом при ахалазия на хранопровода. Дисфагията може да възникне: внезапно – при пълно здраве - при повече от 1/3 от болните. Тя възниква в резултат на: психична травма, по време на бързо ядене и преглъщане на големи и лошо сдъвкани парчета храна, по-рядко по време на пиене на хладка газирана вода. Може да възникне и постепенно – дисфагичните явления в началото са неопределени и редки, с течение на времето възникват по-често и стават ясни.

Болшинството автори отбелязват усилване на дисфагичните явления в случай на приемане на плътна, суха и лошо сдъвкана храна. При някой болни се наблюдава парадоксална дисфагия – плътната (твърдата) храна преминава през кардията, докато течната и полутечна не преминава. Причината за възникването на дисфагията при ахалазията се обуславя от неразхлабването на кардията при преглъщането на храната.

Рекургияцията е спонтанно изтласкане на хранопроводното съдържимо в устата. Характерно за хранопроводната рекургияция е връщането на прясна, току-що погълната храна, без стомашен сок. Наблюдава се при 70% от болните с ахалазия. Болката зад гръдната кост е третия основен симптом на ахалазията. Появява се в три основни форми: парене

Achalasia is idiopathic destruction of parasympathetic ganglia of the Auerbach submucosal plexus of the entire esophagus, which results in functional narrowing of the lower esophagus, and peristaltic failure throughout its length. There are three basic symptoms: dysphagia, rrhegurgitation, chest pain. Dysphagia is the basic and in most cases the firs symptom. Dysphagia can occur immediately by one thirt of the patients. Swallowing problems are a common complaint among older individuals, and the incidence of dysphagia is higher in the elderly, in patients who have had strokes. Dysphagia is a symptom of many different causes, which can usually be elicited by a careful history by the treating physician.

We observed one patient - 33 years old women, with achalasia before the hospitalization, suffering from acute ischemic stroke.

The presentation of this clinical case, based of history, neurology exam and evolution, neuroimaging study show the problem in etiology and differential diagnosis on the dysphagia.

зад стернума или високо в епигастриума (пирозис) и е най-леката ѝ проява. Болка при гълтане зад стернума (одиофагията) обикновено се дължи на спазъм на езофагеалната мускулатура. Спонтанната болка зад стернума (езофагодиния) се дължи на силна или продължителна мускулна контракция на хранопровода.

Внимателния преглед на анамнезата е необходима за изясняване на фактори като време на поява на дисфагията, наличие на други симптоми, наличие на съдови рискови фактори. Най-честата дифе-

1. Втора неврологична клиника, УМБАЛ "Св.Марина" – Варна

2. Клиника по образна диагностика, УМБАЛ "Св.Марина" – Варна

ренциална диагноза е между исхемичен инсулт с булбарна симптоматика, множествена склероза с лезии в ствола, ЛАС с булбарни прояви, неоплазма в областта на шията, фарингит и др.

Клиничните симптоми са вариабилни, отразяващи засягането на различни функционални аспекти, като могат да се прибавят и симптоми от тясно прилежащи структури.

Представяме клиничен случай на жена С.Д.Г на 33 год. с ахалазия на хранопровода и остро настъпили оплаквания от силно затруднено гълтане, залитане, световъртеж, гадене и повръщане.

Анамнеза

Постъпва за първи път във Втора Неврологична Клиника на МБАЛ "Св. Марина" Варна, по повод внезапно появили се оплаквания преди хоспитализацията от залитане, нестабилна походка, чувствала се отпаднала, имала гадене, повърнала еднократно, съобщава за гълтателни нарушения. На 16 год. възраст, пациентката провела хипокалорийна диета и отслабнала с 16 кг. за 2-3 месеца, след което не можела да се захрани, повръщала многократно. Оттогава е с оплаквания от болки в епигастриума и зад гръдната кост, парене, трудности при преглъщане. В края на 2009г. при пролежаване в Гастроентерологична клиника е проведена фиброгастроскопия (ФГС), установен силно дилатиран, подобно на стомах, нагънат хранопровод и поставена диагноза Ахалазия на хранопровода. Двукратно е проведена ендаскопска кардиопневмодилатация, без съществено ефект по отношение на оплакванията.

Липсват анамнестични данни за предхождащи рискови фактори за мозъчносъдови и кардиологични заболявания.

Фамилно обременена с хипертонична болест по майчина и бащина линия.

Придружаващи заболявания:

Ахалазия на хранопровода II степен. Атрофичен корпусен гастрит. Ерите-

мо ексудативен антрален НР (+) пол. гастрит. Хиперпластичен полип на ректума. Състояние след ендоскопска полипектомия. Хроничен неспецифичен атрофичен проктит. Вътрешни хемороиди

Обективно състояние при хоспитализация

Задоволително общо състояние. В съзнание. Ало- и автопсихично ориентирана. Афебрилна. Кожа и видими лигавици розови, без обривни единици. Щитовидна жлеза -неувеличена, ПЛВ не се палпират увеличени. Без шиен венозен застой. Дихателна система: симетричен гръден кош, ясен перкуторен тон, везикуларно дишане без прибавени хрипове. Сърдечно съдова система: без деформации и патологични пулсации в прекордиума, ритмична сърдечна дейност. СЧ 74 удара в мин. АН 120/70 Корем: на нивото на гръдния кош, мек, палпаторно неболезнен. Черен дроб и слезка не се палпират увеличени. Запазена чревна перисталтика, *Succusio renalis* отр(-) двустранно Крайници – запазени периферни пулсации, без отоци по подбедриците двустранно.

Неврологичен статус при хоспитализация

Без менингоградикулерно дразнене. Черепно-мозъчни нерви – дребен хоризонтален нистагъм при поглед на дясно, съхранени фарингеални рефлекс, дисфагия. Без латентни парези. Сухожилнонадкостни рефлекс - умерено живи, двустранно еднакви Бабински (-) двустранно Координация - сенсibiliзиран Ромберг (+), без латерализация, носопоказалечна и коляностъпална проба- дизметрия с интенционен тремор в дясно, Сетивност съхранена повърхностна и дълбока. Тазови резервоари – контролира, Висши корови функции – без особености.

Параклинични изследвания при хоспитализация: кръвна картина и биохимия – в граници на нормата; имунологични изследвания в т.ч. антинуклеарни и антикардиолипидни антители - в норма.

Инструментални изследвания

Доплерова сонография на мозъчни съдове: регулярен кръвоток, нормален интима-медия индекс.

МРТ на главен мозък-с к.м. МР данни за подостър ИМИ в дясна малкомозъчна хемисфера. Нормален калибър и ход на интракраниалните артериални съдове (фиг. 1).

КТ на леви сърдечни кухини - дилатираният хранопровод оказва лека компресия върху ляво предсърдие. Липсват

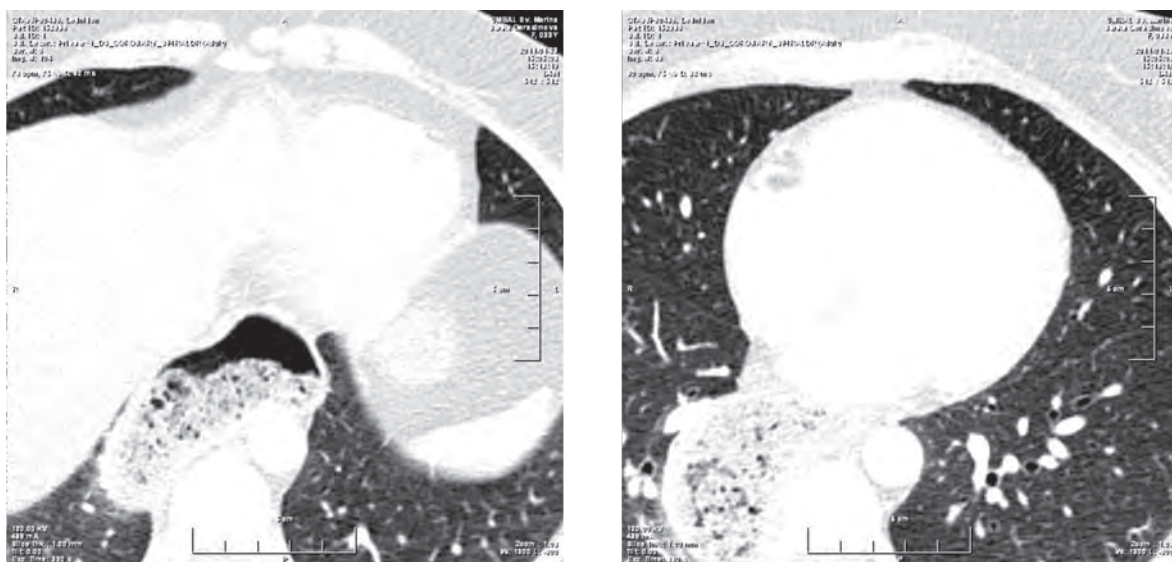
убедителни данни за наличие на тромб в предсърдието и в ухото му (фиг. 2).

Ехо КГ - Притискане на ляво предсърдие от разширения хранопровод с променена скорост на кръвта в белодробните вени. Визуализира се разширен хранопровод. Вероятен ембологенен източник – ляво предсърдие

Трансезофагеална ЕхоКГ - Лека компресия върху горно-латералната стена на ляво предсърдие, непосредствено над вливането на левите пулмонални артерии. Възможно е да се касае за



Фиг. 1. МРТ на главен мозък (мозъчен ствол и малък мозък): визуализира се хиперинтенсна на T2 зона в горния полюс на дясна малкомозъчно хемисфера и част от вермиса - данни за подостър ИМИ в дясна малкомозъчна хемисфера



Фиг. 2. КТ динамика на леви сърдечни кухини - дилатираният хранопровод оказва лека компресия върху ляво предсърдие. Липсват убедителни данни за наличие на тромб в предсърдието и в ухото му. Десен тип коронарна циркулация, без стенози на коронарните артерии. Запазена сегментна кинетика на лява камера

притискане по съседство от дилатиран хранопровод.

Холтер ЕКГ - чести надкамерни екстрасистоли.

Обсъждане

Въз основа на анамнезата за остро настъпили оплаквания от дисфагия, вестибуло-вегетативни прояви, неврологичния статус- данни за дискоординационен синдром в дясно при пациент без анамнеза за налични рискови фактори за мозъчносъдова болест и с данни за ахалазия се прие диагнозата исхемичен мозъчен инсулт в дясна малкомозъчна хемисфера. Като вероятна етиологична причина за остро настъпилият мозъчно-съдов инцидент се обсъди ембологенен източник от ляво предсърдие вследствие компресия от дилатирания хранопровод.

Заклучение

Въпреки, че различни заболявания могат да са причина за поява на дисфагия, комбинацията от клинични симптоми и невроизобразяващи изследвания могат да бъдат полезни в диференциално диагностично направление. Ако клиничните симптоми не са типични, диференциалната диагноза може да се изгради въз основа на промените в невроизобразяващите изследвания в асоциация с други симптоми, характерни за съответното заболяване.

Книгопис

1. Минчев Д, Прогноза на острите нарушения на мозъчното кръвообращение, 2006
2. Национален консенсус за първична профилактика на исхемични инсулти, 13-14.Сеп.2008, Свети Влас
3. Титянова Е, Велчева И, Каракънева С, Димитров Н, Христова К, Дамянов П, Димова Р, Попов П, Рамшев К, Каротидна патология и рискови фактори за мозъчносъдова болест: клинични, невросонографни и ехокардиографски проучвания. Невросонография и мозъчна хемодинамика, 3, 2007: 77-84.
4. Титянова Е, Велчева И, Христова К, Дамянов П, Топалов Н, Матеев П, Каротиден кръвен ток и сърдечна функция при болни с транзиторни исхемични атаки и хронични едностранни мозъчни инфаркти: проучвания с цветно дуплекс скениране, компютърна томография и ехокардиография. Българска Неврология, 4, 2004:26-32
5. Хаджиев Д. Първична и вторична профилактика на исхемичните инсулти, С, 2007
6. Хаджиев Д, Манчев И, Минева П, Множествени цереброваскуларни рискови фактори –популационно епидемиологично проучване; Мозъчносъдови заболявания,7, 1999:16-22 Шмидт Е.В., Максудов Г.А., Класификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. Ж. Невропат. И психиатр., 1971,71,1:3-11
7. Янчева Ст., Лехнер Х, Хаджиев Д. Невроизобразяващи методи.Цереброваскуларни рискови фактори . С., МИ „АРСО”, 1998: 120-127
8. Alexander, F, Portis, S. A.: Diseases of the Digestive System. Lea & Febiger, Philadelphia,1941. Ch. VI, p. 213.
9. Deb S, Deschamps C, Cassivi SD, et al. (). “Laparoscopic esophageal myotomy for achalasia: factors affecting functional results”. Annals of Thoracic Surgery 80 (4): 2005: 1191-1195.
10. Diehl DL (February). “Acupuncture for gastrointestinal and hepatobiliary disorders”. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.) 5 (1): 1999: 27-45.
11. Lake JM, Wong RK (September). “Review article: the management of achalasia - a comparison of different treatment modalities”. Aliment. Pharmacol. Ther. 24 (6): 2006 909-918.

12. Park W, Vaezi M (2005). "Etiology and pathogenesis of achalasia: the current understanding". *Am J Gastroenterol* 100 (6): 2005:1404–1414.
13. Spechler SJ, Castell DO "Classification of oesophageal motility abnormalities". *Gut* 49 (1): 2001:145–151.
14. Pandolfino JE, Kahrilas PJ "AGA technical review on the clinical use of esophageal manometry". *Gastroenterology* 128 (1): 2005: 209–224.
15. Spiess AE, Kahrilas PJ "Treating achalasia: from whalebone to laparoscope". *JAMA* 280 (7): 1998: 638–642.
16. Wang L, Li YM, Li L "Meta-analysis of randomized and controlled treatment trials for achalasia". *Dig. Dis. Sci.* 54 (11): 2009: 2303–2311.

Адрес за кореспонденция:

д-р Силва Андонова, дм
Катедра Неврология,
Втора Неврологична клиника,
УМБАЛ „Св.Марина“
бул. „Хр.Смирненски“ 1, 9010 Варна
Тел +359 52 978236
E-mail: drsilva@abv.bg