

Δακτύλιος Schatzki - περιγραφή δύο περιπτώσεων

Ν. Βουγιουκλής¹, Μ. Αρβανιτάκης², Α. Σπανός¹, Μ. Σιώπη¹, Σ. Μπάντιος³,
Ε. Ακριβιάδης⁴, Κ. Αρβανιτάκης⁴

¹ Εργαστήριο Ακτινολογίας Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

² Εργαστήριο Ακτινολογίας Γ.Π.Ν. Άγιος Παύλος Θεσσαλονίκης

³ Α' Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

⁴ Δ' Παθολογική κλινική Α.Π.Θ.

Ο βλεννογόγιος δακτύλιος ή δακτύλιος Schatzki αποτελεί μια αμφιλεγόμενης συχνότητας παθολογική οντότητα με χαρακτηριστική κλινική εικόνα τη δυσφαγία στα στερεά.

Περιγράφονται δύο περιπτώσεις οξείας δυσφαγίας, οφειλόμενες σε δακτύλιο Schatzki για την διάγνωση των οποίων χρησιμοποιήθηκε η ενδοσκόπηση και ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο γεύμα. Στην εργασία γίνεται αναφορά στη συχνότητα, στα χαρακτηριστικά του δακτυλίου Schatzki, στις παρατηρούμενες μορφές των άλλων δακτυλιοειδών στενώσεων της κατώτερης

μοίρας του οισοφάγου και περιγράφονται τα βασικά τους ακτινολογικά ευρήματα.

Σκοπός της εργασίας είναι να τονισθεί η ύπαρξη αυτής της παθολογικής κατάστασης και η ανάγκη προσεκτικού ακτινολογικού ελέγχου μετά από οξεία δυσφαγία, καθώς η διάγνωση του δακτυλίου Schatzki με βαριούχο γεύμα προϋποθέτει σωστή τεχνική και καλή γνώση της ανατομικής και της λειτουργίας του κατώτερου οισοφάγου.

Ιπποκράτεια 2001, 5 (1): 37-41

Ο βλεννογόγιος δακτύλιος ή δακτύλιος Schatzki αποτελεί μια αμφιλεγόμενης συχνότητας παθολογική οντότητα¹⁻³. Σε μια ανασκόπηση 293 περιπτώσεων δυσφαγίας καλοήθους αιτιολογίας ο δακτύλιος ευθυνόταν για το 3,8% των περιπτώσεων¹. Συνήθως ο δακτύλιος διαπιστώνεται σε μεγάλες ηλικίες αν και έχει περιγραφεί και σε παιδιά, παρουσιάζεται με χαρακτηριστική κλινική εικόνα την οξεία δυσφαγία, συχνά μετά από γεύμα με κρέας⁴⁻⁸. Την τελευταία δεκαετία, η παθολογική αυτή οντότητα δεν απασχολεί ιδιαίτερα την ακτινολογική βιβλιογραφία, ενώ αντίθετα αυξάνει όλο και περισσότερο η χρήση της ενδοσκόπησης στην διερεύνηση της δυσφαγίας. Η διάγνωση του βλεννογόνιου δακτυλίου με βαριούχο γεύμα δεν είναι εύκολη, προϋποθέτει σωστή τεχνική και καλή γνώση της ανατομικής και της λειτουργίας του κατώτερου οισοφάγου³⁻⁶.

Τα περιστατικά αυτά παρουσιάζονται για να τονίσουν την ύπαρξη αυτής της παθολογικής οντότητας και την ανάγκη ελέγχου των ασθενών

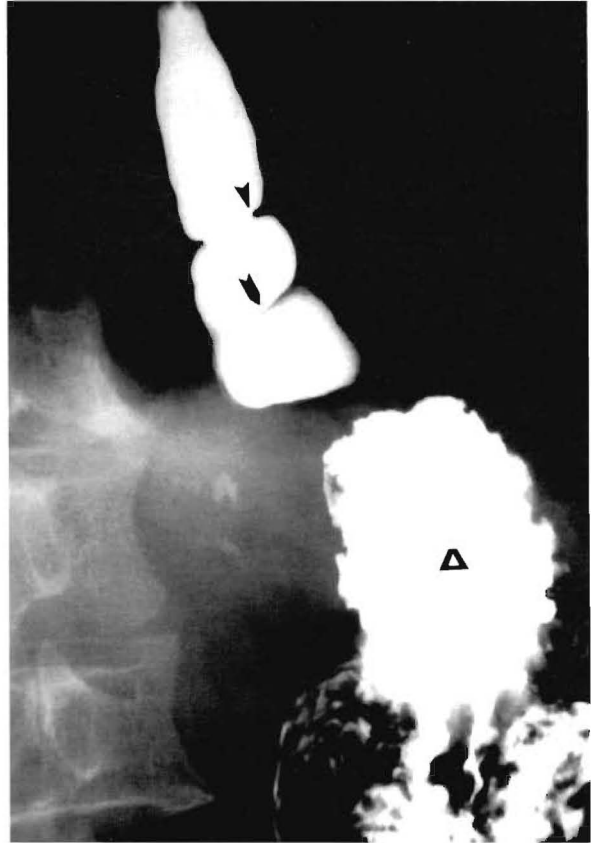
μετά από οξεία απόφραξη του οισοφάγου, με ιδιαίτερη προσοχή.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1n

Αφορά άρρενα ασθενή ηλικίας 79 ετών που προσήλθε με οξεία δυσφαγία μετά από γεύμα που περιείχε κρέας. Ακτινοσκοπικός έλεγχος με βάριο, έδειξε απόφραξη στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου από ενδοαυλικό μόρφωμα που διέτεινε τον αυλό (εικ.1). Η δυσφαγία υφέθηκε μετά την παραπάνω εξέταση. Την επομένη ημέρα, σε νέο ακτινολογικό έλεγχο, δεν διαπιστώθηκε κώλυμα και θεωρήθηκε ότι η δυσφαγία οφειλόταν απλά σε ενσπίνωση τροφής. Επειδή αναφέρθηκε ότι πριν από μια πενταετία υπήρξαν άλλα δυο επεισόδια δυσφαγίας, έγινε ενδοσκοπικός έλεγχος ο οποίος έδειξε πτυχή με φυσιολογικό βλεννογόνο στον κατώτερο οισοφάγο, εικόνα χαρακτηριστική δακτυλίου Schatzki. Νέος ακτινολογικός έλεγχος με παχύρρευστο βάριο (σχέση βάρους-όγκου 200 gr/100 ml) και σε



Εικ.1. Ακτινογραφία οισοφάγου κατά την διάρκεια κατάποσης βαριούχου εναιωρήματος. Παρατηρείται διακοπή της στήλης του βαρίου από ενδοαυλικό μόρφωμα (βλωμός τροφής) και είσοδος βαριούχου εναιωρήματος στη τραχεία.



Εικ.2. Ακτινογραφία του κατώτερου οισοφάγου κατά την διάρκεια κατάποσης βαριούχου εναιωρήματος. Παρατηρείται στένωση στη θέση μετάπτωσης του οισοφάγου προς το στόμαχο (βέλος). Η στένωση ήταν σταθερή, εικόνα συμβατή με δακτύλιο Schatzki. Τμήμα του στομάχου βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα ως περιεχόμενο διαφραγματοκλήης (Δ). Η εντομή κεφαλικά του δακτυλίου αντιπροσωπεύει παροδικό σπασμό του μυϊκού χιτώνα (κορυφή βέλους).

πρηνή θέση επιβεβαίωσε το ενδοσκοπικό εύρημα (εικ.2).

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Αφορά άρρενα ασθενή 55 ετών με οξεία δυσφαγία. Τόσο ο ακτινολογικός έλεγχος με απλή μέθοδο σκιαγράφησης όσο και η ενδοσκοπική εξέταση είχαν τυπικά ευρήματα δακτυλίου Schatzki (εικ. 3). Ο δακτύλιος είχε διάμετρο 9 mm. Ο ασθενής θεραπεύτηκε με ήπια διαστολή με κηρία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο δακτύλιος Schatzki είναι λεπτή σε πάχος πτυχή του βλεννογόνου του οισοφάγου που παρατηρείται στο κατώτερο τριτημόριό του και αποτελεί τη συχνότερη αιτία οξείας δυσφαγίας στους

ενηλίκους. Αν και η παθολογική αυτή οντότητα περιγράφηκε συγχρόνως από διάφορους συγγραφείς επικράτησε να ονομάζεται από το όνομα αυτού που την περιέγραψε πληρέστερα⁴⁻⁶.

Για τη συχνότητα του δακτυλίου δεν υπάρχει ομοφωνία. Ο Webb¹ αναφέρει ότι ο βλεννογόνιος δακτύλιος παρατηρήθηκε στο 15-18% των περιπτώσεων που έκαναν ενδοσκόπηση ρουτίνας του άνω γαστρεντερικού σωλήνα, ο Weaver² στο 0,14% των ακτινοσκοπήσεων οισοφάγου ενώ ο Johnson³ στο 3,8% των περιπτώσεων δυσφαγίας. Η διαφορετική συχνότητα καταγραφής του δακτυλίου μεταξύ των διαφόρων συγγραφέων πιθανόν



Εικ.3. Ακτινογραφία της γαστροοισοφαγικής περιοχής κατά την διάρκεια κατάποσης βαριούχου εναιωρήματος. Στο όριο οισοφάγου-στομάχου (βέλος) παρατηρείται στένωση του οισοφάγου από λεπτό συμμετρικό δακτύλιο, εικόνα συμβατή με δακτύλιο Schatzki.

οφείλεται στη διαφορετική ερμηνεία των ακτινολογικών ευρημάτων.

Ο Johnson φαίνεται να αποδέχεται την άποψη πως ο δακτύλιος προκύπτει από τη συστολή του επιμήκους μυός του οισοφάγου και είναι συνήθως λειτουργικός^{3,7}. Κατά την ίδια άποψη, σε ορισμένους από αυτούς τους ασθενείς, πιθανόν λόγω της συχνής επαφής με το γαστρικό υγρό, αναπτύσσεται ίνωση και δημιουργείται μόνιμο οργανικό διάφραγμα^{3,7}. Σήμερα επικρατεί η άποψη πως ο δακτύλιος Schatzki είναι βλεννογόνια πτυχή μη φλεγμονώδους αιτιολογίας.

Στο παρελθόν υπήρξαν διαφορετικές απόψεις για την ανατομική και την λειτουργία του κατώτερου οισοφάγου με συνέπεια να δημιουργηθεί σύγχυση όσον αφορά τη θέση εντόπισης των δακτυλίων του. Αργότερα ηλεκτροφυσιολογικές και μορφολογικές μελέτες αποσαφήνισαν σε μεγάλο βαθμό τη φυσιολογία του οισοφάγου⁹. Ο

οισοφάγος διακρίνεται σε ένα κύριο τμήμα, το κυλινδρικό, και ένα περιφερικό σακκοειδές τμήμα, τον προθάλαμο (vestibule)^{10,12}. Το μεταξύ τους όριο χαρακτηρίζεται ως σωληνοπροθαλαμική ένωση και αποτελεί τη θέση εμφάνισης των μυϊκών δακτυλίων. Οι δακτύλιοι αυτοί παράγονται από μυϊκή σύσπαση, είναι δηλαδή λειτουργικοί και συνήθως εξαλείφονται πλήρως με τη μέγιστη διάταση του οισοφάγου. Το όριο προθαλάμου-στομάχου αποτελεί την οισοφαγογαστρική συμβολή όπου παρατηρείται ο δακτύλιος Schatzki. Το σημείο εντόπισης της βλεννογόνιας αυτής πτυχής μπορεί να δικαιολογήσει την παρουσία πλακώδους επιθηλίου στην κεφαλική επιφάνειά της και κυλινδρικού στην ουραία.

Όταν ο δακτύλιος Schatzki είναι ακτινολογικά ορατός, φαίνεται σαν ένα λεπτό, εγκάρσιο διάφραγμα που ξεκινά περιμετρικά από το εσω τοίχωμα του κάτω άκρου του προθαλάμου, προβάλλει εντος του αυλού, και τον στενεύει. Τα άκρα του είναι ομαλά και συμμετρικά, η μέγιστη διάμετρος της οπής του είναι σταθερή και δεν μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Για να απεικονισθεί ο δακτύλιος καλύτερα, η γαστροοισοφαγική περιοχή πρέπει να είναι διατεταμένη ώστε η διάμετρος του οισοφάγου να υπερβαίνει τη διάμετρο του δακτυλίου, διαφορετικά δακτύλιοι που έχουν μεγάλη διάμετρο μπορούν να διαφύγουν της διάγνωσης, όπως συνέβη στη δεύτερη εξέταση, στο πρώτο μας περιστατικό. Η συνιστώμενη τεχνική είναι η ακόλουθη: ο ασθενής σε πρηνή θέση καταπίνει το βαριούχο γεύμα και όταν αυτό φτάσει στη γαστροοισοφαγική συμβολή εισπνέει βαθιά και μένει σε αυτή τη θέση¹⁰. Με τη βαθειά εισπνοή, το διάφραγμα κατεβαίνει και το οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος στενεύει. Έτσι η οισοφαγογαστρική περιοχή διατείνεται και ο δακτύλιος απομακρύνεται από το διάφραγμα, με αποτέλεσμα την ευκρινέστερη απεικόνισή του.

Κατά την ενδοσκόπηση συνήθως διαπιστώνεται με ευχέρεια ο δακτύλιος. Ωστόσο και ενδοσκοπικά η διάγνωση μπορεί να διαφύγει, αν ο δακτύλιος έχει άνοιγμα μεγαλύτερο από τη διάμετρο του ενδοσκοπίου. Σε μία συγκριτική μελέτη της ευαισθησίας της ακτινολογικής και ενδοσκοπικής εξέτασης στην ανεύρεση του δακτυλίου Schatzki διαπιστώθηκε ότι ο ακτινολογικός έλεγχος είχε ευαισθησία 95%, ενώ ο ενδοσκοπικός 58%¹⁴.

Ο βαθμός δυσφαγίας καθορίζεται από τη μέγιστη διάμετρο της οπής του δακτυλίου η οποία

είναι σταθερή. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο δακτύλιος Schatzki δεν προκαλεί δυσφαγία ενώ σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις δυσφαγίας η διάμετρος του ανοίγματος του δακτυλίου είναι μικρότερη των 13 mm¹³.

Ο δακτύλιος Schatzki πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από ουλές και στενώσεις του οισοφάγου κατόπιν οισοφαγίτιδας οι οποίες οφείλονται συνήθως σε παλινδρόμηση του γαστρικού υγρού, κάτι που παρατηρείται και στο 65% των περιπτώσεων με δακτύλιο¹⁵. Σε αυτές τις περιπτώσεις η φλεγμονώδης διεργασία ξεκινά από τη γαστροοισοφαγική συμβολή όπου το πλακώδες επιθήλιο του οισοφάγου μεταπίπτει στο κυλινδρικό του στομάχου, στο σημείο δηλαδή όπου παρατηρείται και ο δακτύλιος Schatzki. Ωστόσο μια τέτοια στένωση οισοφαγίτιδας είναι ασύμμετρη, με ανώμαλα χείλη⁹.

Η διάκριση του δακτυλίου Schatzki από το μυϊκό δακτύλιο στηρίζεται στο σημείο εντόπισής του. Ο μυϊκός δακτύλιος εντοπίζεται στο άνω άκρο του προθαλάμου, ενώ ο δακτύλιος Schatzki στο κάτω άκρο αυτού¹⁰.

Η συνύπαρξη διαφραγματοκήλης και δακτυλίου Schatzki, όπως συνέβη στην πρώτη μας περίπτωση είναι συχνή. Διάταση κάτω από το δακτύλιο, ο οποίος εντοπίζεται στη οισοφαγογαστρική συμβολή, αποτελεί διαφραγματοκήλη. Η περίσφυξη του στομάχου που προκαλείται από το διάφραγμα διαφοροδιαγιγνώσκεται εύκολα από το δακτύλιο από το ότι η περίσφυξη έχει χαρακτηριστική εντόπιση στο επίπεδο του οισοφαγικού τρήματος και αυξομειώνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της δυσφαγίας από δακτύλιο Schatzki συνίσταται σε διαστολές με κηρία ή αεροθάλαμο και είναι συνήθως αποτελεσματική. Σε περίπτωση υποτροπής ενδείκνυται η επανάληψη της διαστολής.

ABSTRACT

Vougiouklis N, Arvanitakis M, Spanos A, Siopi M, Bantios S, Akriviadis E, Arvanitakis K. Schatzki's ring: Report of two cases. Hippokratia 2001, 5 (1): 37-41

Schatzki's ring constitutes a rare pathologic entity of controversial rate with the characteristic clinical presentation of acute dysphagia. Diagnosis is established with barium meal or endoscopy.

This is a report of two cases of acute dysphagia due to Schatzki's ring diagnosed with the aid of endoscopy and barium meal. A review is included of the features of Schatzki's ring, its rate and the different forms of rings in the lower esophagus with description of their radiological characteristics.

The purpose of this study is to emphasize the existence of this pathological entity and the need for careful radiological investigation as diagnosis with barium meal depends on meticulous technique and good knowledge of the anatomy and functional physiology of the lower esophagus.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Webb WA, McDaniel L, Jones L. Endoscopic evaluation of dysphagia in two hundred and ninety-three patients with benign disease. *Surg Gynecol Obstet* 1984,158:152-156
2. Weaver J, Kaude J, Hamlin D. Webs of the lower esophagus: A complication of gastroesophageal reflux?/*Amer J Roent* 1984, 142:289-292
3. Johnson AC, Lester PD, Johnson S, Sudarsanam D, Dunn D. Esophagogastric ring: why and when we see it, and what it implies: a radiologic-pathologic correlation. *South Med J* 1992, 85:946-952
4. Schatzki R, Gary JE. Dysphagia due to diaphragm-like localized narrowing in lower esophagus ("Lower esophageal ring"). *Amer J Roent* 1953, 70:911-922
5. Schatzki R, Gary JE. Lower esophageal ring. *Amer J Roent* 1956, 75:246-261
6. Schatzki R. The lower esophageal ring. Long term follow-up of symptomatic and asymptomatic rings. *Amer J Roent* 1963, 90:805-810
7. De Vault KR. Lower esophageal ring: pathogenesis, diagnosis and therapy. *Dig Dis* 1996,14:323-329
8. Grishaw E, Ott DJ, Frederick M, Gelfand D, Chen MY. Functional abnormalities of the esophagus: a prospective analysis of radiographic findings relative to age and symptoms. *Amer J Roent* 1996, 167:719-723
9. Mittal R, Balaban D. The esophagogastric junction. *N Engl Med* 1997, 336:924-932
10. Ott D, Gelfand D, Wu W, Castell D. Esophagogastric region and its rings. *Amer J Roent* 1984, 142:281-287
11. Noshier JL, Campbell WL, Seaman WB. The clinical significance of cervical, esophageal and hypopharyngeal webs. *Radiology* 1975, 117:45-47
12. Seaman WB. The significance of webs in the hypopharynx and upper esophagus. *Radiology* 1967, 89:32-38
13. Arvanitakis C. Lower esophageal ring: endoscopic and therapeutic aspects. *Gastrointestinal Endoscopy* 1977, 24:17-18
14. Ott D, Chen YU, Wu W, Gelfand D, Munitz. Radiographic and endoscopic sensitivity in detecting lower esophageal mucosal ring. *Amer J Roent* 1986, 147:261-265

-
15. Marshall JB, Kretschmar JM, Diaz-Arias AA. Gastroesophageal reflux as a pathogenetic factor in the development of symptomatic lower esophageal ring. Arch Intern Med 1990,150: 1669-1672

Αλληλογραφία

N. Βουγιουκλής
Κερασούντος 53
551 33 Θεσσαλονίκη

Corresponding author

Vougiouklis N,
53 Kerasountos str.
551 33 Thessaloniki
Greece