

PENCITRAAN DISFAGIA

Oleh:

Dr.Rista D.Soetikno, Sp.Rad (K), M.Kes.

BAGIAN RADIOLOGI

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN/

RSUP. DR. HASAN SADIKIN

BANDUNG

2007

I. Pendahuluan

Dysphagia didefinisikan sebagai kesulitan makan. *Dysphagia* adalah perkataan yang berasal dari bahasa Yunani *dys* yang berarti kesulitan atau gangguan, dan *phagia* berarti makan. Disfagia berhubungan dengan kesulitan makan akibat gangguan dalam proses menelan. Kesulitan menelan dapat terjadi pada semua kelompok usia, akibat dari kelainan kongenital, kerusakan struktur, dan/atau kondisi medis tertentu. Masalah dalam menelan merupakan keluhan yang umum didapat di antara orang berusia lanjut, dan insiden disfagia lebih tinggi pada orang berusia lanjut dan pasien *stroke*. Kurang lebih 51-73% pasien *stroke* menderita disfagia. Penyebab lain dari disfagia termasuk keganasan kepala-leher, penyakit neurologik progresif seperti penyakit Parkinson, *multiple sclerosis*, atau *amyotrophic lateral sclerosis*, *scleroderma*, *achalasia*, spasme esofagus difus, *lower esophageal (Schatzki) ring*, striktur esofagus, dan keganasan esofagus. Disfagia merupakan gejala dari berbagai penyebab yang berbeda, yang biasanya dapat ditegakkan diagnosanya dengan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya, di antaranya pemeriksaan radiologi dengan barium, CT scan, dan MRI.

II. Klasifikasi disfagia

Disfagia diklasifikasikan dalam dua kelompok besar, yaitu disfagia orofaring (atau *transfer dysphagia*) dan disfagia esofagus^(1,2).

Disfagia orofaring timbul dari kelainan di rongga mulut, faring, dan esofagus, dapat disebabkan oleh *stroke*, penyakit Parkinson, kelainan neurologis, *oculopharyngeal muscular dystrophy*, menurunnya aliran air liur, *xerostomia*, masalah gigi, kelainan mukosa oral, obstruksi mekanik (keganasan, osteofit, meningkatnya tonus sfingter esofagus bagian atas, radioterapi, infeksi, dan obat-obatan (sedatif, antikejang, antihistamin)⁽¹⁾.

Gejala disfagia orofaring yaitu kesulitan menelan , termasuk ketidakmampuan untuk mengenali makanan, kesukaran meletakkan makanan di dalam mulut, ketidakmampuan untuk mengontrol makanan dan air liur di dalam mulut, kesukaran untuk mulai menelan, batuk dan tersedak saat menelan, penurunan berat badan yang tidak jelas penyebabnya, perubahan kebiasaan makan, pneumonia berulang, perubahan suara (suara basah), regurgitasi nasal ^(1,2) . Setelah pemeriksaan, dapat dilakukan pengobatan dengan teknik postural, *swallowing maneuvers*, modifikasi diet, modifikasi lingkungan, *oral sensory awareness technique*, *vitalstim therapy*, dan pembedahan ⁽¹⁾ . Bila tidak diobati, disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi, malnutrisi, atau dehidrasi ⁽¹⁾

Disfagia esofagus timbul dari kelainan di korpus esofagus, sfingter esofagus bagian bawah, atau kardia gaster. Biasanya disebabkan oleh striktur esofagus, keganasan esofagus, *esophageal rings and webs*, *akhalasia*, *skleroderma*, kelainan motilitas spastik termasuk spasme esofagus difus dan kelainan motilitas esofagus nonspesifik ⁽¹⁾ . Makanan biasanya tertahan beberapa saat setelah ditelan, dan akan berada setinggi *suprasternal notch* atau di belakang sternum sebagai lokasi obstruksi, regurgitasi oral atau faringeal, perubahan kebiasaan makan, dan pneumonia berulang. Bila terdapat disfagia makanan padat dan cair, kemungkinan besar merupakan suatu masalah motilitas. Bila pada awalnya pasien mengalami disfagia makanan padat, tetapi selanjutnya disertai disfagia makanan cair, maka kemungkinan besar merupakan suatu obstruksi mekanik. Setelah dapat dibedakan antara masalah motilitas dan obstruksi mekanik, penting untuk memperhatikan apakah disfagiannya sementara atau progresif. Disfagia motilitas sementara dapat disebabkan spasme esofagus difus atau kelainan motilitas esofagus nonspesifik. Disfagia motilitas progresif dapat disebabkan skleroderma atau akhalasia dengan rasa panas di daerah ulu hati yang kronis, regurgitasi, masalah respirasi, atau penurunan berat badan. Disfagia mekanik sementara dapat disebabkan *esophageal ring*. Dan disfagia mekanik progresif dapat disebabkan oleh striktur esofagus atau keganasan esofagus ⁽¹⁾. Bila sudah dapat disimpulkan bahwa kelainannya adalah disfagia esofagus, maka langkah

selanjutnya adalah dilakukan pemeriksaan barium atau endoskopi bagian atas. Pemeriksaan barium harus dilakukan terlebih dahulu sebelum endoskopi untuk menghindari perforasi. Bila dicurigai adanya akhalasia pada pemeriksaan barium, selanjutnya dilakukan manometri untuk menegaskan diagnosa akhalasia. Bila dicurigai adanya striktur esofagus, maka dilakukan endoskopi. Bila tidak dicurigai adanya kelainan-kelainan seperti di atas, maka endoskopi dapat dilakukan terlebih dahulu sebelum pemeriksaan barium. Endoskopi yang normal, harus dilanjutkan dengan manometri; dan bila manometri juga normal, maka diagnosanya adalah disfagia fungsional ⁽¹⁾. Foto thorax merupakan pemeriksaan sederhana untuk pneumonia. CT scan dan MRI memberikan gambaran yang baik mengenai adanya kelainan struktural, terutama bila digunakan untuk mengevaluasi pasien disfagia yang sebabnya dicurigai karena kelainan sistem saraf pusat ⁽²⁾. Setelah diketahui diagnosanya, penderita biasanya dikirim ke Bagian THT, Gastrointestinal, Paru, atau Onkologi, tergantung penyebabnya. Konsultasi dengan Bagian Gizi juga diperlukan, karena kebanyakan pasien memerlukan modifikasi diet.

III. Pencitraan disfagia

Spasme Esofageal Difus

Spasme esofageal difus dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu spasme esofageal difus dan *nutcracker esophagus*, dengan penyebabnya yang belum diketahui.^{3,4}

Di Amerika dan di dunia, insiden sesungguhnya belum dapat dipastikan. mortalitas sangat jarang dan morbiditas timbul akibat ketidakmampuan untuk makan. Lebih sering ditemui pada orang kulit putih dan pada wanita, jarang terjadi pada anak-anak. Insiden meningkat dengan bertambahnya usia.

Gejala dan tanda yang sering dijumpai adalah nyeri dada nonkardiak (80%), globus, disfagia, regurgitasi, rasa panas di daerah ulu hati (20%).^{3,4}

Pemeriksaan radiologi:

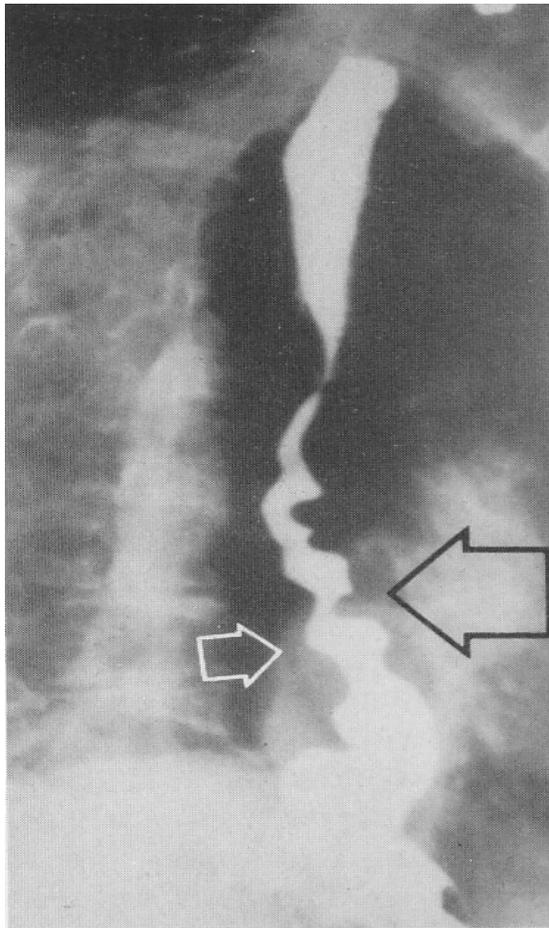
- Pemeriksaan barium

Pemeriksaan barium merupakan pemeriksaan radiologi terbaik untuk membantu menegakkan diagnosa.

Gambaran khas untuk spasme esofageal difus adalah kontraksi multipel yang serentak (*corkscrew appearance*) .

- CT scan

Pada CT scan ditemukan penebalan dinding esofagus (normal < 3 mm).

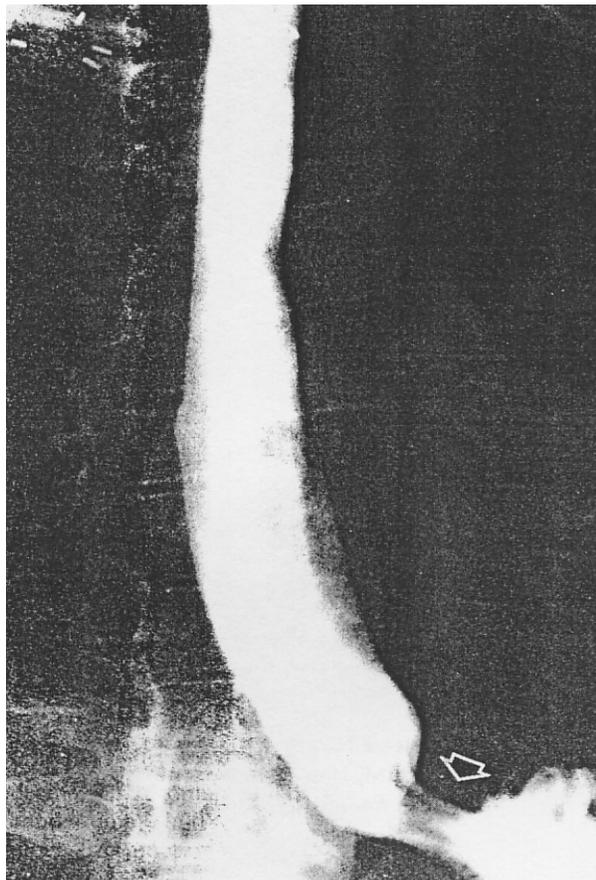


Scleroderma

Scleroderma terjadi akibat atrofi otot polos yang progresif dan digantikan dengan jaringan fibrosis. Di Amerika, ditemukan 14 kasus/1.000.000. Di dunia, insidensnya 20 kasus/1.000.000. Morbiditas 50-90% pasien. Rasio laki-laki dengan wanita adalah 1 : 3. Gejala baru terlihat pada dekade 4-6. Sering asimtomatis, bila makan/minum harus dalam posisi duduk/berdiri. Komplikasi yang sering dijumpai adalah *reflux esophagitis*, *Barrett metaplasia*, dan keganasan.

Pemeriksaan radiologi

Pada pemeriksaan barium ditemukan esofagus sepertiga proksimal yang normal, dilatasi esofagus yang atonik mulai dari arkus aorta ke bawah, *esophagogastric junction* yang *patulous*, refluks gastroesofageal, dan pada posisi tegak barium mengalir cepat masuk ke dalam lambung ⁽⁶⁾.



Akhalasia

Akhalasia merupakan gangguan motilitas esofageal primer. Obstruksi fungsional esofagus distal dengan dilatasi bagian proksimalnya, disebabkan oleh relaksasi sfingter esofagus bagian bawah yang inkomplit. Akibat kurangnya/tidak adanya sel-sel ganglion pada pleksus Auerbach di dinding esofagus distal. Penyebabnya tidak diketahui. Insidens di Amerika adalah 1 per 100.000 orang/tahun. Rasio laki-laki dengan wanita adalah 1 : 1. Terjadi pada orang berusia 25-60 tahun. Penderita akhalasia sering mengeluh disfagia, regurgitasi, nyeri dada, rasa Panas di daerah ulu hati, penurunan berat badan ⁽⁷⁾.

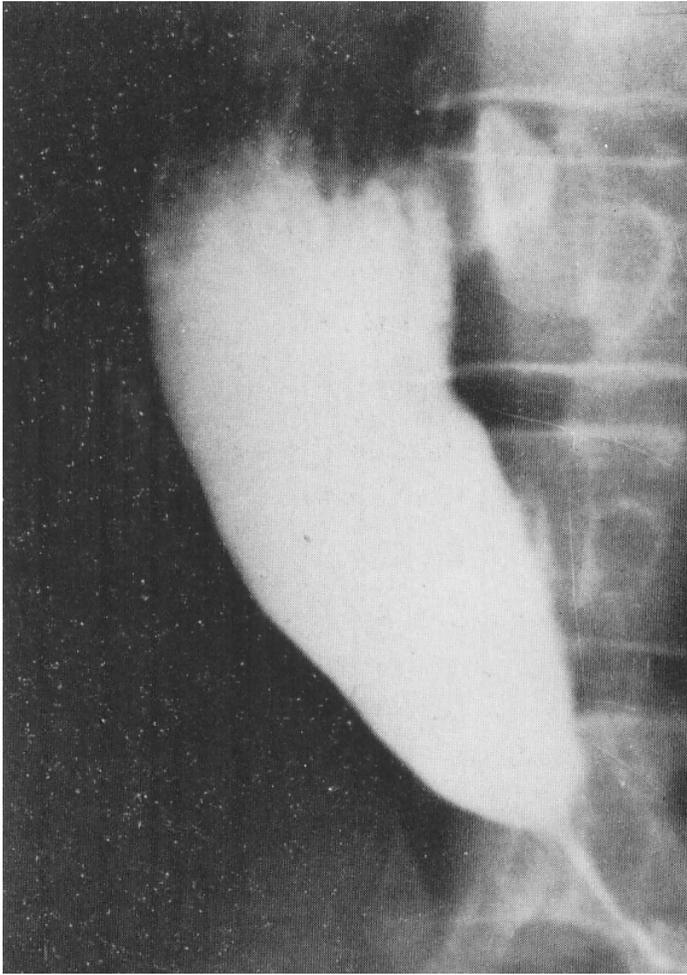
Pemeriksaan radiologi:

- Foto thorax

Pada foto thorax, ditemukan tidak ada/sedikitnya gelembung udara dalam lambung, dilatasi dan berkelok-keloknya esofagus yang menyebabkan pelebaran mediastinum kanan yang berdekatan dengan bayangan jantung.

- Pemeriksaan barium

Pada pemeriksaan barium terlihat kontraksi tersier multipel yang tidak terkoordinasi, penyempitan pada esofagus distal yang berbentuk corong dan mengecil berangsur-angsur (*bird's beak sign*), pada posisi tegak terlihat semburan kecil saat barium masuk ke dalam lambung ⁽⁹⁾.

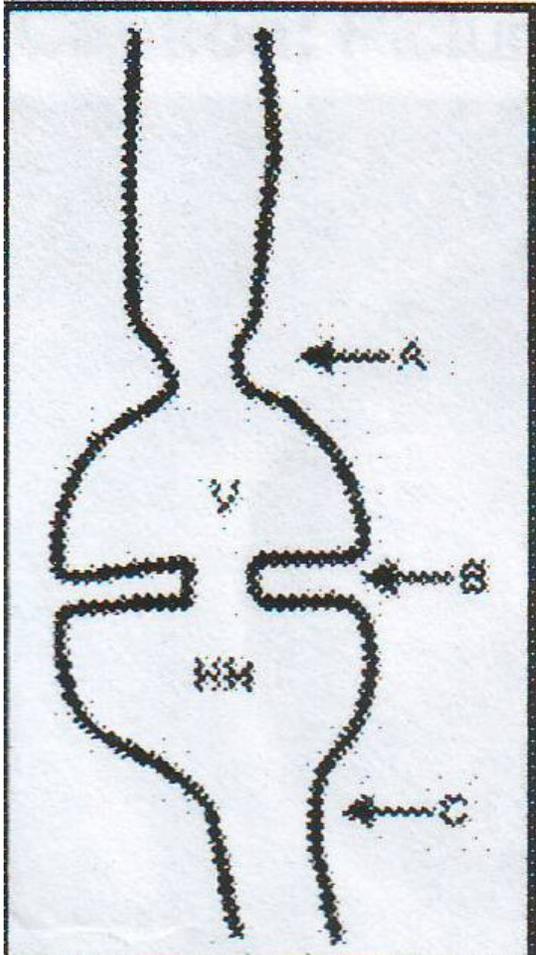


Lower Esophageal (Schatzki) Ring

Lower esophageal ring merupakan kelainan struktural esofagus yang paling sering ditemukan. Di Amerika dan di dunia prevalensinya belum diketahui. *Lower esophageal ring* biasanya asimtomatis, kecuali bila lumen esofagus melebihi 13 mm, maka sering menimbulkan gejala disfagia, belum ada data mengenai mortalitas. Lebih sering ditemui pada orang kulit putih dan pada wanita, dan dapat mengenai semua kelompok usia, gejala timbul sesudah usia 40 tahun. Disfagia terhadap makanan padat lebih banyak dijumpai daripada disfagia terhadap makanan cair. *Lower esophageal ring* dapat disebabkan kelainan kongenital atau didapat (GERD, bahan-bahan kaustik, pil yang menyebabkan inflamasi, radiasi mediastinum).

Pemeriksaan radiologi :

Pemeriksaan barium merupakan alat diagnostik pilihan dan relatif aman. Pada pemeriksaan barium dapat ditemukan penyempitan esofagus yang licin konsentris mulaibeberapacentimeter di atas diafragma, dan terjadi refluks barium⁽⁸⁾.



Striktur Esofagus

Penyakit yang dapat menyebabkan striktur esofagus dapat dikelompokkan dalam tiga kategori umum, yaitu penyakit intrinsik (inflamasi, fibrosis, atau neoplasma), penyakit ekstrinsik (invasi langsung atau pembesaran kelenjar limfe), dan penyakit yang mengganggu peristaltik dan atau sfingter esofageal bawah. Striktur esofagus biasanya akibat esofagitis yang disebabkan

oleh GERD. Di Amerika, terjadi pada 7-23% pasien refluks yang tidak diobati, dan striktur esofagus akibat GERD 70-80% dari seluruh kasus striktur esofagus, striktur setelah pembedahan 10%, dan striktur karena bahan korosif kurang dari 5%.

Penyebab striktur esofagus proksimal-medial adalah bahan kaustik(asam/alkali), keganasan, radioterapi, esofagitis, AIDS, obat-obatan yang menyebabkan striktur (asam askorbat, sulfat ferrous, antiinflamasi, nonsteroid), *pemphigus vulgaris*, kompresi dari luar.

Penyebab striktur esofagus distal adalah GERD, *Zollinger-Ellison syndrome*, adenokarsinoma, penyakit vaskular kolagen-*scleroderma*, SLE, *rheumatoid arthritis*, kompresi dari luar, skleroterapi dan penggunaan intubasi nasogastrik yang lama, dan *Crohn disease*.

Striktur esofagus lebih banyak ditemui pada laki-laki, penderita cenderung lebih tua, dan dengan gejala refluks yang lama.

Gejala yang sering dikeluhkan oleh penderita adalah rasa panas di daerah ulu hati, disfagia, odynophagia, makanan yang terjepit, penurunan berat badan, nyeri dada. Disfagia terhadap makanan padat yang progresif dapat berlanjut menjadi disfagia terhadap makanan cair juga.

Pemeriksaan radiologi:

- Pemeriksaan barium

Sensitivitas 100% apabila diameter lumen kurang dari 9 mm. Gangguan motilitas esofageal (dilatasi esofagus yang atoni) sering merupakan temuan awal. Selain itu pada pemeriksaan barium dapat ditemukan ulserasi multipel dengan ukuran yang bervariasi, sering mengenai seluruh esofagus thorakal, pola mukosa yang seperti plak nodular dan ireguler dengan tepi yang bergerigi tajam (*shaggy appearance*).

Pada esofagitis radiasi, penyembuhan fibrosis menghasilkan striktur yang berangsur-angsur dan licin ⁽¹²⁾.

- Foto thorax

Foto thorax harus digunakan sebagai pemeriksaan tambahan bila dicurigai adanya

kompresi ekstrinsik sebagai etiologi striktur esofageal.

- CT scan : Untuk menentukan *staging* keganasan.



Keganasan Esofagus

Di Amerika, keganasan esofagus menyebabkan 10.000-11.000 kematian/tahun dan insidens keganasan esofagus 3-6 kasus/100.000 orang⁽¹²⁾

Keganasan esofagus merupakan penyebab kematian akibat keganasan yang ke tujuh di dunia dan insidensnya 30-800 kasus/100.000 orang.

Keganasn esofagus lebih sering pada laki-laki (laki-laki : wanita = 7 : 1). dan paling sering mengenai pada dekade 6 & 7 dari kehidupannya.

Gejala klinis penderita keganasan esofagus pada awalnya mengalami disfagia makanan padat, tetapi pada akhirnya juga mengalami disfagia makanan cair, mengalami penurunan berat badan (> 50%), nyeri daerah epigastrium/retrosternal, suara serak, gejala pernapasan.

Penyebab keganasan esophagus diperkirakan berhubungan dengan paparan mukosa esofagus

terhadap rangsangan toksik/berbahaya. GERD merupakan faktor predisposes yang paling sering.

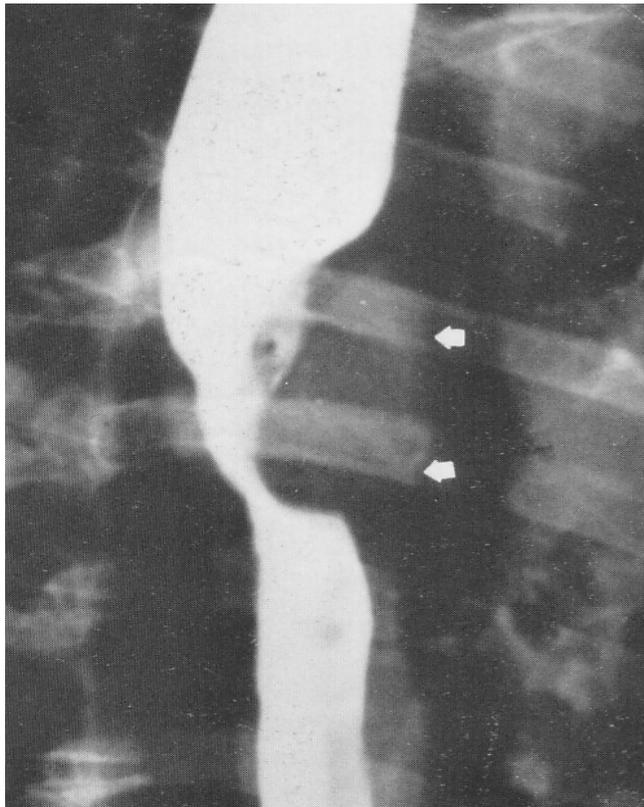
Pemeriksaan radiologi:

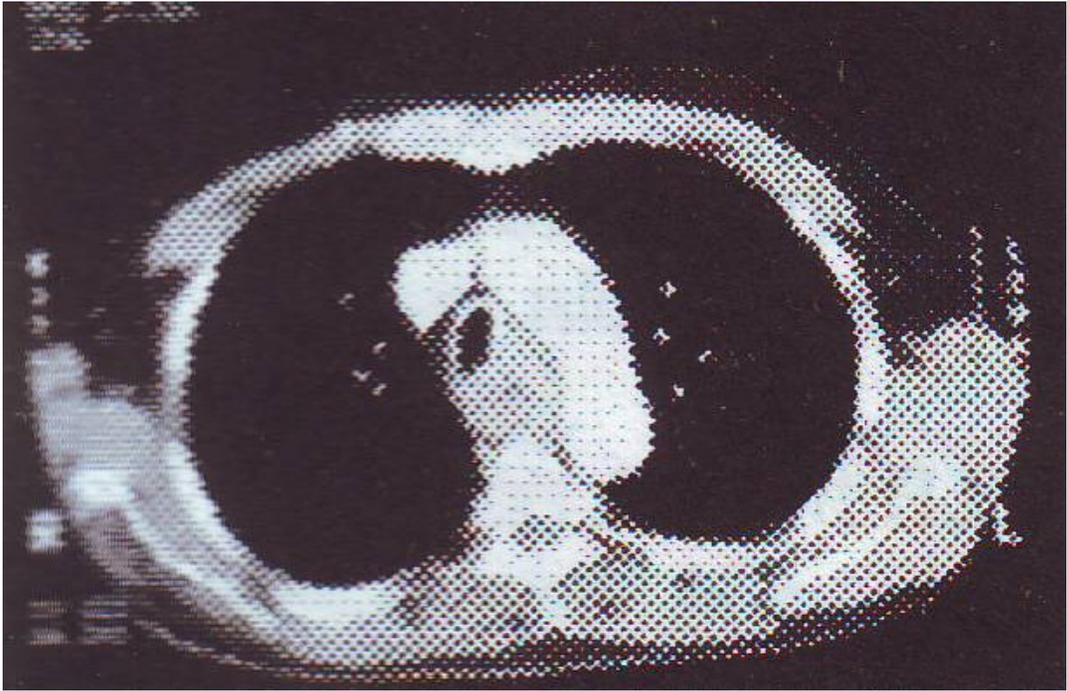
- Pemeriksaan barium

Pada pemeriksaan barium dapat ditemukan *flat plaque-like* pada satu bagian dinding esofagus, massa yang melingkari dengan penyempitan lumen yang ireguler dan tepi yang menggantung, *filling defect* yang *polypoid*, ceruk ulkus yang besar dalam massa yang menonjo⁽¹²⁾

- CT scan

Pada CT scan dapat diketahui ada atau tidaknya invasi ke jaringan sekitarnya (*tracheobronchial tree*, aorta, atau pericardium), *mediastinal adenopathy*, dan metastase ke hati dan kelenjar limfe abdominal^(12,13).





Kepustakaan

1. Wikipedia. Dysphagia.US: Wikimedia Foundation Inc, 2007.
2. Nam JP. Dysphagia. eMedicine 2006.
3. Diffuse esophageal spasm. eMedicine
4. Alan BR,Christian Birkedal.Esophageal Spasme.e.Medicine 2006;1-16
5. Rejeev Vasudeva,Davey R.Esophageal Stricture.e Medicine 2006
6. Tracy Elliot .Scleroderma. eMedicine. 2002
7. MarcoFissichella ,Marco Patti. Achalasia .e.Medicine 2006;1-10
8. Xaralambos Zervos,Nikolaos T.Esophageal Webs and rings.Medicie 2006;1-22
9. Allen AW, Murphy TF, Patel TH, Sawyer EM, Sawyer MAJ, Varma MK. Achalasia. eMedicine 2006.
10. Pysopoulos NT, Wong P, Zervos X. Esophageal webs and rings. eMedicine 2006.
11. Esophageal stricture. eMedicine
12. Marco Fisichella,Marco Patti Esophageal cancer. eMedicine 2006;1-19
13. Eisenberg RL. Gastrointestinal radiology companion.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 4-38.