

Nielemisvaikeus, nielemiskipu vai pala kurkussa

– korva-, nenä- ja kurkkulääkärin kannanotto

Suuontelon, suunielun ja alanielun alueen nielemisongelman kartoituksessa korva-, nenä- ja kurkkutautien vastaanotolla on ensiarvoisen tärkeää selvittää, onko kyse nielemisvaikeudesta (dysfagia), johon voi liittyä myös kipua (odynofagia), vai palan tunteesta nielussa (globus pharyngeus). Vastaanotolla käytettävä kuituoptinen nasofaryngoskooppi on erinomainen instrumentti tarkasteltaessa nielemistä koeruoka-annoksen kanssa tai ilman. Jäykällä tähyystimellä yleisanestesiassa tehty alanielun ja ruokatorven yläosan tähyystys on tarpeen, jos epäillä kasvainta. Varjoaineröntgenkuvaus on edelleen tärkeä alanielun ja ruokatorven toiminnallinen tutkimus. Uudeksi menetelmäksi myös dysfagiapotilaiden tutkimisessa on tulossa nasoesofagogastroskopia ohuella taipuisalla tähyystimellä, jonka päässä on digitaalinen kamera.

Nielemisen jakaantuu suu-, nielu- ja ruokatorvivaiheisiin, joista ensimmäinen on tahdonalainen ja kaksi jälkimmäistä refleksinomaisia. Suuvaiheen alussa ruoka pureskellaan valmiiksi nielemistä varten huulten, poskien, kielen, suulaen, hampaiden ja leuan yhteistyönä. Heikentynyt syljeneritys, leikkausten jälkitilat ja neurologiset häiriöt voivat vaikeuttaa tätä vaihetta, joka edeltää varsinaista nielemistapahtumaa. Seuraavan sekunnin aikana kielen liike työntää ruoan pitkin suulakea suulaki-kaarten eteen. Kielen toiminta voi olla heikentynyt leikkausten tai neurologisten häiriöiden takia. Ruokabolus laukaisee nielemisrefleksin nervus glossopharyngeuksen kautta koskettaessaan suulakikaaria (palataalireflesi) ja nervus laryngeus superiorin hermon kautta koskettaessaan kurkunpään yläaukeamaa. Samaan aikaan suulaki kohoaa, jolloin ruoan meno nenänieluun estyy, ja kurkunpää sulkeutuu ja siirtyy etuyläsuuntaan kielen tyven alle suojaan. Nie-

lemisperistaltiikka tapahtuu jaksoittaisesti sulakijalihasten supistuessa ylimmästä alimpaan. Kielen tyvi työntää ruoan nielun takaseinämää kohti, ja sen jälkeen bolus siirtyy sulkeutuneen kurkunpään ohi kohti ruokatorvea. Tämän nk. nieluvaiheen kesto ei vaihtele iän, sukupuolen tai ruoan koostumuksen mukaan. Sen sijaan ruoan eteneminen ruokatorvessa hidastuu iän myötä. Alimman nielunkurojalihaksen ja rengasrustolihaoksen relaksoituessa ruoka pääsee ruokatorveen. Ruokatorven peristaltiikka vie ruoan kohti alasulkijaa, jonka avautuessa bolus pääsee mahalaukkuun. Pureskeluvaiheeseen ja varsinaiseen nielemistapahtumaan osallistuu aivokuoren alueiden lisäksi aivorungon keskuksia ja aivohermoja (V, VII, IX, X, XII), joiden toimintahäiriö voi olla mukana aiheuttamassa dysfagiam.

Aspiraatiossa ruokabolus pääsee hengitysteihin. Jos tämä tapahtuu ennen nielemisrefleksiä (palataalireflesi ja kielen tyven laskeutumisref-

leksi), se aiheutuu todennäköisesti kielen liikkeiden kontrolloimattomuudesta tai huonosta nielemisrefleksistä. Nielemisen aikana tapahtuva aspiraatio on sen sijaan merkki ilmateiden huonosta sulkeutumisesta esimerkiksi tunnon heikentymisen takia. Yskimisrefleksi on tärkeä merkki ja apu aspiraation ehkäisemiseksi. Jos se ei laukea, voi tapahtua »hiljainen aspiraatio» boluksen edetessä hengitysteihin. Monet tekijät, kuten nielun alueen toispuolinen paralyysi, heikentynyt peristaltiikka ja kurkunpään heikentynyt kohoaminen nielemisen aikana aiheuttavat aspiraatiota nielemistapahtuman jälkeen. Aspiraatio voi johtaa äkillisiin tai myöhäisvaiheen keuhkokomplikaatioihin.

Esitiedot

Aluksi on selvitettävä mahdolliset taustasairaudet: tulehdus-, reuma-, kilpirauhas-, autoimmuuni- tai neurologiset taudit (Parkinsonin tauti, ALS, MS, myasthenia gravis, aivoverenkierron häiriö) tai muut yleissairaudet. Myös syljeneritystä vähentävien lääkkeiden ja nielemiseen vaikuttavien neurologisten ja psykiatristen lääkkeiden käyttöä on kysyttävä. Tässä yhteydessä on harkittava tarvittavien laboratoriotutkimusten käyttöä (esim. kilpirauhasarvot). Vierasesine nielemisvaivan aiheuttajana yleensä paljastuu asiaa kyseltäessä, koska tapahtumasta on kulunut vain vähän aikaa.

Nielemisoireen kesto ja luonne ovat olennaisia kysymyksiä. Alkoiko nielemisvaikeus äkillisesti vai pitkän ajan kuluessa? Tarkoittaako potilas vaikeutta niellä vai kipua niellessä? Tässä voi olla eroa kiinteän ja nestemäisen ruoan suhteen. Olisi myös jo alkuvaiheessa hyvä päästä käsitykseen siitä, onko kyse suun ja nielun vai ruokatorven alueen oireesta. Ruokatorven kahden suljikamekanismin ja peristaltiikan

toimintahäiriöt voivat aiheuttaa dysfagiaa ja ruokatorvialueen kipua (Mittal ja Bhalla 2004). Jos ruokaa ilmaantuu takaisin nieluun ruokailun jälkeen, voi aiheuttajana olla Zenkerin divertikkelin yläsulkijan yläpuolella. Kyseessä on ruokatorven yläsulkijan alueen posteriorisen limakalvon hankinnainen tyrämainen pullistuma, joka aiheuttaa nielemättömän ruoan palautumista nieluun ja sen yskimistä tai aspiraatiota ja limaneritystä alanielussa.

Jos kyse on nielemiskivusta, on selvitettävä kivun paikka, ajoittuminen, kesto ja muutokset nielemiseen nähden, kivun säteily korvaan, käheys, hengenahdistus, painon muutos ja mahdollinen veri syljessä. Yleensä kipu voi viitata pahanlaatuisen kasvaimen tai vierasesineen inflammatoriseen vaikutukseen. Ruokatorven alueen vaiva tuntuu yleensä kipuna rintalastan alla tai säteilee kaulaan, kun taas alanielun alueelta lähtöisin olevan kivun potilas näyttää kaulan korkeudelle, ja se säteilee usein korvan seutuun.

YDINASIA T

- **Tärkein syy tehdä jatkotutkimuksia potilaalle, jolla esiintyy epätyypillistä globusoireilua, on löytää taustalla mahdollisesti oleva nielun tai ruokatorven yläosan pahanlaatuinen kasvain.**
- **Nuorehko potilas, jolla anamneesi ja globusoireet ovat tyypillisiä eikä poikkeavia löydöksiä tai riskitekijöitä (tupakka, alkoholin runsas käyttö) ole, voidaan tutkia perusterveydenhuollossa. Sama koskee seurantaa.**
- **Dysfagian diagnosointi perustuu erityisesti tarkkaan anamneesiin ja potilaan tutkimiseen vastaanotolla. Tähystystutkimus, kudoksenäytteen otto ja kuvantamistutkimukset ovat usein tarvittavia jatkotoimenpiteitä.**
- **Jäykällä tähystimellä yleisanestesiassa tehty alanielun ja ruokatorven yläosan tähystys on paras tämän alueen tutkimusmenetelmä ainakin niille dysfagiapotilaille, joilla on alanielun paikantuvia oireita ja oireiden sekä muiden löydösten perusteella epäillään vahvasti kasvainta.**

Globus pharyngeus tarkoittaa palan, paineen tms. epämukavuuden tunnetta nielussa. Kyseessä on hyvänlaatuinen oireyhtymä, joka on mahdollisesti yleisempi naisilla ja yleensä liittyy voimakkaisiin tunnereaktioihin. Syytä palan tunteeseen nielussa ei tunneta, ja se on todennäköisesti monitekijäinen (Harar ym. 2004). Psykkisten tekijöiden lisäksi syiksi on arveltu ruokatorven yläsulkijan spasmia, ruokatorven takaisinvirtausoireistoa, kaularangan osteofyyttiä tai kilpirauhasen liikakasvua tai kasvainta. Tyypillinen globusoireisto paikantuu ruokatorven yläaukeaman ja kurkunpään tasolle keskiviivan tuntumaan. Yleensä varsinaista nielemisvaikeutta, painon laskua taikka puhe- tai neurologisia oireita ei esiinny. Kiinteän ruoan nieleminen helpottaa oiretta, kun taas tyhjän nieleminen voi lisätä sitä.

Potilaan tutkiminen korva-, nenä- ja kurkkulääkärin vastaanotolla

Potilaalle olisi tehtävä täydellinen korva-, nenä- ja kurkkutautien tutkimus ja samassa yhteydessä määritettävä aivohermojen V, VII, IX, X ja XII toiminta. Kaulan imusolmukkeiden, suunpohjan ja kielen palpaatio ovat olennaisia. Huomiota kiinnitetään huulten sulkuvoimaan, kielen liikenopeuteen, hampaistoon, syljeneritykseen, suulaen ja suunielun takaosien motoriikkaan ja sen symmetrisyyteen. Kielentyven alue, alanielu ja kurkunpää tarkistetaan joko otsalampun ja peilin avulla tai käyttäen kuituoptista tähystintä, nasofaryngofiberoskooppia. Tähystin vietään paikallisuudutuksessa toisen nenäkäytävän kautta nenänieluun ja sieltä edelleen alanieluun. Tähystäessä tarkistetaan paitsi limakalvoalueet mahdollisen kasvaimen takia myös nielun toiminnan symmetrisyys. Vaiheittain voidaan näin tarkastella ensin suulaen toimintaa ja sen symmetrisyyttä ja sen jälkeen kielirisan kokoa, alanielun ja kurkunpään toimintaa ja tähystimellä koskettamalla myös eri alueiden tuntoa. Tähystyksen aikana potilasta voidaan pyytää äänteleämään tai nielemään pieniä määriä eripakuisia nesteitä, jolloin saadaan käsitys kyseisten alueiden toiminnasta (ruoan retentoituminen ja aspiraatio). Toimenpidettä nimitetään lyhen-

teellä FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) (Amin ja Postma 2004).

Vastaanotolla voidaan myös tarkastella ruoan pureskelua ja nielemistä suuontelovaiheen osalta ja kiinnittää huomiota mahdolliseen yskimiseen tai aspiraatioon. Liman, syljen tai ruoan retentoituminen alanieluun tulisi arvioida. Kupliva neste alanielussa aiheutuu tavallisimmin mekaanisesta esteestä. Sitkeä, kauemmin paikallaan ollut erite voi viitata neurologiseen syyhyn.

Kurkunpään tutkiminen saattaa olla dysfagiapotilaalle hankalaa liman ja syljen retentoitumisen takia. Kannurustojen liike voi olla heikentynyt tuumorin tai neurologisen syyn takia, ja niiden välinen limakalvo saattaa olla refluksin takia turvonnut, punoittava tai jopa mukulakivimäinen.

Potilas, jolla epäillään ruokatorven alueen sairautta, on ohjattava jatkotutkimuksiin. Ruokatorven sairauksien ensisijainen tutkimus on ruokatorven tähystys, joka tulisi aina tehdä ennen mahdollisia funktiotutkimuksia (manometria-tutkimus ja pH:n pitkäaikaisrekisteröinti) myös epäiltäessä ruokatorven toiminnallisia sairauksia (Nieminen 2002).

Globusdiagnoosiin päädytään sulkemalla pois elimelliset syyt oireen takana. Jatkotutkimusten tarpeellisuudesta, ensisijaisesta tutkimusmenetelmästä ja hoidosta ei ole yhtenevää mielipidettä. Ruokatorven toimintahäiriöiden on raportoitu olevan tavallisia näillä potilailla, ja sen takia suositeltu tehtäväksi em. funktiotutkimuksia (Färkkilä ym. 1994). Toisaalta Hararin ym. (2004) mukaan 64,5 %:lla potilaista on tyypillinen anamneesi, ja näissä tapauksissa riittää tarkka kliininen tutkimus, joka sisältää nasofaryngofiberoskopian. Jos oirekuva ei ole tyypillinen, on syytä tehdä alanielun ja ruokatorven varjoainokuvaus tai tähystystutkimuksia. Mikä tahansa tähän sopiva epätyypillinen oire, kuten kipu, korvaan säteilevä särky tai painon lasku, on jatkotutkimusten aihe. Hintansa ja huonon herkkyytensä takia varjoainokuvaus on kuitenkin syytä tehdä näille potilaille vain valikoidusti. Kaulan kaikututkimuksella voidaan selvittää tarvittaessa kilpirauhasen muutokset. Lisätutkimuksia valittaessa otetaan huomioon mm. tämän alueen pahanlaatuisten kasvainten

riskitekijät, kuten ikä sekä tupakan ja alkoholin runsas käyttö.

Dysfagian diagnosointi perustuu erityisesti tarkkaan anamneesiin ja potilaan tutkimiseen vastaanotolla. Tähestystutkimus, kudoksen otto ja kuvantamistutkimukset ovat usein tarvittavia jatkotoimenpiteitä. Tietokone- ja magneettikuvaus eivät kuulu ensisijaisiin tutkimuksiin, mutta ne ovat tärkeitä esimerkiksi kasvaimen sijainnin ja levinneisyyden määrittämisessä. Nielemistoiminnan muutoksia voidaan tarkastella erityisesti videofluorografiassa. Tällaisen varjoainekuvauksen herkkyyks havaita limakalvomuutoksia on kuitenkin rajallinen. Endoskopian merkitystä näiden potilaiden ensivaiheen tutkimuksena ei voi siksi korostaa liikaa. Jäykällä hypofaryngoskoopilla tehty alanielun ja ruokatorven yläosan tähestys on ylivoimainen, kun halutaan tarkastella recessus piriformisten pohjaosien ja postkrikoidaaliseudun limakalvomuutoksia ja erityisesti yläsulkija-alueen poikkeavuuksia. Kuituoptista tähestintä käytettäessä nämä alueet eivät näy kunnolla. Jäykän tähestimen kautta voidaan epäilyttävistä alueista ottaa suoraan näkö- ja palpaatio-ohjauksessa riittävän kokoisia ja edustavia näytteitä ja toisaalta myös arvioida esimerkiksi yläsulkijan kireyttä tai Zenkerin divertikkelin kokoa. Tähestys tehdään yleisanestesiassa, mikä on haitta verrattuna paikallispuudutuksessa tehtävään fiberoskopiaan.

Pohdinta

Globuspotilaista useat hakeutuvat vastaanotolle syövän pelon takia. Vain 5 %:lla näistä potilaista on todettu pään ja kaulan alueen kasvain (Bradley ja Narula 1987). Nuorehko potilas, jolla anamneesi ja globusoireet ovat tyypilliset eikä poikkeavia löydöksiä tai riskitekijöitä (tupakka, alkoholin runsas käyttö) ole, voidaan tutkia perusterveydenhuollossa. Sama koskee seurantaan. Kun jatkotutkimuksille ei katsota olevan aiheutta, on potilaan vakuuttaminen oireen vaarattomuudesta olennainen osa hoitoa. Tärkein syy tehdä jatkotutkimuksia potilaalle, jolla on epätyypillinen globusoire, on löytää oireiden taustalla mahdollisesti oleva alanielun tai ruokatorven yläosan pahanlaatuinen kasvain (Harar ym. 2004).

Alanielun syöpäkasvaimet ovat harvinaisia; niiden ilmaantuvuus on Suomessa noin 0,3/100 000 (Laranne ym. 2005). Yleislääkäri kohtaa siis uuden tällaisen syöpäpotilaan aniharvoin uransa aikana. Kokemusta pahanlaatuisen alanielumutoksen diagnosoimisesta ei siksi pääse syntymään. Silti on korostettava perusteellisten tutkimusten merkitystä erityisesti niissä nielemisoiresetapauksissa, joissa potilaalla on vahva tupakka- ja alkoholianamneesi.

Ongelmana ovat erityisesti sormusruston takana olevat ja ruokatorven yläsulkijan alueen kasvaimet, jotka näkyvät huonosti tai eivät lainkaan kuituoptisen nasofaryngoskoopin avulla. Ne eivät näy kunnolla myöskään kuituoptista esofagogastroskooppia käytettäessä. Jäykällä tähestimellä yleisanestesiassa tehty alanielun ja ruokatorven yläosan tähestys on paras tämän alueen tutkimusmenetelmä ja suositeltava ainakin niille dysfagiapotilaille, joilla on alanieluun paikantuvia oireita ja niiden sekä muiden löydösten perusteella epäillään vahvasti kasvainta. Kyseessä on kuitenkin yleisanestesian vaativa toimenpide, joka soveltuu huonosti ensisijaiseksi vaihtoehdoksi globuspotilaille. Toimenpiteeseen liittyy myös komplikaatioiden – esimerkiksi puhkeaman – vaara, ja siksi se edellyttää tekijältään kokemusta.

Alanielun ja ruokatorven videofluorografia on nielemisen toiminnallinen varjoaineröntgenkuvaus. Se kertoo esimerkiksi nielemisrefleksin (palataalirefleksi ja kielentyven laskeutumisrefleksi) laukeamisherkkyydestä ja tehokkuudesta, kielen liikkeiden hitaudesta, boluksen hallitsemattomuudesta suussa, ruokatorven yläsulkijan kireydestä, mahdollisesta Zenkerin divertikkelistä, neurologisista häiriöistä ja aspiraatiosta. Sen sijaan se ei ole kovin herkkä tämän alueen limakalvomuutosten ja kasvainten toteamisessa eikä korvaa dysfagiapotilaan endoskooppista tutkimusta mutta voi valikoiduissa tapauksissa täydentää sitä. Globuspotilaan perustutkimuksena esimerkiksi yläsulkijan spasmin osoituksessa sillä on oma käyttöaiheensa.

Paikallispuudutuksessa vastaanotolla tehtävän transnasaalisen esofagoskopian on arveltu syrjäyttävän ruokatorven varjoainekuvauksen potilailla, joilla on reflukti-, dysfagia-, striktuu-

ra- tai globusoireisto tai joilla etsitään pään ja kaulan alueen pahanlaatuista kasvainta (Postma ym. 2004). Kuvan laatu parantui huomattavasti, kun kuituoptisten tähystimien rinnalle tulivat »distal-chip»-endoskoopit, joissa kamera on tähystimen kärjessä. Äskettäin ilmestyneiden raporttien mukaan kyseessä on helppo, hyvin siedetty ja turvallinen tutkimusmenetelmä, jossa ruokatorvi voidaan täyttää ilmalla ja huuhdella tähystystä ja biopsiaa varten (Postma ym. 2005).

Lopuksi

Yleislääkärin tulisi tunnistaa tilanteet, joissa seuranta ja mahdollinen hoitokokeilu esimerkiksi närästyslääkkeellä riittävät, ja toisaalta

ne tapaukset, joissa oireet ovat epätyypillisiä ja jatkotutkimusten pikainen käynnistäminen on välttämätöntä esimerkiksi kasvaimen pois sulkemiseksi. Potilas olisi lähetettävä erikoislääkärin vastaanotolle, kun käytössä ei ole riittäviä diagnostisia valmiuksia, dysfagian syy jää epäselväksi tai esiintyy aspiraatiota (Spieker 2000). Joskus jatkohoidon pikainen järjestäminen on aiheellista myös henkeä uhkaavien komplikaatioiden (esimerkiksi aspiraatio) estämiseksi tai ravitsemustilan ylläpitämiseksi. Nielemiseen liittyvissä oireissa ja ongelmissa tarvitaan ajoittain useiden erikoisalojen asiantuntijoiden kuten korvalääkäreiden, neurologien, gastroenterologien ja foniatrien konsultaatiota. Varsinkin hoidossa moniammatillinen yhteistyö korostuu.

Kirjallisuutta

Amin MR, Postma GN. Office evaluation of swallowing. *Ear Nose Throat J* 2004;83 Suppl 2:13–6.
Bradley PJ, Narula A. Clinical aspects of pseudodysphagia. *J Laryngol Otol* 1987;101:689–94.
Färkkilä MA, Ertama I, Katila H, Kuusi K, Paavolainen M, Varis K. Globus pharyngis, commonly associated with esophageal motility disorders. *Am J Gastroenterol* 1994;89:503–8.
Harar RPS, Kumar S, Saeed MA, Gatland DJ. Management of globus pharyngeus: review of 699 cases. *J Laryngol Otol* 2004;118:522–7.
Laranne J, Bäck L, Koivunen P, Pukkila M, Pulkkinen J, Grénman R. Hypopharyngeal carcinoma in Finland from 1990–1999. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262:374–8.

Mittal RK, Bhalla V. Oesophageal motor functions and its disorders. *Gut* 2004;53:1536–42.
Nieminen U. Milloin tarvitaan ruokatorven funktiotutkimuksia? *Suom Lääkäril* 2002;57:1647–54.
Postma GN, Amin MR, Simpson CB, Belafsky PC. Office procedures for the esophagus. *Ear Nose Throat J* 2004;83 Suppl 2:17–21.
Postma GN, Cohen JT, Belafsky PC, ym. Transnasal esophagoscopy: Revisited (over 700 consecutive cases). *Laryngoscope* 2005;115:321–3.
Spieker MR. Evaluating dysphagia. *Am Fam Phys* 2000;61:3639–48.

ANTTI MÄKITIE, dosentti, osastonylilääkäri
antti.makitie@hus.fi
HYKS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka
PL 220, 00029 HUS