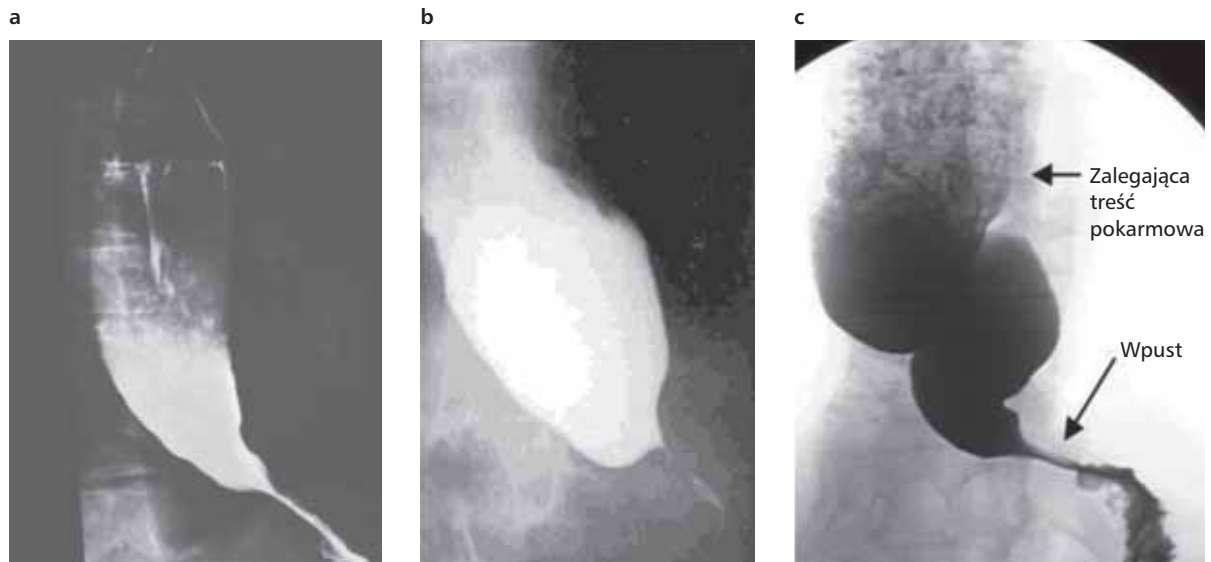
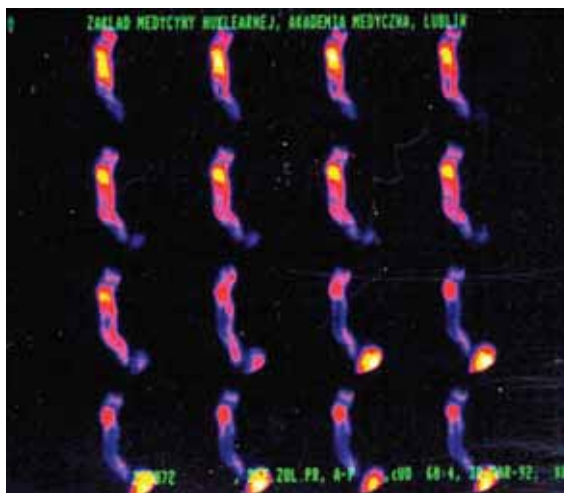


Rycina 30.15. Kurcz wpustu, badanie radiologiczne: a – przeglądowe zdjęcie klatki piersiowej, b – zdjęcie przełyku z kontrastem, widoczne poszerzenie cienia śródpiersia.



Rycina 30.16. Rentgenoskopia przełyku, radiologiczne stopnie zaawansowania kurczu wpustu: a – stopień I/II; b – stopień III; c – stopień IV.



Rycina 30.17. Kurcz wpustu, scyntygrafia przełyku. Dodatkowo uwidoczniony uchyłek gardłowo-przełykowy Zenkera.

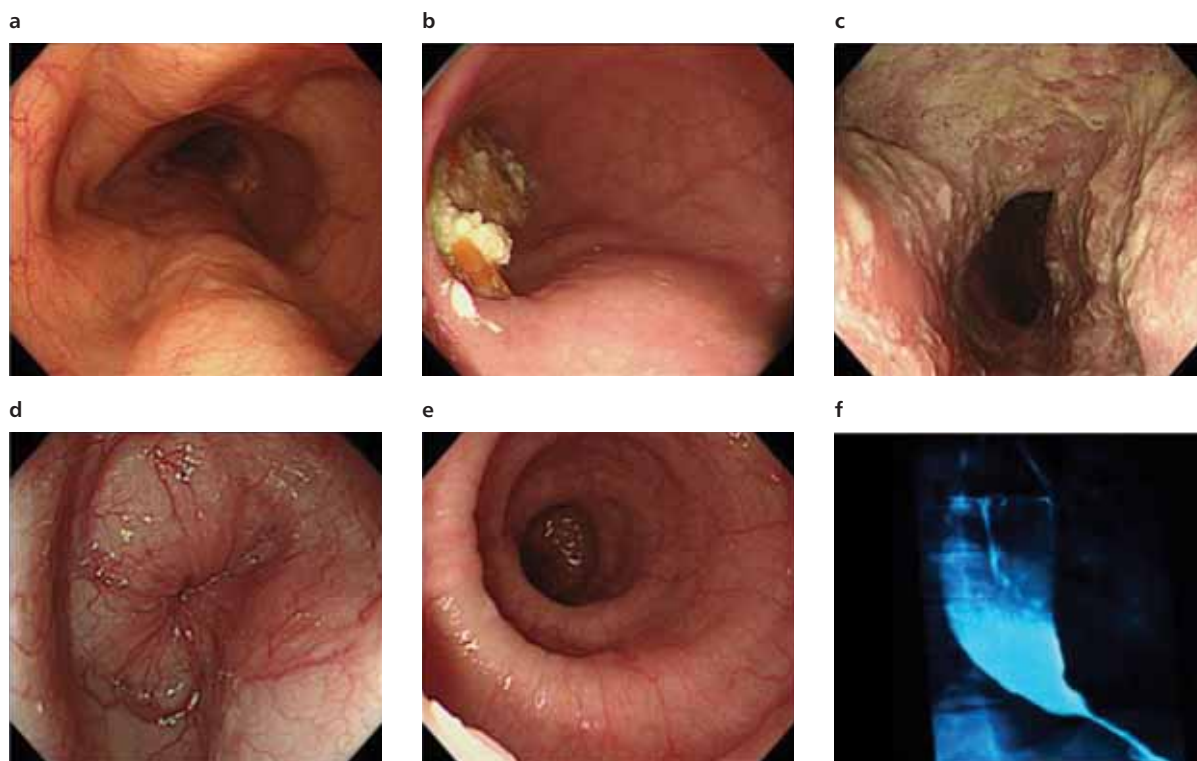
- III stopień – szerokość przełyku 4–6 cm;
- IV stopień – szerokość przełyku ≥ 8 cm, sigmoidalny kształt przełyku.

Poza oceną kształtu i szerokości przełyku rentgenoskopia przełyku pozwala na wstępną ocenę pasażu i opróżniania przełykowego z kontrastu po 1 min i 5 min badania zarówno w trakcie wstępnej diagnostyki kurczu wpustu, jak i oceny efektywności leczenia (mechanicznego rozszerzania, POEM, kardiomiotomii wykonanej na drodze operacyjnej). W latach poprzednich wykonywano również badania scyntygraficzne przełyku w celu oceny anatomicznej i czynnościowej pasażu przełykowego (ryc. 30.17).

Badaniem o zasadniczym znaczeniu różnicującym czynnościowe i organiczne przyczyny mechanicznego upośledzenia drożności przełyku na poziomie LES, skutkującego wystąpieniem objawów dysfagii, jest endoskopowe badanie górnego odcinka przełyku (ezofagogastrofiberoskopia).

Endoskopowymi cechami kurczu wpustu są (ryc. 30.18):

- konieczność endoskopowego poszerzenia połączenia przełykowo-żołądkowego (EGJ/LES) (41,1% przypadków);



Rycina 30.18. Kurcz wpustu, obrazy: endoskopowe (a–e) oraz RTG (f).