

Akalazyada Cerrahi Tedavi: Herhangi Bir Antireflü İşlemi Gerekir mi?

Dr. Tevfik AKINCIOĞLU, Dr. Fuat ATALAY, Dr. Haldun GÜNDOĞDU,
Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr. Mustafa Şerif ONARAN

Özet: Kliniğimizde son on yılda Akalazyaya nedeniyle ameliyat edilen olgulardan 45 inde Heller Doğum tipi özefagokardio miyotomiye ilave, antireflü işlemi olarak sadece özefago fundal tesbit işlemi uygulanmıştır. (Olgulardan 17 si kadın 28 i erkek olup ortalama yaş 41 (19-73) idi. Olguların hepsinde disfaji mevcut olup regurjitasyon ikinci sıklıkla saptanan semptomdu. Tanıya baryumlu özefagus tetkiki ve özefagoskopi ile gidildi. Özefagokardiomyotomi özefagusta 5-7cm. midede 1cm i geçmeyecek şekilde uygulandı. Operatif morbidite %8.88, mortalite %2.22 olarak tesbit edildi. Olguların takipleri neticesinde disfaji %93.75 oranında düzeldi. Disfaji nedeni ile iki olguda tekrar dilatasyon işlemi gerekti. Reflü özefajit %9.37 oranında geç komplikasyon olarak gözlemlendi. Medikal tedavi ile düzeldi. Sonuç olarak tam ve yeterli olarak yapılmış özefagokardiomyotomiye ilave olarak Hiss açısının ortadan kaldırıldığı bu teknik ile iyi ve efektif bir sonuç elde edilmiş olup anatominin bozulacağı herhangi bir funduplikasyon işlemine gerek yoktur.

Summary: THE SURGICAL TREATMENT OF OESOPHAGEAL ACHALASIA : ARE ANTIREFLUX PROCEDURES NECESSARY?

In the last ten years we performed in our gastrointestinal surgery clinic only esophagofundal anchoring as an antireflux procedure in 45 patients (17 women 28 men) The mean age was 41 with a range of 19 to 73 years, on whom Heller Zaaijer typ of esophagocardiomyotomy has been applied because of achalasia. All patients suffered from painless dysphagia. Postprandial and nocturnal regurgitation was the most disturbing symptom after painless dysphagia. Diagnose was established with endoscopic examination and esophageal passage graphy with barium. Esophageocardiomyotomy was performed in such a way so as not to exceed 5-7cm in the esophagus and 1cm in the stomach. Operative morbidity and mortality were found to be 8.88% and 2.22% respectively. In the postoperative follow up dysphagia disappeared in 93.75 per cent. Endoscopic dilatation was applied in two patients because of persisting dysphagia. Reflux esophagitis was observed 9.37 per cent as a late postoperative complication which is cured with a medical treatment. In a conclusion we recieved a good an effective result with an exactly performed esophagocardiomyotomy, which obliterates the Hiss angle and we do not need any fundoplication procedure which disturbs the anatomy.

Anahtar Kelimeler: Ösophageal akalasia, cerrahi tedavi, fundoplikasyon, balon dilatasyon, özofagomyotomi

Key Words: Esophageal achalasia, surgical treatment, fundoplication, balloon dilatation, esophagectomy.

Akalazyaya genellikle endoskopik dilatasyonla başarılı bir şekilde tedavi edilmesine karşın

hala bazı olgularda cerrahi girişime gerek duyulur. Cerrahi girişim düşük morbidite ve mortalite oranı, %86-94 başarı oranı ile dilatasyondan yarar görmemiş ve dilatasyon işle-

mini kabul etmeyen hastalarda geçerlidir. (1-3) Stage 4 e uyan megaözefaguslu olgularda total ösefajektomi gerektiği bildirilmesine rağmen (4,5) benign bir hastalık için girilen risk büyüktür. Akalasyada tedavi böylesine radikal olmaktan ziyade disfajiyi ortadan kaldırmak için distaldeki dar segmentin genişletilmesi operasyon sonrası ortaya çıkabilecek darlık veya reflünün önlenmesini amaçlayan palyatif bir girişim olmalıdır. Ösefagusun önündeki dar segment Heller Zaaier tipi ösefagokardiomyotomi ile kafi bir şekilde genişletilebilmektedir. Reflünün önlenmesi için çeşitli fundoplikasyon metodları uygulanmaktadır. (6-8).

Bu çalışmamızın amacı tekniğine uygun heller Zaaier tipi ösefagokardiomyotomi uygulanan olgularda ilave olarak ösefagofundal tesbit işlemi ile tam ve etkili bir netice elde edildiğini göstermektir.

METOD

Türkiye Yüksek İhtisas Hastahanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde son on yılda achalasia nedeni ile ameliyat edilen olgular içerisinde, sadece Heller Zaaier tipi ösefagokardiomyotomi ve ösefago fundal tesbit işlemi uygulanan 45 hasta bu çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaları medikal tedavi, bujina ve endoskopik dilatasyonla düzelmeyen sigmoid ösefagus tarzında ileri derece dilatasyon gösteren veya dilatasyon işlemini kabul etmeyen olgular teşkil etmektedir. Hastalara preoperatif dönemde rutin tetkiklere ilaveten baryumlu ösefagus tetkikleri ve ösefagoskopi uygulanmıştır. Ösefagus çapı 4 cm den küçükse grade 1,4-6 cm ise grade 2,6cm den büyükse grade 3, sigmoid ösefagus şeklinde ise grade 4 olarak değerlendirilmiştir. Manometrik ölçümler ve PH moniterizasyonu olanaksızlıklar nedeni ile uygulanamamıştır. Ameliyat öncesi dönemde hastalarda bir gün oral beslenme kesilmiş ösefagus çok dilate ise tüp ile lavaj yapılarak yıkanmıştır. Post operatif dönemde nazogastrik tüp 2. günde alınmış, 7.

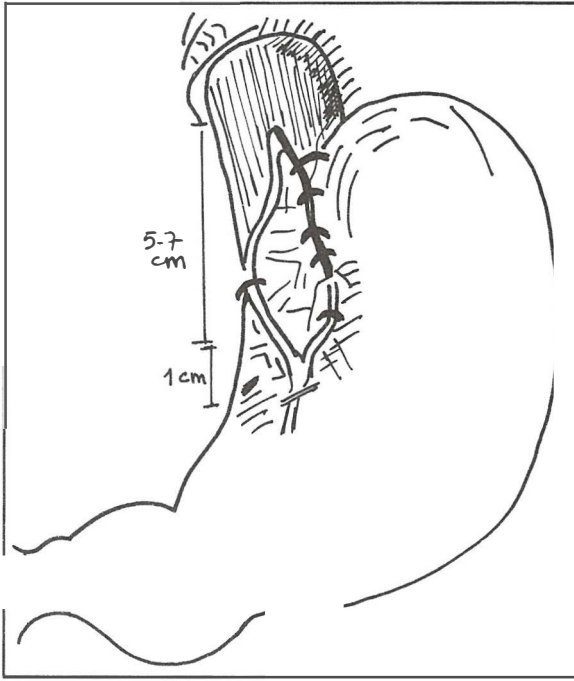
gün sulandırılmış baryum ile çekilen pasaj grafisi sonrası önce sıvı sonra yumuşak katı gıdalarla beslenmeye geçilmiştir. Post operatif 11. gün hastahaneden çıkartılmışlardır. Klinik takibimizde 3 ay sonra kontrole çağrılan hastalar, gerekirse tekrarlanan ösefagus pasaj grafileri ile gözlenmiştir. Takip sonuçları 7-118 ay ortalama 54.5 ay arasındadır. Post operatif dönemde kaybedilen bir olgu haricinde kontrole gelmeyen ve mektupla iletişim kurulamayan 12 olgu değerlendirmeye alınmamış olup, sonuçlar 32 olguya göre bildirilmiştir.

TEKNİK

Cerrahigirişim bütün olgularda abdominal yoldan gerçekleştirilmiştir. Batına göbek üstü median kesi ile girilmiştir. Ösefagokardiomyotomi geniş ösefageal segmentten başlayarak sadece ön yüzde, ösefagusta 5-7cm midede 1cm i geçmeyecek şekilde Heller Zaaier tekniğine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Bu arada ön vagus ve mukozada hasar yapmama ya özen gösterilmiştir. Ayrıca myotomi sırasında adeleden sıyan kanamının hemostazına özen gösterilmiştir. Kesilen adeninin fundus tarafındaki kenarı tek tek konulan 3-0 Dekson sütürlerle (4-5adet) fundusa tesbit edilmiş ve böylece his açısı ortadan kaldırılmıştır. Karşı kenar ise biri iki separe sütür ile paryetal peritoneo dikilerek ösefagusun kesilen kenarları birbirinden uzaklaştırılmıştır. Daha sonra omentum majus bu bölgenin üzerine getirilmiştir. Bölgenin drenajını iki gün süre ile temin edecek bir penröz dren konulmuştur. Şekil 1.

BULGULAR

Hastaların 17 si kadın (%31.77) 28 erkek (%62.22) olup olguların kadın erkek oranı 3/5 şeklinde idi. Yaşları 19 ile 73 arasında olup ortalama yaş 46 idi. Olgularda ortalama semptom süresi 16 ay olup gözlenen semptomlar tablo 1 de görülmektedir. Hastaların 11 de (%24.41) de Hb 10 g/dl altında olacak şekilde anemi mevcut olup diğer biyokimyasal ve he-



Şekil I: Uyguladığımız Teknik

matolojik tetkikler normal idi. Olguların hepsinde baryumlu ösefagus tetkiki uygulandı. Ayrıca 36 olguda (%80) ösefagoskopi yapılarak teşhise yardımcı olundu. Pre operatif dönemde 10 olguda (%22.25) grade 1,22 olguda (%48.88) grade 2,9 olguda (%20) grade 3,4 olguda (%8.88) grade 4 achalasia tesbit edildi. Operasyon esnasında 3 olguda mukoza yaranması oldu birinde malesef daha sonra ösefageal sızıntı gelişti. Hasta sepsis ve gelişen peritonit sonucunda kaydedildi. Ayrıca bir olguda yara enfeksiyonu gelişti. Bu olguların oranı %8.88 dir. Takibi bilinen 32 olguya göre uzun takip sonuçları tablo II'de görülmektedir. Disfajinin hiç tekrarlamadığı olgulara iyi orta derece tekrarladığı olgulara orta derece, dilatasyon gerektiren disfajisi mevcut hastalar ise kötü netice olarak değerlendirildiler. Görüldüğü gibi disfajinin düzelmesi %93.75 olguda amacına ulaşmıştır. Sadece %2.25 olguda sonradan dilatasyon gerektiren disfaji tekrarlanmıştır. Bu olgularda balonla endoskopik dilatasyon uygulanmış ve başarılı sonuç alınmıştır. Reflü ösefajit 3 olguda görülmüş

Tablo I: Olgularımızdaki semptomlar ve görülme sıklığı

Semptom	Olgu	%
Yutma güçlüğü	45	100.00
Regurjitasyon	32	71.11
Retrosternal ağrı	28	62.22
Kilo kaybı	23	51.11
Aspirasyon-öksürük	5	11.11

Tablo II: Olguların uzun takip sonuçları (32 olgu)

Sonuç	Olgu Sayısı	%
Disfajinin düzelmesi		
-iyi netice	26	81.25
Orta derece netice	4	12.50
Kötü netice	2	6.25
Reflü ösefajit gelişimi	3	9.37
Kilo artışı	30	93.75

olup medikal tedavi ile (Omeprazol 20 mg/günde) kontrol altına alınmıştır.

TARTIŞMA

Akalazyanın tedavisi, birçok gastrenteroloji kliniklerinde yayınlanan başarılı çalışmalar da da gözlendiği gibi, günümüzde polietilen balon dilatasyonu ile yapılmaktadır. (2,9,10) fakat özellikle epifrenik divertikül, hiatal herni bulunuşu ve sigmoid ösefagus tarzında ileri derece dilatasyon mevcut olup hastalarda perforasyon riski mevcuttur. (11) Sigmoid ösefagus tarzında dilatasyonu mevcut olup olgularda bazı otörler (4,5) rezeksiyon önermektedirler. Benign bir hastalık için ösefajektomi gibi radikal bir cerrahi girişimin uygulanması gerek morbidite gerekse mortalite artmasına neden olacağından kliniğimizce kabul görmemektedir.

Akalazyanın cerrahi tedavisinde amaç, dar olan segmentin genişletilerek ortadan kaldırılması, daha sonra ortaya çıkabilecek darlık ve reflünün önlenbilmesidir. Striktür gelişmesinden kaçınmak için myotominin tam ve yeterli bir şekilde yapılması, özellikle adelede olan kanamalarda tam bir hemostaz uygulanmalıdır. Aksi takdirde sonradan gelişebilecek skar dokusu striktüre neden olabilir (3,8,12,13).

Reflü gelişiminin önlenmesi için myotominin midedeki uzunluğu önemlidir. Her ne kadar Banavina (8) ve arkadaşlarınca bu uzunluğun 2cm e kadar genişletilmesi gerektiği ileri sürülmesine rağmen kliniğimizin görüşü de diğer bazı otolörce de belirtildiği gibi (7,12,14) midedeki myotominin uzunluğunun 1cm i geçmeyecek şekilde uygulanmasıdır. Jara (12) ve arkadaşları da midede yapılacak 2cm lik bir myotominin %100 reflüya neden olduğunu göstermişlerdir.

Heller Zaaier tipi myotomiye ilave olarak antireflü bir işlemin ilave edilip edilmemeside bir tartışma konusudur. Ellis (14), Andreollo ve Erlam (13) herhangi bir antireflü işlemine gerek olmadığını yaptıkları çalışmada göstermişler. Fakat diğer bazı çalışmalarda post operatif reflü %20.8 (15), %23.6 (16) gibi yüksek oranda bildirilmektedir. Buna karşılık Nissen (6), Dur (8) modifiye parsiyel fundoplikasyon 57) metodlarının uygulandığı başarılı çalışmalar bildirmektedirler. Bu çalışmalarda

reflünün %8.6-%14.2 oranında tesbit edildiği gözlenmektedir.

Bizim kullandığımız teknikle ösefagofundal açılı ortadan kaldırılarak hem antireflü bir fayda sağlanmakta hem de anatominin fazla bozulması önlenmektedir. Ayrıca miyotomi ile ayrılan adele tabakaları birbirlerinden daha iyi bir şekilde uzaklaşmaktadır. Bu yöntemle %93.75 oranında iyi netice elde edilirken reflü ösefajit gelişimide %9.37 oranı ile yukarıdaki çalışmalarla kıyaslanacak ölçüde az gözlenmiştir. Mortalite oranımızın (%2.22) yüksek gibi görünmesi mortalitenin olduğu tek olgudaki deneyimsiz cerrahi girişim nedeniyle dir.

Sonuç olarak klinik görüşümüz: Tam ve yeterli olarak yapılmış Heller-Zaaier ösefagomyotomiye ilave olarak his açısının ortadan kaldırıldığı bu anti reflü girişim ile Akalasyada iyi ve efektif sonuç elde edilmiş olup, anatominin ileri derecede bozulduğu herhangi bir fundoplikasyona gerek duyulmadığı şeklindedir.

KAYNAKLAR

1. Ouyang A, Cohen S. (1985) Major disorders of the esophagus In: Haurich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schafner F, Berk JE eds. Boehs Gastroenterology, 4 th ed.; WB Saunders Co philadelphia 695-704.
2. Reynolds JC, Parkman HP (1988) Achalasia Gastroenterol. Clin North Am. 18: 233-55.
3. Richter HE. (1989) Surgery or pneumatic dilatation for Achalasia: a head to head comparison. Now are all questions answered. Gastroenterology, 96: 1341-1.
4. Ellis HF, Jr. (1989) esophagectomy for Achalasia: who when and how much? Ann Thorac Surg. 47: 334-5.
5. Orringer MB, Stirling MC. (1988) Esophageal resection for Achalasia. Indications and results. Ann Thorac Surg. 47: 334-5.
6. Stipa S, Fegiz G, Iasane C, et al. (1990) Heller Belsey and Heller-Nissen Operation for Achalasia for the esophagus. Surg Gynecol Obstet. 170: 212-16.
7. Crookes PF, Wilkinson AC, Johnston GW, (1989) Hellers myotomy with partial fundoplication. Br. J. Surg. 76:98-9.
8. Bonavina L, Attile N, et al. (1992) Aims treatment of esophageal achalasia: Long-term results of myotomy and fundoplication. Arch Surg., 127: 222-26.
9. Csendes A., Braghetto I, et al. (1989) Late results of prospective randomised study comparing forceful dilatation in achalasia. Am J. Gastroenterol. 84: 924-7.
10. Gelfand MD, Kozarek GA, (1989) An experience with polyethilene balloons for pneumatic dilatation in achalasia. Am J Gastroenterol, 84: 924-7.
11. Rabinovici R, Katz, et al. (1990) The danger of high compliance balloons for esophageal dilatation in achalasia. Endoscopy. 22: 63-41.
12. Jara FM, Toledo-Pelegra LH, et al. (1979). Long term results of esophagomyotomy for the esophagus. Arch. Surg. 114: 935-37.
13. Andreollo NA, Earlam LJ, (1987), Heller Myotomy for Achalasia. Is an added antireflux procedure necessary? Br J. Surg. 74: 765-68.
14. Ellis FH, Crosier RE, Watkins E (1989). Operation for esophageal achalasia. Results of esophagomyotomy without an antireflux operation. J Thorac. Cardiovasc. Surg. 88: 344-51.
15. Yan J, Christenson J. (1975). An uncontrolled comparison of treatment of achalasia. Ann Surg., 182: 672-6.
16. Mansour KA, Sybhas PN. et al. (1976) A combined surgical approach in the management of the achalasia of the esophagus. Am Surg., 42: 192-5.