

Sigmoid Akalazya ve Cerrahi Tedavisi

Acar AREN

ÖZET

Akalazya etiyojisi bilinmeyen motor disfonksiyonlarla seyreden, alt özofagus sfinkter gevşememesi kaynaklı uygunsuz yutma güçlüğü ve özofagus gövde peristaltizmin azalması ile karakterize bir hastalıktır. Anti reflü ameliyatlı veya ameliyatsız Heller Miyotomi ameliyatı bu hastalığın altın standardı haline gelmiştir. Belirgin dilate ve sigmoid şeklini almış grade III akalazyanın cerrahi tedavisi çelişkiler arz etmektedir. Bazı cerrahlar bu tip durumlarda özofajektomi önermektedirler. Zira Heller Miyotomi ameliyatının bu olgularda disfajiyi düzeltemeyeceğini düşünülmektedir. Biz bu çalışmada 2 sigmoid akalazya olgusuna başarıyla uyguladığımız özofagogastrotomi ve Dor tipi funduplikasyon sunduk.

Gereç ve Yöntem: Özofogogastrik bileşke ve distal özofagus serbestleştirildi. Bir olguda Endo GIA II ve 2. olguda GIA stapler kullanarak, kardiyada açılan küçük bir gastrotomidan stapler bacakları fundus ve özofagusa sokuldu. Stapler ile geniş gastroözofastomi gerçekleştirildi ve reflüyü önlemek için Dor funduplikasyon uygulandı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi, 55 dakikadır. Oral gıdaya postoperatif 3. gün başlanmıştır. Her iki olguda yapılan radyolojik tetkikte hızlı pasaj gözlenmiş ve gastroözofagial bileşkede reflü saptanmamıştır.

Sonuç: Sigmoid akalazya hastalığında özofagogastrotomi ve Dor funduplikasyon özofajektomi ve Heller Dor Funduplikasyonuna alternatif bir yöntem olabileceği kanısına varıldı. Geniş yan yana anastomoz nedeniyle Heller işlemlerinden sonra görülen kalıcı darlık riski yoktur ve özofajektomiye göre de daha az invaziftir. Laparoskopik uygulaması halinde ise minimal invazif bir alternatif olacağı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Akalazya, Sigmoid akalazya, Dor funduplikasyon, Özofagogastrotomi

SUMMARY

Sigmoid Achalasia and Surgical Treatment

Achalasia is an esophageal motor disorder of unknown etiology characterized by impaired swallow-induced LES relaxation and diminished or absent esophageal body peristalsis. Heller's myotomy, with or without antireflux procedure, represents the "gold standard" for surgical treatment. The surgical treatment for stage III achalasia with markedly dilated and sigmoid-shaped esophagus is a matter of controversy. Some authors recommend esophagectomy as the primary treatment because they believe that Heller myotomy cannot improve dysphagia in such cases. We present 2 patients with sigmoid achalasia in whom we successfully performed a esophagogastrotomy with Dor fundoplication.

Methods: The esophagogastric junction and the distal esophagus up to the tracheal bifurcation were dissected. In 1 case endoscopic stapler (Endo-GIA II) and in 2. case GIA was inserted through a small gastrotomy at the cardia, with one branch placed in the gastric fundus and the other, under esophagoscopic control, in the esophagus. By two consecutive stapler applications, a wide side-to-side esophagogastrotomy was created. To prevent gastroesophageal reflux, a Dor semifundoplication was performed.

Results: The mean operation time was 55 min. Oral food intake was started on postoperative day 3. In both cases radiologic study showed rapid passage of the barium meal and no reflux through the gastroesophageal junction.

Conclusions: Esophagogastrotomy with Dor fundoplication represents an alternative to esophagectomy and Heller-Dor surgery. Because of the wide side-to-side anastomoses, there is no risk of persisting stenosis such as that reported for the Heller operation, and the procedure certainly is less invasive than esophagectomy. Laparoscopic esophagogastrotomy and Dor fundoplication is an alternative minimally invasive treatment for sigmoid achalasia.

Key Words: Achalasia, Sigmoid achalasia, Dor funduplication, Esophagogastrotomy

GİRİŞ

Akalazya yutma görevinin yapılamadığı bir motor fonksiyon bozukluğudur. Akalazyada özofagus gövdesinde özellikle distalde peristaltizm kaybolur, alt özofagial sfinkterinde (AÖS) yutma sırasında gevşeme olmaz. Hastalık kardiyospazm olarak adlandırılırken daha sonra esas patoloji olan AÖS gevşemesindeki anormalliği yansıtmak amacıyla akalazya olarak isimlendirilmiştir. Tedavide birçok yöntem mevcuttur. İlaç tedavisi, Botulinum toksini, balon dilatasyonu ile sonuç alınamaması halinde cerrahi tedavi esastır. Heller Miyotomi ameliyatı bu hastalığın altın standardı haline gelmiştir. Belirgin dilate ve sigmoid şeklini almış grade III akalazyanın cerrahi tedavisi çelişkiler arz etmektedir. Bazı cerrahlar bu tip durumlarda özofajektomi önermektedirler (1-5). Zira

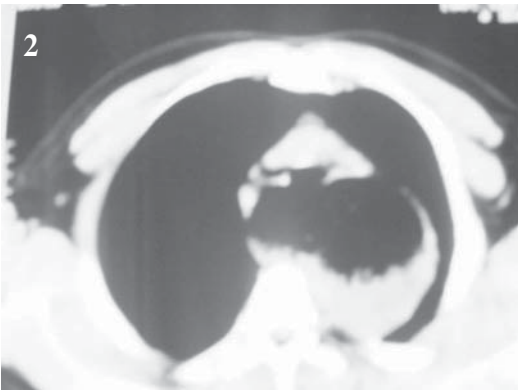
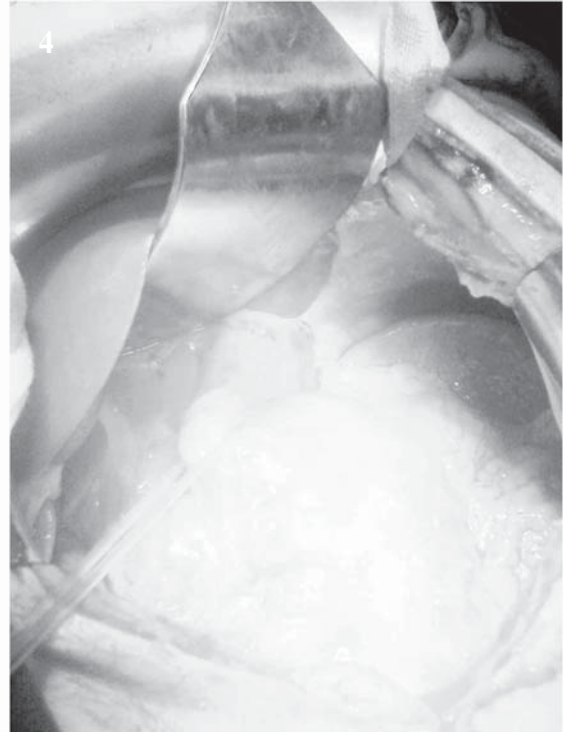
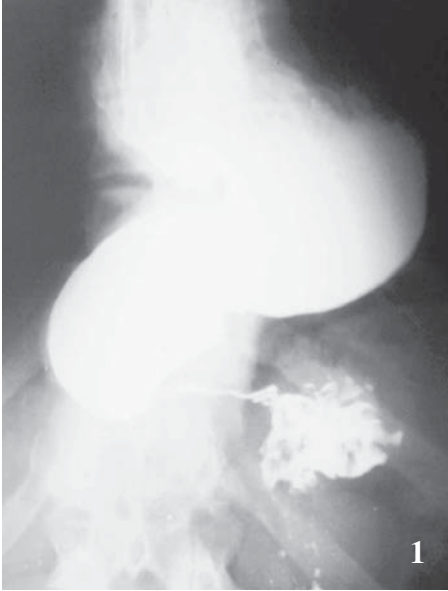
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi klinik şefi

Heller Miyotomi ameliyatının bu olgularda disfajiyi düzeltemeyeceğini düşünülmektedir. Bu çalışmada 2 sigmoid akalazya olgusuna başarıyla uyguladığımız özofagogastrotomi ve Dor tipi funduplikasyon sunarak sigmoid akalazya tedavisine bir alternatif olduğunu göstermeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

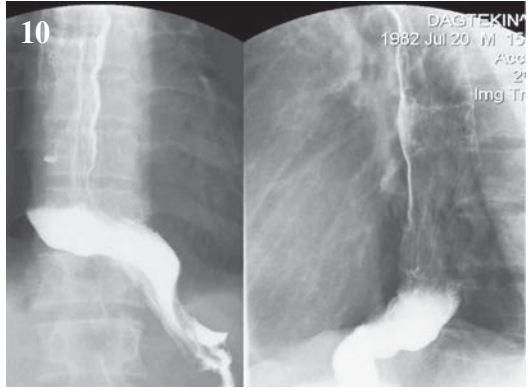
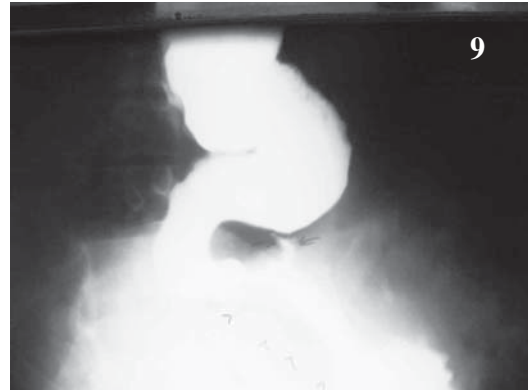
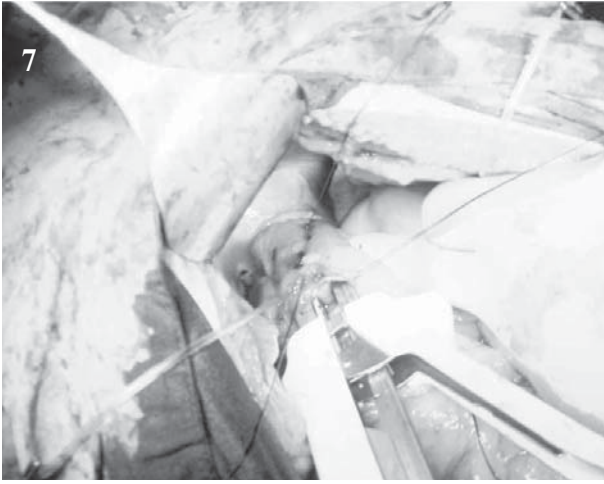
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniğinde 2003 ve 2009 yılında Sigmoid akalazya tanısı konan 2 erkek hasta bu çalışmaya alındı. Olgulardan ilki 32 yaşında erkek hasta aşırı kusma ve 18 kilo zayıflama şikayeti ile başvurdu. 2 kez endoskopi denenmiş ancak gıda artığı nedeniyle mideye geçilememiş Çekilen grafisinde (Resim 1) ve BT sinde (Resim 2) Özofagus çapı 15 cm ölçülmüştür. 2 olgu 27 yaşında erkek hasta kilo kaybı ve kusma ile başvurdu. Endos-

kopik olarak mideye geçilemeyen hastanın çekilen grafisinde özofagus çapı 10 cm ölçüldü (Resim 3). Olgular ameliyat süresi, komplikasyonlar, postoperatif yatış süresi, klinik düzelme ve reflü açısından değerlendirildi. Tüm olgulara genel anestezi altında göbek üstü orta hat insizyonla girişim yapıldı. Özofagogastrik bileşke ve distal özofagus serbestleştirildi. (Resim 4) Dilate özofagus fundusa ipek sütürlerle dikildi (Resim5). Bir olguda Endo GIA II 60 mm (6) ve 2. olguda GIA stapler 80 mm (Resim 7) kullanarak, kardiyada açılan küçük bir gastrotomiden stapler bacakları fundus ve özofagusa sokuldu. Stapler ile geniş gastroözofastomi gerçekleştirildi ve reflüyü önlemek için Dor funduplikasyon uygulanmıştır (Resim 8).



BULGULAR

Ameliyat süreleri 1. olguda 50 dakika 2. olguda 60 dakika olarak saptandı. Ortalama ameliyat süresi, 55 dakikadır. Her iki olguda postoperatif 3. günde oral gıdaya başlandı. 1. olguda komplikasyon gözlenmedi. 2. olguda atelettazi ve postoperatif pnömoni gelişmiştir. İlk olgu 6. postoperatif gün, 2. olgu ise 11. gün taburcu oldular. 1 ay sonra çekilen baryumlu grafilerinde pasajın hızlı ve açık olduğu gözlemlendi (Resim 9 ve 10). Her iki olguda da reflü saptanmadı. Birinci olgu 6 yıldır takiptedir. 2. ve 5. yıl yapılan endoskopide reflü saptanmamıştır. 10 kilo almıştır Son olgu 3 aydır kusma şikayeti olmadan hastaliksız yaşamaktadır.



TARTIŞMA

Akalazya tedavisinde hedef özofagus alt uç sfinkter basıncını düşürülmektir. Bu amaçla çeşitli ilaçlar denenmiş, ancak sonuçlar yeterli bulunmamıştır. Etkili ve uzun süreli kardiya açıklığı balon dilatasyon ya da cerrahi tedavi sonucu olmaktadır. Genellikle kabul gören görüş; tedaviye balon dilatasyon ile başlanmasıdır. Özofagusun balon dilatasyonu kolay bir

yöntemdir ve sık tekrarlanma olanağı vardır. Polietilen balon ile özofagus alt uç sfinkter dilatasyonunun da %86-100 oranında başarı sağlanmaktadır. Komplikasyon oranı %1-6 arasındadır. Perforasyon oranları %0-18 oranlarında bildirilmektedir. Deneyimler arttıkça, elde edilen sonuçlar; balon dilatasyonunun cerrahi tedaviye alternatif, etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir (5). Sigmoid akalazyada uygulanan olgular vardır ancak tek şart mideye geçebilmektir (6). Bizim her iki olgumuzda da mideye geçilememiştir.

Minkari, sigmoid tipi akalazyada Heller ameliyatının sonuçlarının akalazyanın diğer şekillerinde olduğu kadar etkili olmadığını vurgulamıştır. Bu tip sigmoid akalazyada kendi adı ile tarif ettiği Minkari ameliyatını [Özofagogastrotomi (Gröndal ameliyatı) + Toupet funduplikasyon + Vagotomi piloroplasti yöntemini] başarıyla uygulamıştır (7). Biz de olgularımıza yaklaşımımızda Minkari hocamız doğrultusunda davrandık, ancak vagotomi piloroplastinin gerektiği kanısındayız. Pinotti ve ark. bu tip olgularda özofajektomi önermektedirler (8). Uzun süren akalazyada darlığın özofajit gelişmesine yol açmakta ve maligniteye kadar giden displazik değişikliklere yol açabilmektedir. Akalazyalılarda karsinom gelişme ihtimalinin normal popülasyona göre 7 misli arttığı hesaplanmıştır (9). Daha önce dilatasyon veya özofagomiyotomi uygulanmış olsa bile yetersiz tedavi görmüş veya hastalığın geç döneminde tedavi görmüş akalazyalı olgularda da karsinom geliştiği bilinmektedir. Heller miyotomiden sonra karsinom gelişebileceğini ilk Lortat-Jacop bildirmiştir (10). Bir çalışmada 20 yılda Akalazyaya için 93 total özofajektomi yapılmıştır. %64 megaözofagus, %63 miyotomi yetmezliği, %7 reflü striktürü endikasyonlar arasındadır. %10 anastomoz kaçağı %5 rec. larengel felci %2 mortalite gelişmiş ve %50'si anastomotik dilatasyon gerekmektedir (11). Başka bir çalışmada laparoskopik miyotomi funduplikasyonların özofagus çapına göre sonuçları değerlendirmiştir. Grup A <4cm Grup B 4-6 cm, Grup C > 6 cm düz, >6cm sigmoid tipte olguları karşılaştırmış. Sonuçların tatmin edici olduğu özofajektomi gerektirmediği vurgulanmıştır (12). 9 hastada çapı 7 cm> sigmoid özofagusu başarı ile dilate etmiş ve 12 aylık takiplerinin iyi olduğu ve cerrahi tedavi öncesi denenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ancak bu olgularda da özofagus kanülasyonu şarttır (13).

Evre III akalazyaya olgusuna laparoskopik özofagogastrotomi ve semi funduplikasyon uygulanmış. Kısa dönem takibinin iyi olduğu bildirilmiş ve alternatif bir yöntem olarak önerilmiştir (14).

Dilatasyon ve miyotomi akalazyaya olgularında %85-90 yüz güldürücü sonuçlar veriyor.

Ancak küçük bir gurup tedaviye dirençli kalıyor, bunun sebebi de aşırı dilate veya sigmoid özofagustur. Total özofajektomi veya kolon interpozisyonu sonuçlarının iyi olduğu vurgulanmıştır (6).

Yetersiz ve etkisiz kardiyomiyotomi sonrası 12 megaözofagus laparoskopik özofajektomi olgusu başarıyla uygulanmış (15).

SONUÇ

Sigmoid akalazyaya hastalığında özofagogastrotomi ve Dor funduplikasyonun özofajektomi ve Heller Dor Funduplikasyonuna alternatif bir yöntem olabileceği kanısına varıldı. Geniş yan yana anastomoz nedeniyle Heller işlemlerinden sonra görülen kalıcı darlık riski yoktur ve özofajektomiye göre de daha az invaziftir. Laparoskopik uygulaması halinde ise minimal invazif bir alternatif olacağı kanısına varıldı

KAYNAKLAR

- 1- Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Maheshkumaar GS, Vijay Anand N Laparoscopic transhiatal esophagectomy for 'sigmoid' megaesophagus following failed cardiomyotomy: experience of 11 patients. Dig Dis Sci. 2008 Jun;53 (6): 1513-8
- 2- Taşkın M, Apaydın BB, Samuk M, Sarıbeyoğlu K. Transhiatal oesophagectomy for benign oesophageal diseases. Cerrahpaşa J Med 1998; 29 (1): 47-52
- 3- Gockel I, Musholt TJ, Eckardt V, Mildenerger P, Müller H, Lang H. Two-stage esophageal resection with ischemic preconditioning of the gastric tube in decompensated dolichomegaesophagus and end-stage achalasia Z Gastroenterol. 2008 Nov;46(11):1278-82.
- 4- Gockel I, Eckardt VF, Roth W, Junginger T Dolichomegaesophagus in achalasia. Therapy by esophagectomy in an aged patient Dtsch Med Wochenschr. 2004 Apr 2;129 (14): 735-8
- 5- Arda K, Yıldırım B, Akalazyaya Tedavisinde Balon Dilatasyonu Türkiye Klinikleri J Med Sci 1995, 15: 234-7
- 6- Khazanchi A, Katz PO. Strategies for treating severe refractory dysphagia. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2001 Apr; 11 (2): 371-86.

- 7- **Minkari T, Ünal G, Alver O.** Ösofagus cerrahisi, İstanbul. Ceylan Yayın. 1983: 41-5.
 - 8- **Pinotti HW, Zilbersein B, Rara A.** Esophagectomy without thoracotomy. Surg Gynecol Obstet 1981; 154-344.
 - 9- **Wgchulis AR et al.** Achalasia and Carcinoma of the esophagus. JAMA 1971; 215: 1638-44.
 - 10- **Lortat-Jacop, Richard CA.** Fekete F et al. Cardiospasm and esophageal carcinoma; report of 24 cases. Surgery 1969; 66: 969-75.
 - 11- **Devaney EJ, Lannettoni MD, Orringer MB, Marshall B** Esophagectomy for achalasia: patient selection and clinical experience. Ann Thorac Surg. 2001 Sep; 72 (3): 854-8
 - 12- **Patti MG, Feo CV, Diener U, Tamburini A, Arcerito M, Safadi B, Way LW.** Laparoscopic Heller myotomy relieves dysphagia in achalasia when the esophagus is dilated. Surg Endosc. 1999 Sep; 13 (9): 843-7.
 - 13- **Khan AA, Shah SW, Alam A, Butt AK, Shafqat F, Castell DO.** Massively dilated esophagus in achalasia: response to pneumatic balloon dilation. Am J Gastroenterol. 1999 Sep; 94 (9): 2363-6.
 - 14- **Ablasmair B, Jacobi CA, Stoesslein R, Opitz I, Müller JM.** et all Laparoscopic esophagogastronomy: an alternative minimally invasive treatment for achalasia stage III. Surg Endosc. 16 (1) 216, 2002
 - 15- **Rangarajan M, Palanivelu C, Maheshkumaar GS, Vijay Anand N.** Laparoscopic transhiatal esophagectomy for 'sigmoid' megaesophagus following failed cardiomyotomy: experience of 11 patients. 2008 Jun; 5 Dig Dis Sci. 3 (6): 1513-8
-