

Çocuk Yaş Gurubunda Akalazyanın Fundoplikasyonsuz Laparoskopik Heller Özofagomyotomi İle Tedavisi-Erken Sonuçlar

Doç Dr. B.Haluk GÜVENÇ*, Doç. Dr. Levent AVTAN**, Yrd.Doç.Dr. Gülşen EKİNGEN*, Yrd.Doç.Dr. Selami SÖZÜBİR*, Dr. Necati GÜNALTAI***, Dr. Ufuk ŞENEL*

ÖZET

Amaç: Akalazy a özofagusun motilite bozukluğuna bağı olarak gelişen, özofagusun nadir görülen fonksiyonel bir obstruksiyonudur. Cerrahi tedavisi alt özofagus sfinkterinin relaksasyon işlemini içerir. Kliniğimizde akalazy a nedeni ile laparoskopik Heller özofagomyotomi uyguladığımız iki olgumuz değerlendirilmiştir.

Yedi yaşında kız hasta ve on altı yaşındaki erkek hastalar yutma güçlüğü, kusma, öksürük, göğüs ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile akalazy a ön tanısı olarak kliniğimize refere edildiler. Her iki hastanın özofagus pasaj grafisi ve manometrik incelemeleri sonucunda akalazy a tanısı kesinleştirildi. Takiben minimal invazif cerrahi yaklaşım ile fundoplikasyonsuz Heller özofagomyotomi ameliyatı uygulandı.

Laparoskopik Heller özofagomyotomi, minimal invaziv bir cerrahi girişim olarak tercih edilen güvenilir bir tedavi yöntemidir. Beraberinde antireflu ameliyatı yapılmasının gerekliliğı hala tartışmalıdır.

Anahtar kelime: akalazy a, Heller özofagomyotomi, laparoskopik cerrahi

SUMMARY

Laparoskopik Heller Esophagomyotomy Without Fundoplication In Pediatric Achalasia Patients

Objective: Achalasia is rare motor disorder of the esophagus presenting with lower esophageal obstruction, usually accompanied by defective esophageal peristalsis and uncoordinated tertiary nonpropulsive waves. Surgical treatment is based upon relaxation of the lower esophageal sphincter. We report two patients, suffering from achalasia treated with laparoscopic Heller esophagomyotomy.

The patients were admitted with dysphagia, vomiting, coughing, weight loss and substernal pain. The diagnosis was confirmed by repeat barium swallow and esophageal manometry. Patients were treated by laparoscopic Heller esophagomyotomy without an additional atireflux procedure. The procedure was completed successfully using minimally invasive technique without any complications. The need for an antireflux procedure is under dispute.

Key word: achalasia, Heller esophagomyotomy, laparoscopic

GİRİŞ

Özofagusta peristaltizm kaybı ve alt özofagus sfinkter gevşeme yetersizliğı sonucu ortaya çıkan akalazy a; özofagusun nedeni tam olarak tespit edilemeyen motilite bozukluğuna bağı gelişen bir patolojidir (1,2). Çocuk yaş grubunda nadir karşılaşılan akalazy anın, beş yaş sonrası ve erkek çocuklarında daha sık görüldüğü bildirilmektedir (3). Akalazy a olgularında sık karşılaşılan klinik şikayetler disfaji, regürjitasyon, göğüs ağrısı ve retrosternal yanmadır. Ayrıca çocuk yaş grubunda aspirasyon pnömonisine

sekonder şikayetler yanında büyüme gelişme geriliğı de görülmektedir (3,4).

Erişkinlerde olduğu gibi çocukluk yaş grubu olgularında akalazy anın ideal tedavi henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Postoperatif ağrı, kusama ve reflü gibi cerrahi girişim sonrası karşılaşılan sekonder sorunlar nedeniyle, botos uygulaması, dilatasyon gibi cerrahi dışı tedaviler öncelikli olarak tercih edilmektedir. Günümüzde endoskopik cerrahi alanındaki gelişmeler sonucu, laparoskopik yaklaşımla tedavi poplarite kazanmıştır. Özellikle çocuk yaş grubunda, tedavi planında ilk sırada cerrahi uygulama tercih edilmektedir. Kliniğimizde laparoskopik yaklaşımla olan fundoplikasyonsuz Heller özofagomyotomi uygulanmış olan iki olgu sunulmaktadır.

(*) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi,

(**) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi*, Çocuk Hastalıkları Uzmanı

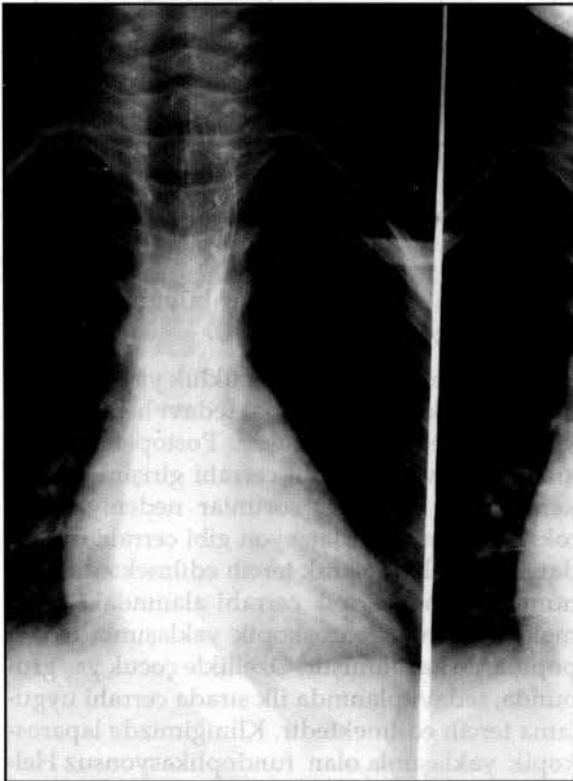
(***) Kocaeli Üniversitesi Çocuk Hastalıkları Uzmanı

Olgu 1

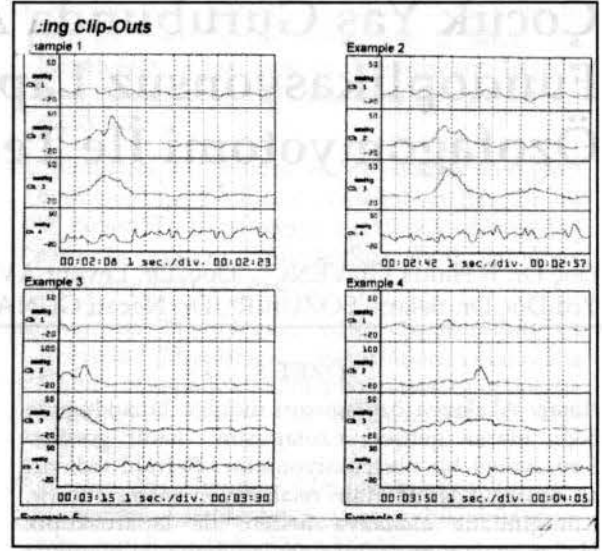
Yedi yaşında kız çocuk, dört aydır devam eden yutma güçlüğü ve kusma şikayeti ile başvurdukları hekim tarafından akalazyaya ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Sternal ağrı ve yanma şikayeti olmayan hastanın, yapılan fizik muayenesinde gelişme geriliği (boy %30, kilo %10 percentil altında) dışında herhangi bir patolojik bulgu tespit edilmedi. Özofagus mide duodenum (ÖMD) pasaj grafisinde akalazyaya ile uyumlu radyolojik bulgular tespit edildi. Tanıyı desteklemek için yapılan manometrik incelemede, alt özofagus sfinkter gevşeme basıncı 48 mmHg yüksekliğinde ve gevşeme oranının %50 olarak ölçüldü. Retrograd ve spontan kontraksiyonlar kaydedilemedi ve bu değerler akalazyaya ile uyumlu bulundu (resim 1, 2a,b). Ph monitazasyonunda reflü saptanmadı.

Olgu 2:

On altı yaşında erkek hasta, yaklaşık 5-6 yıldır devam eden yutma güçlüğü ve gelişme geriliği nedeni ile farklı hekimler tarafından tetkik edilerek önerilerle takip edilmiş. Şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine polikliniğimize baş-



Resim 4: Olgu 2'nin ameliyat sonrası kontrol baryumlu özofagografisi



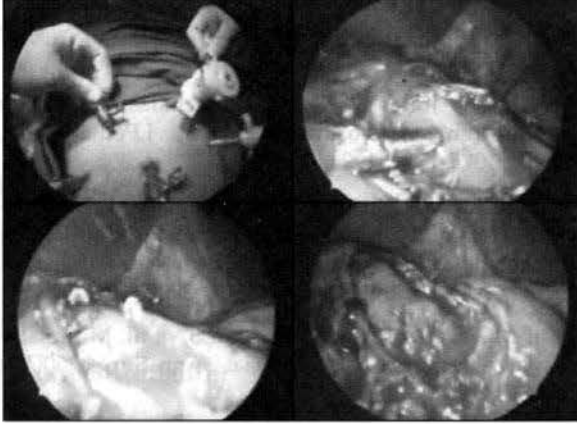
Resim 2a,b: Olgu 1'in ameliyat öncesi manometrik değerleri

vuran hastanın yapılan fizik muayenesinde gelişme geriliği saptandı (kilo %20, boy percentil %10). ÖMD grafisinde akalazyaya ile uyumlu görüntü izlendi. Yapılan manometrik incelemede alt özofagus sfinkter gevşeme basıncının 34.4 mmHg olduğu ve efektif relaksasyonların olmadığı kaydedildi. Bu değerler akalazyaya ile uyumlu olarak rapor edildi.

Akalazyaya tanısı alan her iki olguya laparoskopik girişim ile Heller özofagomyotomi ameliyatı yapıldı.

Ameliyat tekniği: Hasta litotomi ve ters trandelenburg pozisyonunda yatırıldı. Takiben cut-down tekniği ile göbekten 5 mm'lik Hasson kanülü yerleştirilip 10 mmHg CO₂ basınç ile pnömoperitonum yapıldı. Göbeğin yaklaşık 2-3 cm üstünden sağ ve sol hipokondrium ile ksifoidin sol alt lateralinden olmak üzere üç adet 2 mm'lik ve göbek hizasında sağ midklaviküler hat üzerinden bir adet 5 mm'lik port yerleştirildi. Karaciğer retrakte edilirken, mide grasper ile kaudale doğru çekildi. Myotomi işlemine özofagogastrik bileşke hizasından başlanarak, distal özofagusun yaklaşık 4-5 cm proksimaline kadar yer alan kadar olan longitudinal ve sirküler kas lifleri hook ile ayrıldı. Takiben distale doğru mide yönünde 1.5 cm diseksiyona devam edildi. Mukozanın serbestleştirilmesi sonrası batına serum fizyolojik verilirken, aynı esnada nazogastrik yoluyla da hava insuflasyonu ile perforasyon kontrolü yapıldı (resim 3a,b,c,d). Kana-

ma kontrolü yapılarak ameliyat tamamlandı. Post operatif 24.saatte pasaj grafisi çekilerek kaçak olmadığı tespit edilen olgulara ağızdan normal beslenme başlandı. Ameliyat sonrası erken dönemi sorunsuz seyreden her iki hasta post op



Resim 3a,b,c,d: Portların yerleştirilme lokalizasyonu, laparoskopik myotomi işlemi ve sonrası

üçüncü gün taburcu edildi. Aralıklı yapılan poliklinik takiplerinde olguların kusma şikayetlerinin tekrarlamadığı ve kilo aldıkları saptandı.

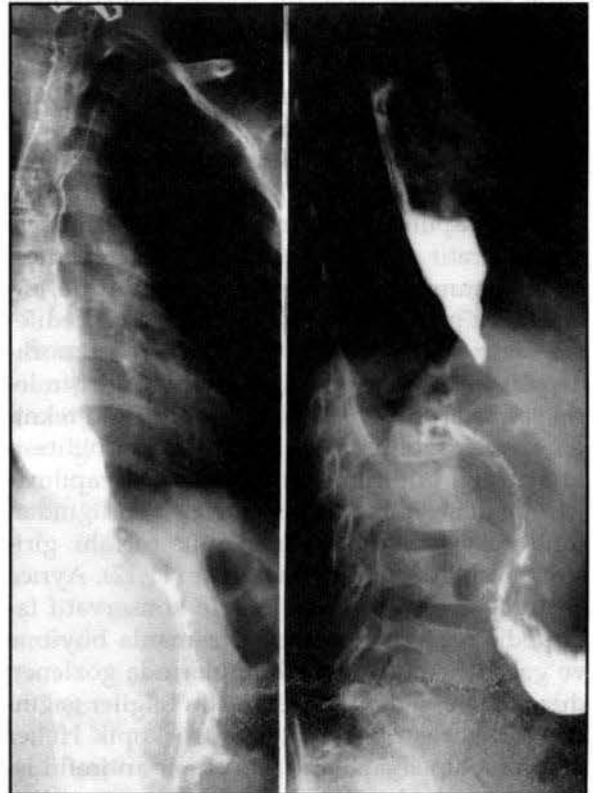
Birinci olgunun altıncı ay kontrolünde ÖMD, Ph monitorizasyonu ve manometrik incelemeleri tekrarlandı. ÖMD ile kuş gagası görüntüsünün düzeldiği, manometrik incelemede 48 mmHg olan alt özofagus basıncının 3.2 mmHg'ya düştüğü tespit edildi. Tekrarlanan Ph monitorizasyonunda reflü izlenmedi. Post operatif onbirinci ayda hastanın kusmaları olması üzerine çekilen baryumlu özofagus grafisinde, distalde daralma görülmesi üzerine hastaya bir kez başarılı bir balon dilatasyon girişimi uygulandı.

Henüz ameliyat sonrası erken dönemde olan ikinci olgunun, post op üçüncü ay kontrolünde şikayetlerinin düzeldiği ve ek bir klinik bulgusunun olmadığı tespit edildi (Resim 4). Erken dönem ÖMD grafisi normal olan hastanın, postoperatif altıncı ayda kontrol manometrik çalışması planlanmaktadır.

Tartışma

İlerleyici bir klinik seyir gösterdiği bildirilen akalazya hastalığında, özofagusun Auerbach pleksusundaki postinhibitör nöronların dest-rüksiyonu sorumlu tutulmakta ve bu durumun adolesan döneminde başladığı düşünülmekte-

dir (1,4). Akalazya tanısında baryumlu özofagus grafisi ve manometrik inceleme güvenilir tanı yöntemleridir. Her iki olguda baryumlu grafide kuş gagası görünümünün tespit edilmesi üzerine, akalazya tanısı manometrik inceleme ile teyit edildi. Akalazya tedavisinde cerrahi yöntem olarak Heller tarafından tarif edilen alt özofagusun relaksasyon işlemi yanısıra cerrahi dışı yöntemler olarak botoks uygulanması, balon dilatasyon ve kalsiyum kanal blokörlerinin kullanımı gibi yöntemler uygulanmaktadır (5,6). Cerrahi tedavi ile %85-90'lık yüksek bir başarı oranı bildirilmektedir (2). Ancak erişkinlerde laparotomi ile uygulanan Heller kardiyomyotomi operasyonu sonrası reflü görülmesi nedeniyle, ameliyat sırasında fundoplikasyon gereksiniminin yüksek olmasının yanında, ameliyata bağlı perforasyon, yapışıklık gibi olası komplikasyonlar rapor edilmiştir (5). Bu nedenle özellikle gastroenteroloji hekimleri tarafından öncelikle cerrahi dışı tedavi yöntemleri denenmektedir. Yapılan çalışmalarda dilatasyonu takiben %65 oranında düzelme ve %9.5 oranında perforasyon olduğu ve dilatasyon sonrası yapılan cerrahi işlem sırasında perforasyon riskinin arttığı bildirilmektedir (4,6,7). Ayrıca dilatasyo-



Resim 1: Olgu 1'in ameliyat öncesi baryumlu özofagografisi

nun 10 yaşından küçük çocuklarda uygulanması önerilmektedir (6). Çocuklarda botoks uygulamasının bir yıl içinde ortalama üç kez tekrar gerektirmesi nedeniyle tercih edilmediği bildirilmektedir. Günümüzde minimal invaziv girişim sağladığı avantajlardan dolayı akalazyanın tedavisinde cerrahi yöntem öncelikle tercih edilir olmuştur (8,9). Minimal invazif girişim hem laparoskopik hem de torakoskopik yolla yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hastanede yatış süresinin kısa olması ve tüp torakostomi gibi ek morbiditeye yol açmaması nedeni ile laparoskopik Heller myotominin, torakoskopik girişimden daha üstün olduğu kabul edilmektedir (5,6). Heller myotomi sonrası ek bir fundoplikasyon girişiminin gerekliliği ve uygulanacak cerrahi teknik seçimi konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Açık cerrahi sırasında alt özofagusa uygulanan geniş diseksiyonun reflüye neden olduğu düşünülerek myotomi operasyonu sırasında antireflü prosedürü eklenmesi önerilmektedir (1,10). Bu alışkanlıkla laparoskopik girişimlerde de funduplikasyon işlemi otomatikman uygulanmaktadır. Laparoskopik girişimlerde de funduplikasyon işlemi otomatikman uygulanmaktadır. 'Laparoskopik girişimlerde de funduplikasyon işlemi otomatikman uygulanmaktadır. Laparoskopik teknik ile onarım sonrası antireflü gerekliliğe ise tartışmalı olup yapılan son yayınlarda antireflü ameliyatına gerek olmadığı ileri sürülmektedir (4,10). Olgularımızda cerrahi girişim sırasında diafragma krusları diseke edilmediğinden antireflü operasyonu yapılması gerekmediği düşünülmüş ve post operatif dönemde reflünün gözlenmemesi bu tutumumuzu desteklemiştir. Literatürde, antireflüsüz myotomi operasyonu ile tedavi edilecek takip edilen çocuk yaş grubu sınırlıdır. Erişkinlerde yapılan laparoskopik girişimlerin sonuçları irdelendiğinde, ek antireflü tekniğinin operasyonunun maliyetini ve morbiditesini artırdığı bildirilmekte ve antireflü yapılmayan olgularda başarılı sonuçlar alındığından fundoplikasyonsuz laparoskopik cerrahi girişim öncelikle kabul görmektedir (11,12). Ayrıca gastroözofageal reflü nedeniyle konservatif takip edilen çocuk hastalarda, zamanla büyüme ve gelişme sonucu reflü bulgularında gözlenen düzelme bilinen bir gerçektir. Bu bilgiler ışığında, çocuk yaş gurubunda laparoskopik Heller myotomi ameliyatı sırasında ek bir antireflü işlemine gerek olmadığını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Bloomston M, Boyce W, Mamel J, et al. Videoscopic Heller Myotomy for Achalasia- Results Beyond Short-Term Follow-UP. *J.Surg. Res.* 92:150-156, 2000
- Imperiale TF, O'Connor JB, Vaezi MF, et al. A Cost -Minimization Analysis of Alternative Treatment Strategies for Achalasia. *Am.J.Gastroenterol.* 95(10): 2737-2745, 2000
- Myers NA, Jolley SG, Taylor R. Achalasia of Cardia in Children : A Worldwide Survey. *J.Pediatr.Surg.* 29(10): 1375-1379. 1994
- Yamamura MS, Gilster JC, Myers BS, et al. Laparoscopic Heller Myotomy and Anterior Fundoplication for Achalasia Results in a High Degree of Patient Satisfaction. *Arch. Surg.* 135:902-906. 2000
- Patti MG, Pellegrini CA, Horgan S, et al. Minimally Invasive surgery for Achalasia. *Ann Surg.* 230(4) : 587-594. 1999
- Rothenberg SS, Patrick DA, Bealer JF, et al. Evaluation of Minimally Invasive Approaches to Achalasia. *J.Pediatr. Surg.* 36(5):808-810. 2001
- Patti MG, Albanese CT, Holcomb GW 3rd, Molena D. Laparoscopic Heller Myotomy and Dor Fundoplication Esophageal Achalasia in Children. *J.Pediatr.Surg.* 36(8). 1248-1251. 2001
- Finley RJ, Clifton JC, Stewart KC, et al. Laparoscopic Heller Myotomy Improves Esophageal Emptying and the Symptoms of Achalasia. *Arch. Surg.* 136(8):892-896, 2001
- Rosati R, Fumagalli U, Bonavina L, et al. Laparoscopic Approach to Esophageal Achalasia. *Am. J. Surg.* 169: 424-427, 1995
- Kjellin AP, Granqvist S, Ramel S et al. Laparoscopic Myotomy without Fundoplication in Patients with Achalasia. *Eur.J.Surg.* 165:1162-1166. 1999
- Wang PC, Sharp KW, Holzman MD, et al. The outcome of Laparoscopic Heller myotomy Without antireflux procedure in patients with Achalasia. *Am Surg.* 64(6):515-520. 1998
- Sharp K.W, Khai L., Scholz S, et al. 100 Consecutive Minimally Invasive Heller Myotomies: Lessons Learned. *Ann.Surg.* 235(5):631-638 ;2002

Alındığı Tarih: 11.07.2002
Yazışma adresi: Dr. Gülşen Ekingen
Plaj yolu, Sahil caddesi
Kıyıkent sitesi C.Blok 12/14
41100 İzmit/ Kocaeli
