

Akalazya tedavisinde torakoskopik Özefagokardiyomiyotomi (olgu sunumu)

Hasan TAŞÇI (*) Salih PEKMEZCİ (**) Ediz ALTINLI (**) Kaya SARIBEYOĞLU (***)

ÖZET

Amaç: Akalazyanın cerrahi tedavisinde yer alan torakoskopik özefagokardiyomiyotominin teknik ve klinik özelliklerini incelemek.

Yöntem: Akalazya tanısı konmuş ve torakoskopik özefagokardiyomiyotomi uygulanmış olan bir hastanın özellikleri literatür ile birlikte incelendi.

Bulgular: Hastada gerek torakoskopik özefagokardiyomiyotomi ameliyatı sırasında gerekse de ameliyat sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Semptomları tamamiyle düzelen hasta ameliyatının 16. ayında yapılan kontrolünde sorunsuz bulundu.

Sonuç: Torakoskopik özefagokardiyomiyotomi, akalazyanın cerrahi tedavisinde diğer ameliyat şekillerine alternatif oluşturabilecek etkili ve güvenli bir girişimdir.

Anahtar kelimeler: Torakoskopik özefagokardiyomiyotomi, torakoskopi, akalazya

SUMMARY

Thoracoscopic Esophagocardiomyotomy in the treatment of achalasia

Objective: Investigation of technical and clinical features of thoracoscopic esophagocardiomyotomy which takes place in the surgical treatment of achalasia.

Methods: A patient who has diagnosis of achalasia and underwent thoracoscopic esophagocardiomyotomy was investigated with a review of the literature.

Results: No operative and postoperative early or late complication occurred in the patient. She had complete recovery, and free of complaints on her clinical follow-up at 16 th month.

Conclusion: Thoracoscopic esophagocardiomyotomy is safe and effective procedure, and could be an alternative to other surgical treatment methods.

Key words: Thoracoscopic esophagocardiomyotomy, thoracoscopy, achalasia.

GİRİŞ

Akalazya, etyolojisi belli olmayan primer özefagus motilite bozukluğudur. Hastalık özefagusta ilerleyici peristaltizm kaybı ve alt özefagus sfinkterininin (AÖS) yutma eylemi sırasında gevşeyememesi ile karakterizedir (1). İnsidansı yaklaşık 1/100 000'dir (2). Hastaların başvuru şikayetleri disfaji, regurjitasyon, göğüs ağrısı gibi semptomlardır ve yapılan tetkiklerde manometrik olarak gevşemeyen AÖS, manometrik aperistaltizm ya da koordine olmayan özefagus kasılmaları saptanır (3). Akalazya tedavisi özefagus peristaltizmini ya da AÖS fonksiyonunu normale döndürmeyi amaçlamaz. Tedavi ancak

özefagogastrik bileşkedeki fonksiyonel tıkanıklığı gidermeye yöneliktir. Bu tıkanıklığı gidermek amacıyla kullanılan medikal tedavi yöntemleri ise genellikle başarısız olmaktadır (2). Akalazya tedavisinde, pnömatik özefagus dilatasyonu, laparotomi ve torakotomi ile özefagokardiyomiyotomi, veya minimal invaziv cerrahi girişimler olarak laparoskopik ve torakoskopik özefagokardiyomiyotomi günümüzde geçerliliğini koruyan tedavi yöntemleridir.

Akalazya tedavisinde 1900'lü yılların başlarında Plummer ilk defa hidrostatik balon dilatasyonu gündeme getirmiş 1914'te ise Ernest Heller, abdominal yoldan kardiyomiyotomiye tarif etmiştir (4,5). 1990'lı yıllarda ise minimal invaziv cerrahideki ilerlemeye paralel olarak laparoskopik yolla gerçekleştirilen kardiyomiyotomiden sonra torakoskopik olarak ve torakotomi ile gerçekleştirilen kardiyomiyotomiden sonra torakoskopik olarak ve torakotomi ile gerçekleştiri-

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

(***) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Asist. Dr.

len kardiyomiyotomiye benzer şekilde ilk defa Pelligrini tarafından uygulanmıştır (6).

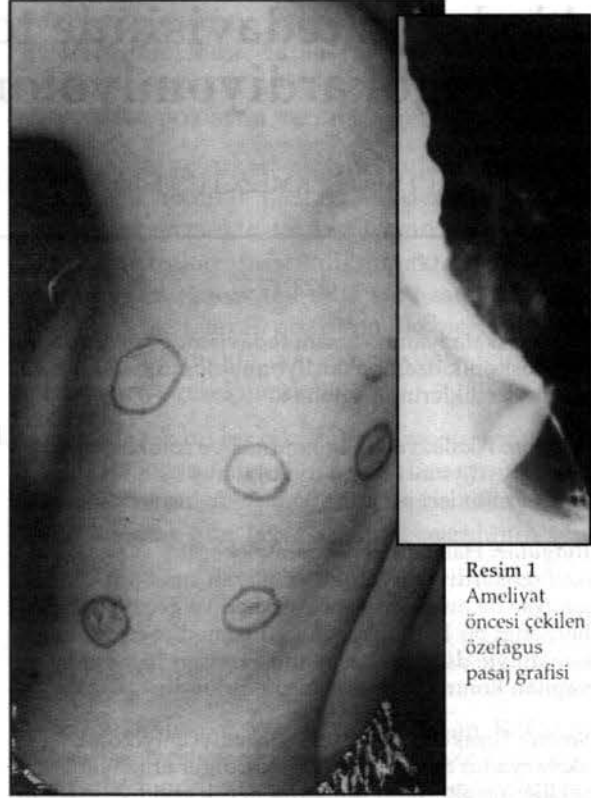
Bu yazıda kliniğimizde akalazya tedavisi için uyguladığımız torakoskopik özefagokardiyomiyotomi ameliyatının teknik ve klinik özelliklerini literatür bilgileri ışığı altında sunuyoruz.

OLGU

25 yaşında kadın hasta yaklaşık 1.5 yıl önce başlayan yutma güçlüğü ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hasta önceleri katı gıdalara karşı mevcut olan yutma güçlüğü giderek arttığını ifade ediyordu. Son dönemlerde ise yemekten hemen sonra kusma şikayeti mevcuttu. Çekilen özefagus pasaj grafisinde (Resim 1) özefagus distalinde yaklaşık 4 cm uzunluğunda bir darlık tesbit edildi. Proksimal özefagusta dilatasyon ve tersiyer kontraksiyonlar mevcuttu. Akalazya ve/veya diffüz özefageal spazm ön tanısı ile endoskopik inceleme ile pasaj grafisi yapıldı ve aynı sonuca varıldı. Bunun üzerine yapılan manometrik tetkiklerde, alt özefagus sfinkter basıncının ortalama 38 mmHg, yutma ile relaksasyonun ise yaklaşık % 15 olduğu saptandı. Özefagus cisminde peristaltik aktivite yoktu. Oluşan dalgalar eş zamanlı ve eş amplitüdüydü (ort. 35 mm Hg/sn). Bu manometrik bulgular akalazya ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta gerekli ameliyat öncesi hazırlıklardan takiben ameliyata alındı.

AMELİYAT TEKNİĞİ

Çift lümenli endotrakeal tüp kullanılarak verilen genel anesteziden sonra hasta sol posterolateral torakotomi pozisyonunda yaratıldı. Orta aksiller hattın 4. interkostal aralığı (İ.K.A.) kestiği yerden toraks boşluğuna sokulan 10 mm'lik trokar ile pnömotoraks oluşturuldu. Bu sırada ekspiriumda endotrakeal tüpün sol lümeni kapatılarak sol akciğerin ameliyat boyunca kollapse olması sağlandı. Bu trokardan kamera girildi ve eksplorasyon sağlandı. 10 mm'lik ikinci bir trokar aksiller hattın 4-5 cm arkasından ve 7. İ.K.A. dan göğüs boşluğuna girildi. Bu ikinci giriş yeri ameliyat sonuna kadar kamera trokarı olarak kullanıldı. Üçüncü ve dördüncü trokarlar kamera trokarının bir üst ve bir alt interkostal aralığından ve arka aksiller hattı kestiği bölgeden girilerek el aletlerinin giriş yeri olarak kul-



Resim 1
Ameliyat
öncesi çekilen
özefagus
pasaj grafisi

Resim 2 Trokar giriş yerleri

lanıldı. Beşinci trokar ise kamera trokarının girdiği interkostal aralığın ön aksiller çizgiyi kestiği yerden girildi ve hiatus ekartörü için kullanıldı (Resim 2). Birinci trokardan girilen ekartörle akciğer ekarte edildi ve hook koter ile inferior pulmoner ligaman kesildi. Bu manevra sayesinde akciğerin kolaylıkla yukarıya doğru kaldırılması sağlanmış oldu. Mediastinal plevra pulmoner ven hizasından diafragmatik krusa kadar özefagus üzerinden açıldı. Hastaya takılan Sengstaken-Blackmore (S-B) tüpünün özefagus balonu şişirildi, aort ve perikard arasındaki özefagus böylece belirlendi. Daha sonra balon indirildi, tüp distale itilerek mide balonu şişirildi ve traksiyone edildi. Böylece kardiya tesbit edilmiş oldu. Belirlenen bu bölgenin 7 cm proksimalinden, 1 cm'den fazla olmamak üzere distaline kadar, hook koter ile öncelikli olarak longitudinal lifler özefagus anterolateral yüzünden kesildi. Sirküler kasların kesilmesi operasyonun en kritik bölümüydü. Tarif edilen mesafenin herhangi bir noktasından hook koter ile sirküler kas lifleri dikkatli bir şekilde lif lif kesilerek submukozal plana ulaşıldı (Resim 3). Bu plandan proksimal ve distale doğru hook koter ile miyotomi tamamlandı. Aynı işlem, mide duvarı üze-



Resim 3 Hook koter ile miyotominin video-endoskopik görüntüsü



Resim 4 İşlem sonucunda mukozanın prolabe oluşu görülmekte

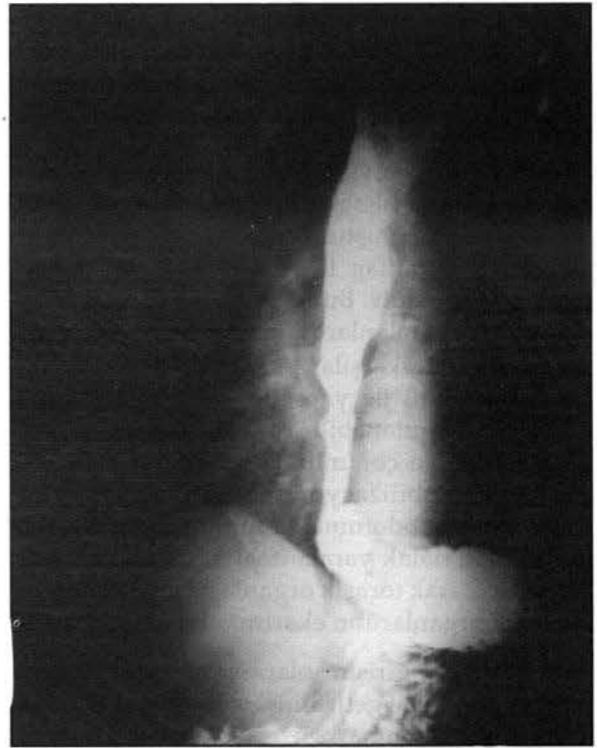
rinden, özefagogastrik bileşkenin distaline doğru 1 cm'den fazla olmamak üzere uygulandı. Bunun sonucunda mukozanın prolabe olduğu gizlendi (Resim 4). İşlem sonuçlandıktan sonra S-B tüpünün mide balonu şişirilerek mideye giriş engellendi. Feeding tüp yardımıyla özefagus sulandırılmış metilen mavisi ile dolduruldu, ve özefagusunun herhangi bir bölgesinden toraks içine kaçak olup olmadığı araştırıldı. Kaçak olmadığı tesbit edildikten sonra üç nolu trokardan no:24 toraks tüpü yerleştirildi. Akciğer ekspansiyonu kamera ile gözlemlendikten sonra diğer trokarlar da çıkarılarak insizyonlar sütüre edildi. Toraks tüpü pozitif basınç altında sualtı drenajına bağlandı. Ameliyat sonrası birinci günde toraks dreni klampe edildi ve dren ikinci gün alındı. Ameliyat sonraki ikinci gün sıvı diyetle geçildi. Hasta ameliyat sonrası 7. gün taburcu edildi. Post op erken dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın, ameliyatının 16. ayında yapılan kontrolünde herhangi bir

şikayet saptanmadı ve çekilen kontrol özefagus pasaj grafisinde pasajın normal olduğu gözlemlendi (Resim 5).

TARTIŞMA

Akalazya medikal tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı, buna karşın balon dilatasyonun veya cerrahi girişimlerin oldukça başarılı sonuçlara ulaştığı bir hastalıktır (2).

Hastalığın tanısı özefagus pasaj grafisi, manometrik inceleme ve endoskopi yardımıyla konur. Yalnızca pasaj grafisi erken akalazya olgu-



Resim 5 Ameliyat sonrası çekilen kontrol özefagus pasaj grafisinde mideye sorunsuz geçiş görülmekte.

larında, olgumuzda da olduğu gibi hastalığın özefagusun diffuz özefageal spazm gibi diğer motilite bozukluklarından ayırıcı tanısını yapmakta yetersiz kalabilir. Böyle durumlarda AOS basıncının normalin üzerinde olduğunu ortaya koyacak manometrik inceleme gereklidir.

Akalazya tedavisinde uygulanan dilatasyonun amacı supradiafragmatik yüksek basınç alanını ortadan kaldırmaktır. Dilatasyonun başarılı olabilmesi için kas liflerinin yırtılması gerekir. Ancak bu işlem sırasında perforasyon olabilir. Dilatasyon sonrası hastalığın %32-98 oranında dü-

zeldiği bildirilmektedir (7). Dilatasyon ile cerrahi karşılaştıran serilerde ortalama başarı oranları cerrahi için yaklaşık % 90, dilatasyon içinse % 70 olarak bildirilmektedir (3). AÖS'nin balon ile dilatasyonunun uygulandığı hastaların uzun dönem takiplerinde ayrıca gastroözefageal reflü sorunu ile karşılaşılabilir. Ancak, bu komplikasyon özellikle abdominal yoldan uygulanan cerrahi sonrasında da sıklıkla görülmektedir (7). Bir veya iki dilatasyon işleminden sonra semptomlar yeterli ve uzun süreli olarak düzelmezse cerrahi tedaviye başvurulmasını önerenlerle birlikte hastalığın erken döneminde cerrahinin primer uygulanması gerektiğini savunanlar bulunmaktadır (3,7). Burada akıldan tutulması gerekli olan bir diğer nokta ise tekrarlanan dilatasyonlardan sonra gelişen nedbe dokusu nedeniyle cerrahinin teknik olarak zorlaşmasıdır (7).

Heller kardiyomiyotomisi kullanıma girdikten sonra disfaji ve akalazya tedavisinde çok olumlu sonuçlar alınmıştır. Bu tedavi yönteminin en önemli dezavantajı invazif olması ve hastaya zorluk vermesidir. Buna ek olarak, özellikle torasik yolla yapılanlarda kötü ameliyat insizyonu nedbesi ile karşılaşmaktadır (4). Bu ameliyat laparotomi ile yapıldığı gibi laparoskopik olarak da uygulanabilir. Ancak abdominal yoldan yapılırken çoğunlukla sol lateral karaciğer segment mobilizasyonuna ihtiyaç duyulur. Özofagusun abdominal bölümünün diseksiyonu sonucu dalak yaralanmaları olabilmektedir. Buna ek olarak torasik organlarla kıyaslandığında batin organlarının ekartmanları daha güçtür.

Torakoskopik girişim olarak Pelligrini (6) tarafından gündeme getirilmiş ve Ellis'in açık transtorasik yaklaşımına benzer şekilde mükemmel sonuçlar elde edilmiştir. Ellis'e göre transtorasik girişimdeki ana avantaj, transabdominal girişimde uygulanan freno-özefageal ligaman mobilizasyonunun gerekli olmaması, böylece özefagogastrik bileşkenin destek dokularla birliğinin bozulmamasıdır (8). Torakoskopik girişimin bir diğer avantajı ise torakotomi ile kıyaslandığında ağrı skorlamasının düşüklüğüdür. Torakotomi ile ameliyat edilen hastalarda ağrının fazla olması respiratuvar eforun azalmasına, buna bağlı olarak da pulmoner atalektazi oluşumu ve hastalarda sepsise varabilen komplikasyonların gündeme gelmesine yol açmaktadır (4). Torakoskopinin bir diğer avantajı ise ameliyat sırasında ekpozisyonun çok iyi olma-

sıdır. Yalpaze retraktör ile akciğerin ekartmanı ve video görüntüleme sistemi ile dokuların görüntülerinin büyütülmesi, miyotomi yapılırken kolaylık sağlamaktır. Mukozada oluşacak ufak bir delinme çok net olarak görülebilmekte ve endoskopik olarak tamir edilebilmektedir.

Akalazya cerrahisinde en önemli nokta, yeterli ve gerekli derecede miyotominin uygulanabilmesidir. Transtorasik girişimlerde bu bölgenin diseksiyonu rahatlıkla uygulanırken özefagogastrik bileşkenin distal kısmı yeterince disseke edilebilmektedir. Buna karşın, abdominal girişim sırasında torasik özefagusun manipülasyonu yetersiz kalabilmektedir. Ayrıca torakoskopik özefagokardiyomiyotomide özefagogastrik bileşkenin distaline doğru 1 cm den fazla miyotomi yapılması disfaji şikayetini ortadan kaldırmakta ancak klinik olarak gastroözefageal reflüye neden olmaktadır (3). Bu nedenle bu mesafe 1cm'nin altında olmalıdır.

Sonuç olarak, torakoskopik özefagokardiyomiyotominin akalazya tedavisinde etkili ve güvenli bir yöntem olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası reflü oranının düşüklüğü, girişimin minimal invaziv olması ve bunun hastaya getirdiği konfor bu metodun avantajlarıdır. Ancak yine de bu tedavi yönteminin başarısı hakkındaki kesin karara varılmadan önce, torakoskopik özefagokardiyomiyotomi uygulanan hasta sayısında artışı ve uzun dönem takip sonuçlarını beklemenin uygun olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Oddsdottir M. Laparoscopic management of achalasia. Surg Clin North Am 1996; 76 (3): 451-458.
- 2- Hunter JG, Trus TL, Branum GD, Waring JP. Laparoscopic Heller myotomy and fundoplication for achalasia. Ann Surg 1997; 225 (6): 655-664.
- 3- Ellis FH. Achalasia of the esophagus. In: Cameron JL editor, Current Surgical Therapy, Mosby-Year Book Inc., 1992; 8-13.
- 4- Monson JRT, Darzi A, Carey PD, Guillou PJ. Thoracoscopic Heller's cardiomyotomy: A new approach for achalasia. Surg Laparosc Endosc 1994; 4(1) 6-8.
- 5- Ancona E, Anselmino M, Zaninotto G, Costantini M, Rossi M, Bonavina L, Boccu C, Buin F, Peracchia. Esophageal achalasia: Laparoscopic versus conventional open Heller-Dor operation. Am J Surg 1995; 170: 265-270.
- 6- Pellegrini C, Wetter LA, Patti M, Leichter R, Musan G, Mori T, Bernstein G, Way L. Thoracoscopic esophagomyotomy: initial experience with a new

approach for the treatment of achalasia. Ann Surg 1992; 216-299.

7-Koshy SS, Nostrant TT. Pathophysiology and endoscopic / balloon treatment of esophageal motility

disorders. Surg Clin North Am 1997; 77(5): 971-991.

8- Maher JW. Thoracoscopic esophagomyotomy for achalasia: Maximum gain, minimum pain. Surgery 1997; 122(4): 836-840.

Alındığı Tarih: 14 Ağustos 1999

Yazışma adresi: Dr. Salih Pekmezci, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Cerrahpaşa İstanbul