

Akalazyaya: Cerrahi olarak tedavi edilen 6 olgunun irdelenmesi

Achalasia: Analysis of six cases treated surgically

Nazif ERKAN, Mehmet YILDIRIM, Mehmet YILMAZ, Alper BOZ, Durmuş Ali ÖZDEMİR, Alper Fırat POLAT

SSK İzmir Eğitim Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş ve amaç: Akalazyaya, etiyojisi bilinmeyen, özofagusun primer motilite bozukluğudur. Bu çalışmada kliniğimizde akalazyaya tanısı konulan olguların tedavi algoritmi retrospektif olarak irdelenmiştir. **Gereç ve yöntem:** Eylül 1996- Kasım 2002 tarihleri arasında , kliniğimizde akalazyaya tanısı konulan ve tedavi edilen 6 olgu, yaş, cinsiyet, semptom, üst gastrointestinal endoskopi ve özofagus,mide , duodenum pasaj grafileri, manometrik ölçümleri, uygulanan endoskopik ve cerrahi tedavi yöntemleri ve izlem sonuçları açısından değerlendirildi. **Bulgular:** Olguların tümü erkek olup yaş ortalaması 47.9(31-69) idi. Yutma güçlüğü tüm olgularda primer semptom olup, 5 olguda retrosternal yanma ve 3 olguda da regürjitasyon mevcuttu. Olguların tümünde pasaj grafileri akalazyayla uyumlu olup, 5 olguda da endoskopi ile tanı konuldu. Dört olguya pnömotik dilatasyon uygulanmış olup, tedavi sonrası semptomların tekrar etmesi üzerine cerrahi uygulandı.İki olguda ise cerrahi primer tedavi olarak yapıldı.Olgularda mortaliteye rastlanılmadı. **Sonuç:**Akalazyanın tedavisinde ; endoskopik pnömotik dilatasyon ilk tercih edilen tedavi yöntemi olup, 40 yaş altında, ek cerrahi hastalığı olan ve pnömotik dilatasyon sonrası semptomları tekrarlayan olgularda cerrahi yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Akalazyaya, tedavi, algoritim

Background and aims: Achalasia is a primary motility disorder of the esophagus with unknown etiology. In this retrospective study, we evaluated the treatment algorithm of achalasia in our clinic. **Materials and methods:** Between September 1996 and November 2002, the patients treated due to achalasia were evaluated according to age, sex, symptom, upper gastrointestinal endoscopy findings, upper gastrointestinal series, lower esophageal sphincter pressure measurement, and treatment modalities (whether endoscopic pneumatic dilatation or surgery). **Results:** All patients were male with a mean age of 47.9(31-69). The primary symptom was dysphagia in all patients, retrosternal heartburn in 5 and regurgitation in 3. Upper gastrointestinal series showed achalasia in all patients, and endoscopy also supported the diagnosis in 5 patients. In 2 young patients, surgery was the first choice of treatment and in 4 patients, endoscopic pneumatic dilatation was done for relief of symptoms. There was no mortality. **Conclusion:** Endoscopic pneumatic dilatation is the first choice of treatment in achalasia but surgery is suitable in patients younger than 40 years old, with coexistence of surgical disease and recurrence of symptoms after endoscopic pneumatic dilatation.

Key words: Achalasia, treatment, algorithm

GİRİŞ VE AMAÇ

Akalazyaya, özofagus düz kasında aperistaltizm ve alt özofagus sfinkterinde (AÖS) relaksasyon bozukluğu ile karakterize primer motilite bozukluğudur (1). İlk kez 1674'de Thomas Willis tarafından tanımlanmış, akalazyaya terimi ise 1937'de Lendrum tarafından kullanılmıştır (2). Etiyolojisinde, diafragma kruslarının gerginliği, akciğerin basısı, özofagus alt ucunda king oluşumu suçlanmışsa da otoimmün dejeneratif bir sürecin özofagus düz kas dejenerasyonu ve myenterik ganglion hücre kaybına neden olduğu genel kabul gören nedendir (3,4). Genetik hastalıklarla birlikteliği nedeni ile patogenezinde genetik faktörlerin önemli olabileceği düşünülmektedir. Akalazyaya her yaşta görülebilir, ancak genellikle 25-60 yaşları arasında tanı konulur (5). Akalazyalı olgularda yakınma sıklığı, yutma güçlüğü, regürjitasyon, kilo kaybı, göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı ve

öksürük şeklindedir (6). Akalazyanın tanısında baryumlu özofagus grafisi, üst GİS endoskopisi, özofagus monometrisi ve endosonografi kullanılmaktadır (7,8,9). Akalazyalı olgularda tedavi, yakınmaların azaltılması ve komplikasyonların önlenmesini amaçlamaktadır. Komplikasyonların çoğunluğu özofagus retansiyonu ve stazı ile ilgilidir. Bazı serilerde akalazyaya ile birlikte özofagus kanseri %20 oranında bildirilmektedir. Bu nedenlerle akalazyaya olgularının tıbbi ya da cerrahi yollarla sağaltımı gerekmektedir. Akalazyanın yıllık sıklığı 1/100. 000 olarak bildirilmekte, ülkemizde ise bu konuda sağlıklı epidemiyolojik veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle sunulan çalışmada kliniğimizde akalazyaya tanısı konulan olguların tedavi algoritmi retrospektif olarak ilgili kaynaklar eşliğinde irdelenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Eylül 1996-Kasım 2002 tarihleri arasında SSK İzmir Eğitim Hastanesi II. Genel Cerrahi kliniğinde akalazyaya tanısı alan ve tedavi edilen 6 olgu, yaş, cinsiyet, semptom, üst gastrointestinal endoskopi (ÜGE) ve özofagus-mide-duodenum pasaj (ÖMD) grafileri bulguları, özofagusun manometrik ölçümleri, endoskopik pnömatik dilatasyonu (PD) ve cerrahi tedavi sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

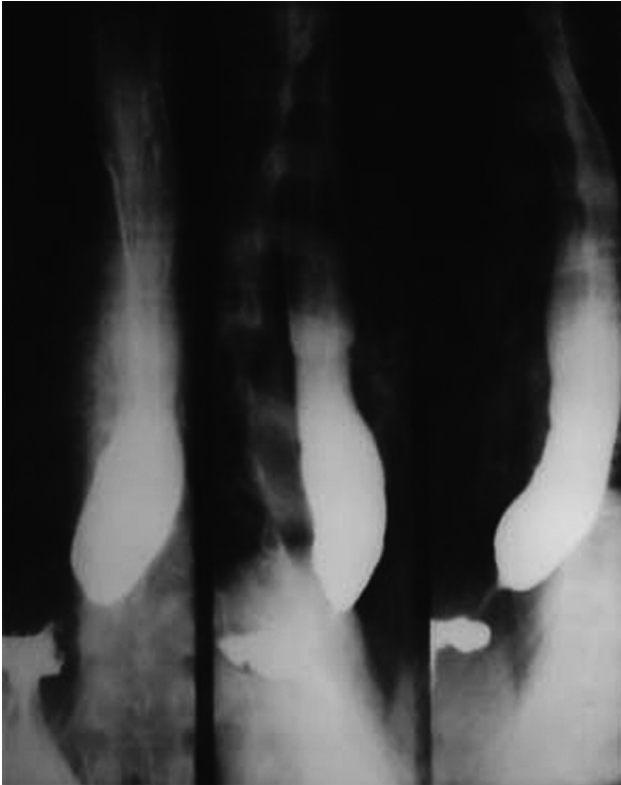
Olguların tümü erkek olup yaş ortalaması 47.9 (31-69) idi. Tüm olgularda yutma güçlüğü görülürken, retrosternal yanma 5 olguda, regurjasyon ise 3 olguda mevcuttu. Olguların ÖMD grafilerinde 5 olguda distal özofagusta kuş gagası manzarası ve proksimal özofagusta genişleme (Resim 1) ile akalazyaya tanısı konurken, 1 olguda ise megaözofagus mevcuttu. Özofagus manometrisi yapılabilen 3 olguda aşağı sfinkter basıncı 18,

24 ve 35 mmHg olup normalden yüksek, özofagus proksimal kesiminde ise intraluminal basınçta minimal artış saptandı. Beş olguya özofagoskopi yapılarak, dilate özofagus ve AÖS'de akalazyaya bulgusu saptandı. Dört olguya kliniğimiz dışında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde, 35 mm Hg basınçta balon kullanılarak, skopi kontrolünde pnömatik dilatasyon (PD) yapıldı. Olgulara uygulanan PD ve cerrahi tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir. PD uygulanan olgularımızda PD sonrası tekrarılama süresi ortalama 2,6 (1-5) yıl olarak tespit edildi. Olgularda mortalite saptanmadı. Hastalarımızın takip süresi 3,3 (1-7) yıl olup, nüks saptanmamıştır.

Tablo 1. Olgularda uygulanan tedavi yöntemleri

Yaş	Ek Cerrahi Hastalık	Endoskopik Pnömodilatasyon	Cerrahi Tedavi
31	-	-	Kardiomyotomi
35	-	-	Kardiomyotomi
61	-	++	Kardiomyotomi
69	Peptik Ülser	+++	Kardiomyotomi +BTV+HMP
53	-	+	-
47	Peptik Ülser+ Hiatus Hernisi	+	-

Kardiomyotomi+BTV+PK+J-Piloplasti +: PD sayısı BTV: Bilateral trunkal vagotomi PK: Posterior krurorafı HMP: Heineke-Mikulicz Piloplasti J: Jaubalay



Resim 1. ÖMD bulguları; distal özofagusta kuş gagası manzarası ve proksimal özofagusta genişleme

TARTIŞMA

Akalazyalı olgularda, aperistaltizm ve inkomplet AÖS relaksasyonu na neden olan dejeneratif nöral bozukluğu tedavi etmek olası değildir. Bu nedenle temel sorun olan özofagusun boşalamaması, AÖS basıncının düşürülmesi ile tedavi edilmelidir. Öncelikle akalazyaya tanısına yönelik yüksek intraözofagial basınç, yüksek AÖS basıncı (>35 mmHg) en sık ve tam olmayan sfinkter relaksasyonu (olguların %80'den fazlasında) daha özgün manometrik bulgular olmaktadır (8). Bizim manometri yapılabilen 3 olgumuzda AÖS basıncı akalazyaya ile uyumlu bulunmuştur. Olguların tanı ve ayırıcı tanısında baryumlu özofagus grafisi ve endoskopi kullanılmış olup literatür ile uyumlu bulgular göstermişti.

Akalazyanın tanısında konvasiyonel yöntemler olarak ÖMD, ÜGE ve özofagus barometrik ölçümleri kullanılmaktadır. Ayrıca transabdominal ultrasonografide yardımcı tanı yöntemi olarak kullanım alanı bulmaktadır (10). AÖS basıncını düşürmek için ilaç tedavisi, Botulinum toksini infek-

siyonu, balon dilatasyonu ve özofagomyotomi olmak üzere 4 tedavi yöntemi uygulanmaktadır (11, 12, 13).

İlaç tedavisi olarak kullanılan düz kas gevşeticiler, kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlarla alınan sonuçlar yüz güldürücü olmayıp, minimal semptomlu, dilatasyon veya miyotomiye yardımcı olarak veya cerrahi tedavi göremeyecek olan olgularda kullanılmalıdır (14). Botilismus toksini diğer bir tedavi yöntemi olarak kullanılsada uzun süreli takiplerde sonuçları iyi olmadığı için ancak cerrahi aday olarak kötü olan hasta grubunda tercih edilmektedir.

Endoskopik PD en etkili cerrahi dışı tedavi yöntemidir. Polyvinil dilatörlerin kullanıma girmesi ve endoskopik kontrollerin kolay hale gelmesiyle, PD önemli bir tedavi modalitesi haline gelmiştir. PD'ye cevap değişik serilerde %32-98 arasında değişiklik gösterebilir, izlem süresi arttıkça başarı oranı azalmaktadır (12). Eckart, 1. yılın sonunda başarı oranını %60 iken, 5. yılın sonunda %40 hastada semptomlarda rekürens görmüştür (6). PD'ye iyi cevap veren hasta grubunda 2. PD'de başarı oranı yüksek görülmüştür. Hiatus hernisi (%4-14 oranında akalazyayla beraber görülmekte) veya epifrenik divertikulumun bulunması, tedavi yöntemini değiştirmektedir. Çünkü bu grup hastalarda PD sonrası perforasyon riski artmaktadır. Bununla birlikte, oldukça geniş özofagusa, yüksek basınçlı kontraksiyona sahip olan olgularda da PD perforasyon riskini artırmaktadır. Tedavi amaçlı en uygun PD sayısı ikidir. Üç yada daha fazla sayıdaki PD perforasyon riskini artırmakta ve yapılacak olan cerrahi diseksiyonu zorlaştırmaktadır. Bu yüzden ikinci PD sonrası semptomları geçmeyen olgular, vakit geçirmeksizin cerrahi olarak tedavi edilmelidirler. Bizim olgularımızdan birinde yapılan 3. PD sonrası başarısızlık olması üzerine cerrahi sırasında aşırı fibrozisle karşılaşıldı ve buna bağlı cerrahi diseksiyon zorluğu ortaya çıktı. PD sonrası verilen cevabın kötü olmasını belirleyen faktörler; hastanın 40 yaşının altında olması, semptomların 5 yıldan az olması ve tedavi sonrası alt özofagus sfinkter basıncının 10 mmHg'dan az olmasıdır. Gastroözefagial reflü komplikasyonu PD sonrası %2 oranında görül-

mekte olup, medikal tedaviye iyi cevap vermektedir.

Kardiomyotomi akalazyada tercih edilen cerrahi tedavi yöntemi olup özellikle aşağıdaki hasta gruplarında tercih sebebidir; Genç yaştaki (40 yaşın altındaki), botilismus tedavisi ve/veya PD sonrası semptomları tekrar eden, PD yapılması oldukça riskli olan, daha önceden gastroözefageal bileşke yerinde cerrahi geçiren, tortuöz özofagus veya divertikülü olan ve akalazyada tedavi yöntemleri anlatıldıktan sonra cerrahiye seçen hasta grubu.

Mayo kliniğinin serilerinde cerrahi miyotomi, PD'ye göre uzun dönemde daha iyi sonuçlar bildirilmiştir (15). Kardiomyotomi sonrası 5 yıllık takiplerde başarı oranı %85 olarak bulunurken, PD sonrası bu oran %65 olarak bildirilmiştir. Kardiomyotomi sonrası başarısızlık ise aşırı özofagus dilatasyonuna (megaözofagus), tam olmayan miyotomi veya gastroözefagial reflüye bağlıdır. Özofagus darlık oranı cerrahi sonrası %3 olarak bildirilmiş ve tedavisinde de çoğunlukla cerrahi kullanılmıştır (15, 16).

Hangi tedavi yönteminin öncelikli olduğu hala tartışmalı olsa da genç hasta grubunda PD'nin uzun dönemdeki başarı oranının %50'den az olması, bu hasta grubunda cerrahinin tercih edilmesini gerektirmektedir. Bizim hasta grubumuzda da 40 yaşın altındaki 2 hastaya PD yapılmaksızın cerrahi tedavi uygulanmıştır. İkinci önemli ve tartışılan konu PD'nin sayısı; PD'nin birden fazla yapılması başarı oranını %66'dan %80'e çıkarmaktaysa da artan PD sayısı özofagus perforasyon riskinde artırmaktadır. Ayrıca PD cerrahi öncesi striktür ve fibrozisi artırmakta, buda cerrahi diseksiyonun zorlaşmasına neden olmaktadır. Cerrahi öncesi iki kez yapılan PD'nin ise yeterli olduğu savunulmaktadır (16, 17).

Sonuç olarak akalazyanın tedavisinde endoskopik pnömotik dilatasyon ilk tercih edilen tedavi yöntemi olup, 40 yaş altında, ek cerrahi hastalığı olan (hiatal herni, megaözofagus, özofagus divertikülü, kronik peptik ülser) ve pnömotik dilatasyon sonrası semptomları tekrarlayan olgularda cerrahi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Woodfield CA, Levine MS, Rubesin SE ve ark. Diagnosis of primary versus secondary achalasia. AJR 2000; 175: 727-31.
2. Peterson WG. Etiology and pathogenesis of achalasia. Gastrointest Endosc Clin N Am 2001; 11(2): 249-66.

Akalazyanın cerrahi tedavisi

3. Cash BD, Wong CR. Historical perspective of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001; 11: 221-34.
4. Hirano I. Pathophysiology of achalasia. *Curr Gastroenterol Rep* 1999; 1: 198-02.
5. Dagli U, Alkam C. Özofagusun motor hastalıkları. *Gastroenteroloji Ed: Özden A. 1. Baskı Türk Gastroenteroloji Vakfı* 2002; 21-27.
6. Eckardt VF. Clinical presentations and complications of achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001; 11: 281-92.
7. d'Altoche L, Oung C, Fourquet F ve ark. Evolution of clinical and radiological feature at diagnosis of achalasia during a 19 year period in central France. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 121-6.
8. Hirano I, Tatum RP, Shi G ve ark. Manometric heterogeneity in patients with idiopathic achalasia. *Gastroenterology* 2001; 120: 789-98.
9. Gonlachanvit S, Fisher RS. Diagnosis modalities for achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001; 11: 293-310.
10. Sezgin O, Ulker A, Temucin G. Sonographic findings in achalasia. *J Clin Ultrasound* 2001; 29: 31-40.
11. Bittinger M, Weinbeck M. Pneumatic dilatation in achalasia. *Can J Gastroenterol* 2001; 15: 195-9.
12. Dunaway PM, Wang RK. Achalasia . Current treatment options in gastroenterology 2001; 4: 89-100.
13. Rajput S, Nandwani SK, Phadke AY, ve ark. *Indian J Gastroenterol* 2000; 19: 126-9.
14. Hoogerwerf WA, Pasricha PJ. Pharmacologic therapy in treating achalasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001; 11: 311-24.
15. Seeling MH, DeVault KR, Seeling SK, ve ark. Treatment of achalasia: recent advances in surgery. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 202-7.
16. Koshy S, Nostrant T. Pathophysiology and endoscopic balloon treatment of esophageal motility disorders. *Surg Clin N Am* 1997; 77: 971-92.
17. Hunter G, Richardson W. Surgical treatment of achalasia. *Surg Clin N Am* 1997; 77: 993-1015.