

# Özofageal Akalazya'da ÖzofagokardiyomiYotomi

## ESOPHAGOCARDIOMYOTOMY IN ESOPHAGEAL ACHALASIA

Dr.Emin TÜRKALP\*, Dr.Soykan ARIKAN\*\*, Dr.Mehmet Can BEKÂR\*,  
Dr.KaşıvTunç KIZILKANAT\*\*

\*S.S.K. Ankara Hastanesi II.Genel Cerrahi Kliniđi

\*\*S.S.K. Ankara Hastanesi II.Cerrahi Kliniđi. ANKARA

### ÖZET

*Özofageal akalazya 'da dilatasyon tedavisi ve cerrahi tedavi genel olarak kullanılan iki tedavi yöntemidir, ister dilatasyon, ister cerrahi olsun, tedavinin amacı; alt özofagus sfinkter basıncını düşürerek gıdaların mideye daha kolay geçebilmesini sağlamaktır. Günümüzde akalazya tanısı konulduğunda, çoğu merkezlerde operasyon önerilmektedir.*

*1987-1990 yılları arasında genel cerrahi kliniğimizde özofagus akalazyası olan 7 vakaya cerrahi girişim uygulandı. Bu vakaların 6'sına transabdominal yaklaşımla Heller-Zaaier operasyonu yapılırken, bir tanesine bu operasyon transtorasik yaklaşımla gerçekleştirildi. Mevcut vakaların ışığı altında bizler, bu retrospektif çalışmada cerrahi tedavinin sonuçları ve mantıksal dayanağını değerlendirip tartıştık.*

**Anahtar Kelimeler:** Özofageal Akalazya,  
özofagokardiyomiYotomi.

T K11n Gastroenterohepatoloji 1992, 3: 23-25

Özofageal akalazya organik darlık olmaksızın özofagusta hipertrofi ve dilatasyon meydana getiren nöromüskiiler bir bozukluktur. Hastalık uzun yıllardan beri bilinmesine rağmen ilk defa 1674'te Thomas Willis tarafından tanımlanmıştır. 1930 yılında Arthur Hurst ilk defa akalazya terimini kullanmıştır

Geliş Tarihi: 30 4 1991

Kabul Tarihi: 11.12.1991

**Yazışma Adresi:** Dr.binin TÜRKALP  
S.S.K. Ankara Hastanesi II.Genel  
Cerrahi Kliniđi, ANKARA

### SUMMARY

*In esophageal achalasia, dilatation therapy and surgical therapy are two general methods of treatment. The goal of treatment, either dilatation or surgical, is to reduce lower esophageal sphincter pressure so that food may pass into the stomach more easily. In most medical centers now, an operation is recommended when the diagnosis of achalasia is made.*

*From 1987 to 1990, 7 patients with esophageal achalasia underwent surgery in our general surgery department. In 6 of 7 patients Heller-Zaaier operation was carried out by transabdominal approach and in 1 patient this operation was performed by transthoracic approach. In the view of the cases in this retrospective study we evaluated and discussed rationale and results of surgical therapy.*

**Key Words:** Esophageal Achalasia, Esophagocardiomyotomy.

Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3: 23-25

(1,2,3,4). Bunun anlamı relaksasyon noksanlığı veya yokluğudur.

Özofageal akalazyalı hastaların çoğunda Auerbach miyenterik pleksus ganglion hücrelerinin beraberliklerinin bozulması, atrofi veya yokluğu vardır. Fakat ganglionlardaki değişikliklerin sebepleri karanlıktadır (5).

Hastalığın sıklığı 100.000'de 0,6-2 arasında değişmektedir ve cinsler arası ayırım gözetmemektedir (2,4,6). En sık 30-50 yaşlar arasında da ortaya çıkmaktadır.

Hastalığın en belirgin semptomları disfaji, regürjitasyon ve ağrıdır. Komplikasyonları arasında



Şekil 1. Özofageal Akalaziya'lı 3 hastanın preoperatif Özofagogramları.

Şekil 2. Özofageal Akalaziya'lı 3 hastamızın postoperatif Özofagogramları.

özofajit, ülserasyonlar, kanama, akciğer komplikasyonları, divertikül oluşumu, hiatal herni ve ileri dönemde kanser gelişimi mevcuttur (1,2,3,4,6,7,8).

### MATERYEL VE METOD

Özofageal akalazyanın tedavisinde bugün için cerrahi tedavi ve zorlu dilatasyon yöntemleri uygulanmaktadır. Biz 7 hastamızı da cerrahi olarak tedavi ettik. Heller-Zaaijer operasyonunu 6 hastada transabdominal, 1 hastada da transtorakal yoldan uyguladık.

Transabdominal yaklaşımla çalıştığımız 6 hastada göbüküstü median laparotomi ile batma girildi.

Özofagustaki darlık Nervus vagus korunarak ortaya çıkarıldı. Yukarıda darlığın hemen üzerinden başlayarak kardiada da 1 cm. olacak şekilde özofagusun m. müsküler tabakası kesildi ve mukoza açığa çıkarıldı. Kesik adele tabakaları tekrar birleşmeyi önleyecek şekilde zarsal yapılara dikildi. Hemostazi takiben batın, loja dren konularak kapatıldı.

Transtorakal yaklaşımda sol 7. interkostal aralıktan posterolateral torakotomi ile çalışıldı. Özofagus açığa çıkarıldı ve darlık ortaya konuldu. Darlığın hemen üzerinden başlanılarak, kardiada da 1 cm. gidilecek şekilde özofagusun m. müsküler tabakası mu-

kozaya kadar kesildi. Tekrar birleşmesini önlemek için pleuraya müsküler tabaka sütüre edildi. Hemostazi takiben sol hemitoraksa toraks tüpü konularak toraks kapatıldı.

## SONUÇ

Her 7 hastada da postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastalara 3. gün sulu gıda şeklinde oral başlandı. Hastalar postoperatif 6-8. günler arasında taburcu edildi. Postoperatif 2. hafta sonunda çekilen pasaj grafilerinde geçişin sağlandığı gözlemlendi ve hastaların şikayetlerinin geçtiği öğrenildi. Hastalara periyodik kontrol önerildi.

## TARTIŞMA

Hastalığın zorlu dilatasyon ve cerrahî tedavi olmak üzere iki türlü tedavi yöntemi mevcuttur (1,2,4,5,6,7,8,9,10). Bugün genel eğilim cerrahî tedavinin dilatasyon tedavisine başvurulmadan uygulanması yönündedir (2,3,4,9). Dilatasyon tedavisi genel durumu bir operasyonu kaldıramayacak kadar bozuk olanlarda ve ileri yaşlarda uygulanmaktadır (1,2,3,10). Bir çalışmanın rakamlarına göre zorlu dilatasyonda başarı oranı %81 iken özofagokardiomyotomide 94'tür (2). Cerrahî tedavide bugün için tarihsel değerleri kalmış birçok operasyon denenmiştir. Artık bunlar uygulanmamaktadır. Günümüzde özofagokardiomyotomi tercih edilen cerrahî tedavi yöntemidir (1,2,3,4,5,6,8). Akalazya ile ilgili ilk başarılı cerrahî işlem 14 Nisan 1913'te Ernest Heller tarafından çift miyotomi (double myotomy) şeklinde uygulanmıştır. 1923'te Zaaijer bu tekniği tek miyotomi şeklinde modifiye ederek ön yüzde uygulamıştır (2,3,4,11). Biz de vakalarımızda bu yöntemi uyguladık. Operasyonun hangi yaklaşımla yapılmasının iyi olacağı üzerine yapılacak tartışmalarda transtorakal yaklaşım ağır basmaktadır (1,2,4,8,11). Biz vakalarımızdan 6 tanesinde transabdominal, 1 tanesinde de transtorakal yaklaşımı uyguladık ve sonuçlar arasında bir fark göremedik.

Yapıları operasyona antireflü prosedürü eklenmesi de tartışma konusu olmuştur. Genellikle operasyona bir antireflü prosedürünün eklenmesi gereksiz görülmektedir. Eklenen antireflü prosedürü zaten peristaltizmi bozuk olan özofagusta tıkanmaya yolabileceği gibi, eğer reoperasyon gerekirse oluşan yapışıklıklar nedeniyle cerrahî başarısızlık ve komplikasyon riskini arttırmaktadır (1,12,13).

Kardia'da yapılan kesi uzunluğu 1 cm'i aşmama lıdır. 2 cm'i aşan kesiler reflü özofajitle sonuçlanmaktadır (2,12).

Biz de vakalarımızda antireflü prosedürü ilave etmedik.

Vakalarımızdan bir tanesi daha önce dilatasyon tedavisi görmüş, ama fayda elde edememiş bir hasta ydı. Cerrahî tedavi sonucu şikayetlerinden kurtuldu. Diğer hastalarımız da yapılan cerrahî tedavi sonucunda şikayetlerinden kurtuldular. Pasajın sağlandığı da 2 hafta sonra çekilen pasaj grafileri ile tesbit edildi.

## KAYNAKLAR

1. Schwartz SI, Schwartz SI, Shirrs OT, Spencer FC: Principles of Surgery. Fifth edition. McGraw-Hill Book Company-Singapore 1988; 1109-11.
2. Andicau Aliat. Abdominal Operasyonlar İstanbul 1989; 471-83.
3. Bilinin Orhan. Sindirim Sistemi Cerrahisi, 6.Baskı, Ankara 1983; 41-55,
4. Kazancıgil Aykut. Temel Cerrahî, H.eill, Ankara 1979; 403-8,
5. Akgül Hikmet. Çağdaş Cerrahi-Tanı ve tedavi, Ankara 1988;21:435-7,
6. Sliaceklford RT. Surgery of the Alimentary tract. Second edition, WB Saunders Company 1978; i 21 -69.
7. Payne, WS, King RM. Treatment of Achalasia of the esophagus. Surgical Clinics of North America.Vol, 63, No:4, August 1983; 963-70,
8. Bozfakioğlu Yavuz, Dağoğlu Temel, Değerli Ünal. Cerrahide Modern Teknikler 1987; 361-3,
9. Osemk-s A, Braghetto I, Henrique?. A. and Carlos C. Late results of a prospective, randomised study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia. Gut 30 1989; 299-304,
10. Robertson OS, Fellows !W, Mayherry J.F, Atkinson M. Choice of therapy for achalasia in relation to age. Digestion 1988,40:244-50.
11. Andrello NA, Earlain RJ. Heller's myotomy for achalasia: is and added anti-reflux procedure nesessary?. Br.J.Surg Vol, Semptember 1987; 74:765-69.
12. Crookes P.F, Wilkinson AJ, and Johnston GW. Heller's myotomy with partial fmdoplication. Br.J.Snrg., Vol January 1989; 76:98-99,
13. Mercer CD, Bill I.D. Reoperation after failed esophagomyotomy for achalasia. The Canadian Journal of Surgery, Vol, No;3 May 1986; 29:177-80.