

GASTROINTESTINAL

Savary-Gilliard Bujileri ile Özofagus Darlıklarının Dilatasyonu

DILATATION OF ESOPHAGEAL STRICTURES WITH SAVARY-GILLIARD BOUGIES

Dr. M. Emin CANER, Dr. M. Zeki OKI DAN, Dr. Fatih HİLMİOĞLU,
Dr. A. Remzi DALAY, Dr. Yaşar ACAR, üoç. Dr. AH GÖREN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Yutma güçlüğü yakınması ile kliniğimize başvuran hastalardan selim veya habis kökenli özofagus darlığı olan 24 hastaya Savary-Gilliard bujileri ile dilatasyon tedavisi uygulandı.

Hastalarımızdan 757 erkek, 9'u kadın olup yaşları 15-84 (ortalama yaş 49) arasında değişmekteydi. Hastalarımızın 20'sinde selim 4'ünde ise habis orijinli özofagus darlığı mevcuttu.

Hastalara toplam 118 seansta 272 bujinaj yapıldı. Yirmiki hastada klinik, endoskopik ve radyolojik olarak yarar sağlandı; 2 hastada ise başarılı olunamadığından cerrahiye gereksinim duyuldu. Dilatasyon işlemine bağlı olarak hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.

Ozofagus darlıklarının tedavisinde Savary-Gilliard bujileri ile dilatasyon yöntemi özellikle lümen çapı 0.5 cm.'den büyük olan darlıkların tedavisinde tercih edilmeye değer bulundu.

Anahtar Kelimeler: Savary-Gilliard bujileri, Özofagus darlığı

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 2: 78-83

Ozofagus darlıklarının buji ile dilatasyonu ilk kez 1821 yılında Hildreth tarafından yapılmıştır (1,2). Bu tarihten sonra özofagus darlıklarının dilatasyonunda çeşitli tipte bujiler kullanılmış,

Geliş Tarihi: 28.2.1991

Katıl Tarihi: 15.3.1991

Yazışma Adresi: Dr. Umin CANI2R

T.Y.İ.İ. Gastroenteroloji Kliniği
ANKARA

SUMMARY

Dilatation therapy was performed in 24 patients with esophageal strictures due to benign or malignant lesions. The patients' presenting symptom was dysphagia.

There were 15 male and 9 female patients with an average age of 49 (range 15-84). The cause of esophageal stricture was benign in 20 and malignant in the remaining 4 cases.

A total of 272 bougienages were performed in 118 sessions. Endoscopic, radiologic cure with symptomatic relief was achieved in 22 patients; in the other 2 patients dilatations were unsuccessful, so they were referred to surgery. No complications due to dilatations were observed.

It was concluded that dilatation of esophageal strictures with Savary-Gilliard bougies, especially when the esophageal lumen is wider than 0.5 cm., is a valuable therapeutic modality.

Key Words: Savary-Gilliard bougie, esophageal stricture.

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2: 78-83

ancak rijit bujiler ve özofagoskoplar yardımıyla yapılan bu dilatasyon işlemlerinden sonra yüksek oranda perforasyon görülmesi (3), daha sonra geliştirilen plastik bujilerin de perforasyon riski taşıması nedeniyle dilatasyon işlemlerinde kılavuz tel kullanma fikri ilk kez Mikter tarafından ortaya atılmıştır (4).

1970 sonrası fiexsibl endoskopların yaygın olarak kullanıma girmesi özofagus darlıklarının

dilatasyonunda da kolaylıklar sağlamıştır. Dar olan bölgenin lesbiti ve lümen görülerek kılavuz tel yerleştirilmesi perforasyon korku ve komplikasyonunu oldukça azaltmıştır (3,5).

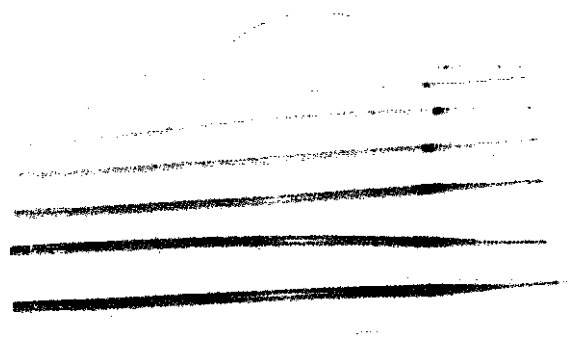
Günümüzde iyi huylu özofagus darlıklarında ilk başvuru tedavi yöntemi dilatasyondur. Bu yöntemle %85 oranında başarı sağlanabilmektedir (6,7). Bu işlemin yapılmasında kullanılan buji dilatatörleri kılavuz teli olup olmamasına göre iki grupta değerlendirilmektedir. Kılavuz teli olmayanlar Hurt ve Maloney tipi (2,3), kılavuz teli olanlar ise Celestin, Eder-Pucstow ve Savary-Gilliard bujileridir (4,5,7-9). Buji dilatatörlerin dilale edici kuvvetleri özofagus lümeninde longitudinal ve radyal yönde olmaktadır. Ayrıca balon dilatatörlerde bu işler için kullanılmakta olup bunların dilatasyon etkisi sadece radyal yöndedir. Kıvrıntılı, asimetrik ve sert darlıkların dilatasyonunda balon dilatatörler tercih edilmektedir (5,9). Balon ile dilatasyonlar mutlaka radyoskopik kontrol altında yapılmalıdır (1,5,9-12). Savary-Gilliard bujileri ile dilatasyonlarda floroskopik kontrolün zorunlu olmayışı ve tüm endoskopik ünitelerde rahatlıkla uygulanabilirliği diğerlerine göre bir avantaj oluşturmaktadır (13).

Özofagus darlıklarının dilatasyon yöntemi ile tedavisi sırasında görülen en önemli komplikasyon perforasyondur. Perforasyon oranı uygulanan yöntemlere ve kullanılan bujilere göre büyük farklılıklar göstermektedir (2,5,6). Kırılmasına kullanılan plastik ve civalı bujilerde perforasyon riski %1-6 arasında değişmektedir (6). Kılavuz telli bujilerin kullanıldığı dilatasyonlarda ise perforasyon riski %0.3-0.4'c kadar düşmektedir (5).

Yutma güçlüğü nedeniyle malnutrisyona giren bu hastalarda yaşam kalitesini yükseltmek ve açlıktan ölmelerini engellemek amacıyla cerrahiye alternatif olarak geliştirilen bu yöntemi kliniğimizde uygulamaya başladık ve hastalarımızı prospektif olarak değerlendirdik.

MATERYEL VE METOD

Çalışmamızda kullanılan Savary-Gilliard bujileri polivinilden yapılmış olup yarı fleksibildir. Bujilerin ortasında kılavuz telin geçeceği bir kanal vardır. Bujilerin çapları 5,7,9,11,12,8,14 ve 15 mm.'dir. Her bujinin uç kısmında radyopak işaret vardır. Yine her bujinin uç kısmı 5 mm.'den başlayıp tedricen artar ve bujinin kuşak tarzındaki



Şekil 1. Savary-Gilliard bujileri ve kılavuz tel.

radyopak işaretine gelindiğinde gerçek çapa ulaşılır (Şekil 1). Kılavuz telin uç kısmı yumuşak olup atravmatiktir. Uzunluğu 182 cm., kalınlığı 0.8 mm.'dir. Tel paslanmaz çelikten yapılmıştır.

Uygulama: Hastalara lidocaine ile lokal boğaz anestezisi yapıldı. Endoskopi ile özofagusun dar segmentine kadar gelinip dar kısım görülünce kılavuz telin atravmatik ucu mideye gidecek şekilde endoskopun biyopsi kanalından geçirildi. **Dar** lümenin tel mideye itilerek radyoskopik kontrol ile kılavuz telin ucunun mide antrumunda olup olmadığı kontrol edildi. Tel yerinde bırakılarak endoskop geri çıkarıldı. Daha sonra darlığın çapına göre en uygun bujiler seçilip sıvı vazelinle kayganlaştırıldıktan sonra en küçük çapta olan buji kılavuz tel üzerinden kaydırılarak hipofarenksten dikkatle geçirildi. **Dar** bölgeye gelince hissedilen direnç fazla zorlanmadan hafif bir kuvvet uygulayarak geçildi. Bujinin opak kısmının radyoskopik kontrol ile dar bölgeden geçtiği görüldükten sonra 20-30 saniye beklenip tel yerinde durmak kaydıyla buji geri çekildi. Bir seansta yapılabilecek dilatasyon için, hastanın toleransı ve komplikasyon ihtimali göz önünde bulundurularak daha büyük çaptaki bujilerle işleme devam edildi.

Hastalar: Temmuz 1989-Aralık 1990 tarihleri arasında disfaji nedeniyle kliniğimize başvuran ve buji dilatasyonu uygulanan 24 hastanın 9'u kadın olup yaşları 15-84 (ortalama 47), 15 erkek hastanın yaşları 18-74 (ortalama 51) arasındaydı.

Hastalarımızın 20'sinde selim özofagus darlığı mevcuttu. Bu 20 hastanın 7'sinde peplik özofajit, 3'ünde korozif özofajit, 3'ünde radyoterapi, 4'ü olguda geçirilmiş operasyon, birer olguda skleroderma, skleroterapi ve Schatzki ringi özofagus darlığı

nedeniydi. Postoperatif özofagus darlığı gelişmiş 4 hastamızdan 3'ünde habis hastalık nedeniyle geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttu. Bunlardan 2'sinde özofagus kanseri nedeniyle yapılan özofagogastrotomi, birinde ise kardial kanseri nedeniyle yapılan total gastrektomi + özofagojejunostomi vardı. Bu olgularda anastomoz yerlerinde gelişmiş olan darlıklardan mükerrer kez biyopsi alınmış olmasına rağmen kanser nüksüne ait bulgulara rastlanılmadığından olgular postoperatif selim darlık olarak kabul edildi. Postoperatif darlığı olan bir hastamızda ise kardial bölgesindeki perforasyon nedeniyle yapılmış parsiyel gastrektomi ve stapler kullanılarak gerçekleştirilmiş özofagogastrotomi ameliyatı söz konusuydu. Bu olguda da anastomoz yerinde darlık vardı.

Hastalarımızın 4'ünde ise maligniteye sekonder özofagus darlığı vardı. Bu hastalardan 2'sinde operasyon sonrası nüks kanser gelişimi, birisinde inoperabl özofagus kanseri birisinde ise meme kanserine sekonder özofagus tutulumu mevcuttu.

SONUÇLAR

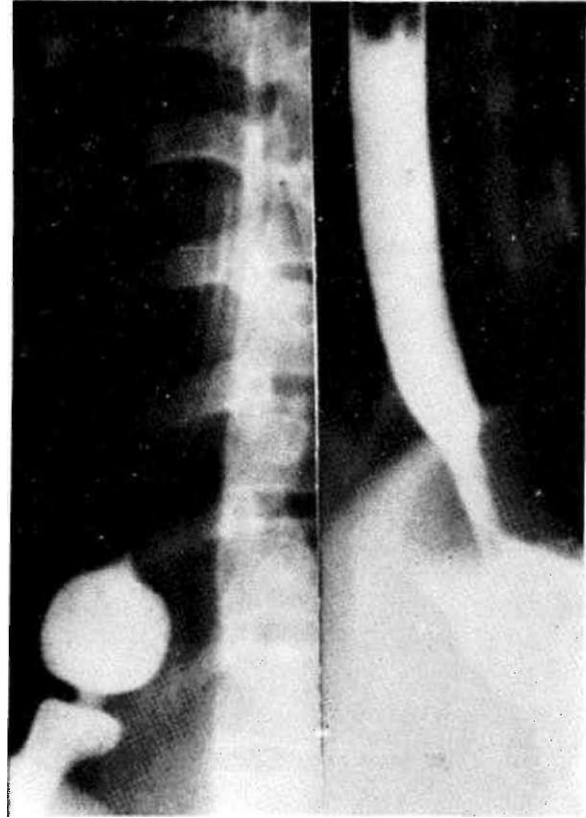
Özofagus darlığı olan 24 hastaya toplam 118 seansta 272 bujinaj yapıldı. Bir hastaya düşen dilatasyon seans sayısı 4.9, bir seansa düşen ortalama bujinaj sayısı 2.3 idi. Bir hastaya düşen ortalama bujinaj sayısı 11.2 oldu.

En az işlem Schatzki ringli bir hastaya yapıldı. Tek seansta 5 mm.'den 15 mm.'ye kadar olan bujiler ardarda uygulanarak yeterli dilatasyon sağlandı (Şekil 2).

En çok işlem korozif özofajitli bir hastaya yapıldı. 16 seansta toplam 40 kez bujinaj yapıldı. 11 ay süreyle izlenen ve zaman zaman klinik düzelmeler gösteren 17 yaşındaki bu genç hasta daha sonra yeterli ve kalıcı dilatasyon sağlanamadığından cerrahiye verildi (Şekil 3).

24 olgudan sadece yukarıda bahsedilen korozif özofajitli hasta ile kardial kanseri nedeniyle total gastrektomi ve özofagojejunostomi yapılmış bir olguda yararlı olunamayarak cerrahiye başvuruldu. Diğer olgularda gerek klinik gerekse radyolojik ve endoskopik olarak yeterli dilatasyon sağlandı (Şekil 4-6).

Schatzki ringi ve sklerodermaya bağlı özofagus darlığı olan hastalara işlem ayaktan, diğerlerine ise hospitalizasyon sonrası yapılmış olup hastalarımızın



Şekil 2. Schatzki ringi iolan ve disfajiden yakın olan hastanın bir seans dilatasyon sonrası.

hiçbirinde dilatasyona ait komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA

Özofagusun iyi huylu darlıklarında en sık görülen sebepler peptik özofajit, korozif özofajit ve postoperatif darlıklardır (11).

Peptik özofajitlere bağlı özofagus darlıklarının dilatasyonla tedavisinin %85 oranında başarılı olduğu, geriye kalan %15 hasta grubunun ise cerrahiye verildiği bildirilmektedir (5). Peptik özofajite bağlı özofagus darlıklarının %43'ünde ilk bir yıl içinde, %34'ünde ilk 4 yıl içinde striktür gelişmekte ve dilatasyon yapılması gerekmektedir (7).

Peptik özofajitlerde reflüks önleyici cerrahi girişimlerin denenebileceği, başarı oranının %97 civarında bulunduğu ve yeniden darlık gelişme oranının düşük olduğu bildirilmekte, ancak özofagus replasmanı gereken cerrahi girişimlerle il-

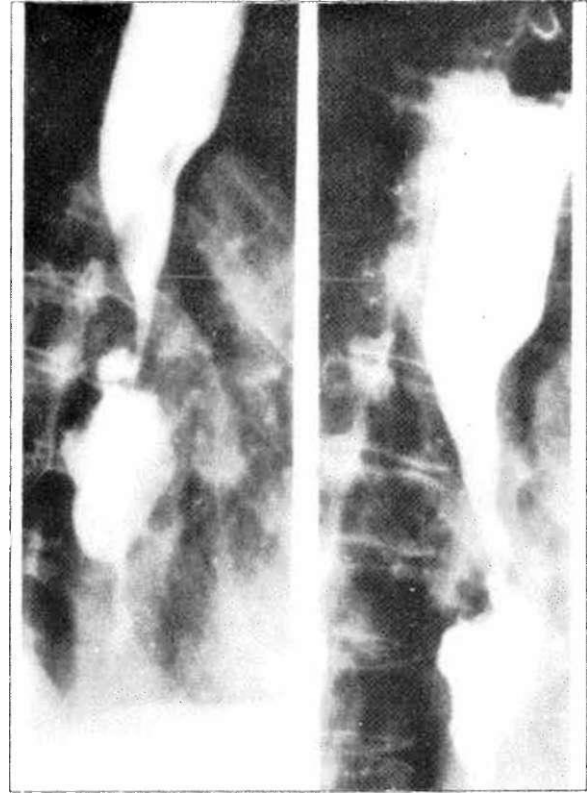


Şekil 3. Kezzap içimi sonucu gelişen koro/if özofajit (operasyona veriilen hasta).

gili morlalilcnin %5'lcn az olmadığı ifade edilmektedir (14).

Bizim 7 hastadan oluşan peptik özofajitli hasta grubumuzda uygulanan buji dilalasyonlarından yeterli ve kalıcı sonuç alındığından cerrahiye ihliyaç duyulmamıştır (Şekil 5).

Korozif özofajite bağlı özofagus darlıklarının dilatasyon tedavisi diğer iyi huylu striktürlerin tedavisinden daha uzun sürmekte ve dilatasyon esnasında perforasyon olma riski diğer özofagus darlıklarına oranla daha yüksek görülmektedir (15).



Şkil -i. Sudkostık içilmesi sonucu gelişmiş 6/ulagus sıklüileri ve dilatasyon sonrası.



Şekil 5. l'epnk o/olajit nedeniyle özofagus darlığı gelişmiş hastanın dilalasyon öncesi ve sonrası

Korozif özofajite bağlı özofagus darlığı olan 3 hastamızdan 2'sinde ilk 10 gün içerisinde yeterli dilatasyon sağlandı (Şekil 4). İntihar amacıyla kez-zap (nitrik asit) içen bir hastamızda ise 10 ay boyunca değişik aralıklarla 16 seans bujinaj yapılmasına rağmen geçici klinik düzelmeler dışında fayda sağlanamayarak hasta cerrahiye verildi (Şekil 3).

Çeşitli sebeplerle özofagus operasyonlarından sonra anastomoz ağzında görülen darlık nedeniyle 4 hastaya dilatasyon uygulandı. Bu olgulardan 3'ünde operasyon habis hastalık nedeniyle yapılmıştı. İki olguda özofagogastroskopi, bir olguda ise özofagojejunostomi yerinde darlık görüldü. Daralmış bu sahalardan mültipl biyopsiler alınmış olmasına rağmen malignite nüksüne dair bulgular görülmedi. Kardia bölgesindeki perforasyon sebebiyle parsiyel gastrektomi ve slapler kullanılarak özofagogastroskopi operasyonu uygulanmış olan hastaya yapılan endoskopide anastomoz yerinde darlık yanısıra reflüks özofajil görüldü. Bu hastaya 7 ay süreyle aralıklı olarak dilatasyon uygulanıp yeterli dilatasyon sağlandı. Postoperatif özofagus darlıklarında dilatasyon tedavisi başarılı olmaktadır (8,9,16). Ancak anastomoz yerinde perforasyon riski yüksek olduğundan kullanılacak dilatatörün maksimum çapı 15 mm.'den fazla olmamalıdır (10).

Sklerodermaya sekonder özofagus darlığı olan bir olgu ile Schatz/ki ringi olan bir olgumuza ayaktan dilatasyon uygulayarak bir seansta 5 mm.'lik bujiden 15 mm.'lik bujiye kadar dilatasyon yapıldı. Tekrar dilatasyona gerek duyulmadı. Skleroderma olgularında reflüks özofajil ve gelişen selim özofagus darlıklarında önceleri cerrahi girişimlerde bulunulurken buji dilatasyonlarının bu konuda **güçlü** bir alternatif **olarak** ortaya çıktığı ve operasyonlara duyulan ihtiyacı minimuma indireceği düşünülmektedir (17,18).

Özofagus varisleri nedeniyle sklerotcrapi görmüş ve oplimal varis sklerozu sağlanmış ancak tedavi komplikasyonu olarak özofagus darlığı gelişmiş hastamızda üç seans dilatasyon sonrası klinik ve endoskopik düzelmeler sağlanmıştır.

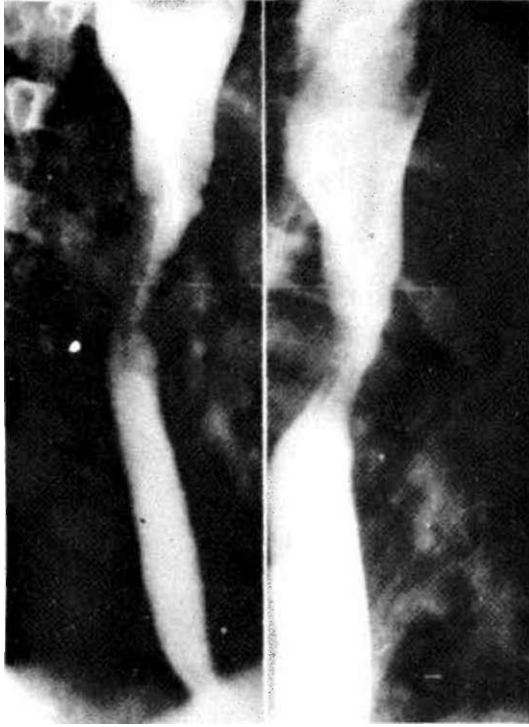
Radyoterapiye bağlı özofagus darlığı gelişen 3 hastamızdan birine iki ay, diğer ikisine üç aylık dönemde aralıklı dilatasyon yapılarak yeterli dilatasyon sağlandı. Literatürde radyoterapi sonrası gelişen özofagus striktürlerinde buji dilatasyonlarının başarıyla uygulandığı bildirilmektedir (8,19).

Dilatasyon uyguladığımız 4 habis özofagus darlığından ikisinde nüks özofagus kanseri, birinde inoperabl özofagus Ca, birinde ise meme Ca'ya sekonder özofagus tutulumu vardı.

Malign özofagus ve mide tümörlerinin sebep olduğu özofagus darlıkları da başarı ile dilate edilebilmektedir. Cerrahi rezeksiyonun bu hastaların çoğunluğunda (%61) imkansız olması (20,21), radyoterapinin ise %1-8 arası 5 yıllık yaşam süresi sağlaması (22) disfaji probleminin çözümünde dilatasyon tedavisine olan ihtiyacı arttırmaktadır (923). Ancak tümörün lümenine doğru büyümesi, lümen duvarında invazyon yaparak pasaja mani olması nedeniyle dilatasyon uzun ömürlü olmamaktadır. Bu hastalarda darlık dilatasyona refrakter hale gelince endoözofajial tüp konularak daha uzun süreli palyatif iyilik sağlanabilmektedir (23,24).

Kanserli olgularımızdan birisine 6 ay önce kardi kanseri nedeniyle total gastrektomi ve özofagojejunostomi yapılmış olup son üç aydır yutma güçlüğü vardı. Özofagus 40 cm.'de nüks tümör gelişimi tesbit edilen hastaya birer ay arayla üç kez buji dilatasyonu uygulandı. Son başvurusunda disfajisine ilave olarak sarılığı ortaya çıkmıştı. Abdominal sonografisinde barsak lümlerinde tümöral infiltrasyon görüldü. Buji dilatasyonunun başarısız kalması üzerine hasta operasyona verilerek retrograd yoldan özofagusun dar kısmına tüp konulmaya çalışıldı. Bunda da başarılı olunamayınca distal jejunuma tüp konuldu. Safra stazı için eksternal drenaj yapıldı. Diğer habis orijinli özofagus darlıklı olgularımıza 20-30 günlük aralarla dilatasyon uygulandı. Klinik olarak disfajilerinin kısmen düzelmesi sonucu sulu gıda alabilmelerine ilave olarak aktif nutrisyonel destek verildi (Şekil 6).

Savary-Gilliard bujileri ile özofagus darlıklarının dilate edilmesinde Edcr-Puestow bujilerindeki hipofarenks irritasyonu, Ccleslin bujilerinde görülebilen sert ve dar lümenlerdeki perforasyon riski fazlalığı görülmemektedir. Edcr-Puestov ve Savary-Gilliard gibi kılavuz telli bujiler lümen çapı 5 mm.'den az ise kullanılmazlar (14,19). Çünkü en küçük çaplı buji 5 mm. kalınlıktadır. Balon dilatatörlerle 4 mm. lümen genişliği olan özofagus darlıkları başarı ile dilate edilebildiğinden bu gibi hastalarda dilatasyona önce balonla başlanabilir (9). Balonla yapılan dilatasyonlarda perforasyon riski %0.4'dür (25).



Sekil 6. Radyoterapi sonrası (Bronş Ca nedeniyle) gelişen özofagus darlığı ve dilatasyon sonrası.

Savary-GİLLIARD ve Eder-Pucstow bujileri ile dilatasyon yapılan hastalarda perforasyon riski birbirine çok yakın olmasına (%0.3-0.4) rağmen Savary-Gilliard bujilerinin Eder-Pucstow bujilerine göre kullanımının daha kolay ve etkinliğinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (5,8,25).

Bu çalışmamızda Savary-Gilliard bujilerinin özofagus darlıklarının tedavisinde cerrahiye alternatif, emin, ucuz, etkin ve komplikasyonu az bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiş ve yapılan dilatasyonlardan literatürde belirtilen oranda başarılı sonuç alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Starch IZ, Paulucci V, Ilcr/cr M, Crummy BA: Esophageal stenosis treatment with Ballon catheters. Radiology 1984, 153:6.37-40.
2. Ianza EL, Graham YD: Bougienage is effective therapy for most benign esophageal strictures. JAMA 1978, 240: 844-7.
3. Chung RSK, Safaic S, Denbeslen L: Dilatation of esophageal strictures. Arch Surg 1976, 111: 795-8.
4. Ccleslin LR, Campbell WB: A new safe system for oesophageal dilatation. Lancet 1981, 10: 74-5.
5. Webb AW: Esophageal dilatation, personal experience with current instruments and techniques. Am J Gastroenterol 1988, 83: 471-5.

6. Van Maerche P, Schelong II, Buess G, Hutterer GL: Die konservative behandlung der peplisch oesophaguslcnosen mit endoskopischer bougieungeine wirksame und sichere Massname. Medizinische Klinik 1987, 82: 726-9.
7. Patterson .II), Graham Y D, L'iccy S.I, Schwanz T.J. Alpert Ii, Lonza LI'. Douglarcaien G: Natural history of benign esophageal stricture treated by dilatation. Gastroenterology 1983, 85: 346-50.
8. Dumon F.I, MERIC B, Sivak VM, Fleischer D: A new method of esophageal dilatation using Savary-Gilliard bougies. Gastrointest Endose 1985, 312: 379-82.
9. Siegel JII: Esophageal dilatation after surgical resection. Endoscopy 1986, 18: 40-3.
10. Webb WA: Balloon dilatation of esophageal strictures. Gastrointest Endose 1985, 31: 224-5.
11. Taub S, Rodau AB, Bean JW, Koerner SR: Balloon dilatation of esophageal strictures. Am J Gastroenterol 1986, 81: 14-8.
12. Dawson LS, Mueller PR, Ferruci .IT, Richter .IM, Schapiro IUI, Butch RI, Simeone .IF: Severe esophageal strictures. Indications for balloon catheter dilatation. Radiology 1984, Dec: 631-5.
13. Shailesh C, Kadakia MD, Charles D, Eddie C: Esophageal dilatation with Savary-Gilliard bougies using a guide wire with markings without the aid of fluoroscopy. Am J Gastroenterol 1990, 85: 1221.
14. Keenan DIM, Hamilton RF, Gibbons .I, Stevenson (IM: Surgery for benign esophageal stricture. J Thorac Cardiovasc Surg 1984, 88: 182-8.
15. Ajalat GM, Mulder DG: Esophageal perforations. Arch Surg 1984, 119: 1318-20.
16. Glick ME: Clinical course of esophageal stricture managed by bougienage. Dig Dis Sei 1982, 27: 884-8.
17. Orringer MB: Surgical management of scleroderma reflux esophagitis. Surg Clin North Am 1983, 63: 859-67.
18. Cox JG, Winter RK, Maslin SC: Balloon or bougie for dilatation of benign oesophageal stricture? An interim report of randomised controled trial. Gut 1988, 29: 1741-7.
19. Howkins DB: Dilatation of esophageal strictures comparative morbidity of antegrade and retrograde methods. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988, 97: 460-5.
20. Earlem R, Cunha-Melo .IR: Oesophageal squamous cell carcinoma. I.A critical review of surgery. Br J Surg 1980, 67:381-90.
21. Akiyama II, Tsurumaru M, Kawamura T: Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Ann Surg 1981,194:438-46.
22. George FW: Radiation management in esophageal cancer. z/m J Surg 1980, 139: 795-804.
23. Moses EM, Dcura DA, Wonhg R KH: Palliative dilatation of esophageal carcinoma. Gastrointest Endose 1985, 31: 61-3.
24. James MR, Alan D, Hilgenberg MD, Marchi R: Endoscopic palliation of obstructive esophagogastric malignancy. Gastrointest Endose 1988, 34: 454-8.
25. Kozarek RA: Complications of reflux esophagitis and their medical management. Gastroenterol Clin North Am 1990, 19: 713-31.