

Gastroözofagial Reflü: Cerrahi Ne Zaman?

Işıl NADİR, Dilek OĞUZ

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Mide içeriğinin özofagusa geri kaçması gastroözofagial reflü (GÖR) olarak bilinir. Sağlıklı kişilerde de gün içerisinde kısa süreli semptomlara yol açmayan GÖR atakları olur. Bu durum fizyolojik bir olaydır. GÖR hastalığı (GÖRH) ise çok miktarda asitli mide içeriğinin özofagusa geri gelerek bazen yalnızca semptoma sebep olması veya semptomla beraber özofagusta histopatolojik değişiklikler yani reflü özofajiti meydana getirmesidir (1).

Özofagusa geri kaçan mide içeriğinin özofagusta endoskopik olarak saptanan lezyonlara yol açması reflü özofajit olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık bir hastada reflüye ait semptomlar var fakat endoskopik hasar yok ise bu durum eroziv olmayan reflü hastalığı olarak adlandırılır (2).

GÖRH gastroenteroloji polikliniklerinde sık gözüken hastalıklarından biridir. Bu hastalığın en önemli semptomu olan retrosternal yanma, batı toplumlarında bireylerin %44'ünde ayda bir, %7'sinde ise günde bir kez görülmektedir. Nadiren ölüm nedenidir. Ancak özofagus, akciğer, larenks ve oral kavitede neden olduğu komplikasyonlar nedeniyle önemli morbidite nedenidir (3). GÖRH'nin başlıca komplikasyonları aşağıda belirtilmiştir (3,4).

Özofagusa ait komplikasyonlar

- Kanama
- Ülser
- Darlık

- Barret özofagus
- Distal özofagus karsinomu

Pulmoner komplikasyonlar

- Astım
- Pulmoner fibrozis
- Kronik bronşit
- Pnömoni

Larenkse ait komplikasyonlar

- Larenjit
- Vokal kord ülserleri
- Larenks stenozu
- Farenjit
- Tortikolis (Sandifer sendromu)

Oral kavite komplikasyonları

- Diş/gingiva yapılarında kayıp
- Ağız ülserleri
- Otit
- Kronik sinüzit

GÖRH kronik bir hastalıktır. Komplikasyonları da göz önüne alındığında sürekli tedavi düşünülmelidir. Tedavide amaç ti-

pik ve atipik semptomları gidermek, komplikasyonları önlemek, semptomsuz dönemi idame etmek olmalıdır (2) .

Son otuz yılda, ilk önce H2 resetör antagonistlerinin ve daha sonra proton pompa inhibitörlerinin (PPI) kullanıma sokulmasıyla, GÖRH tedavisi anlamlı şekilde değişmiştir. H2 reseptör antagonistleri başlangıçta GÖRH tedavisinde yararlı olarak görülmüştür. Ancak yeterli asit supresyonu sağlayamamaları ve bunlara karşı tolereans gelişmesi semptomların yetersiz kontrolüne ve yüksek nüks oranına yol açmıştır (5). PPI'ların üstün asit baskılama etkisi, H2 reseptör antagonistlerinden daha etkin olmalarıyla sonuçlanmıştır. Böylece GÖRH tedavisinde yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır. GÖRH hastalarının %90 kadarı PPI'leri aldıkları süre boyunca asemptomatik olmaktadır (6). PPI'ların başarısı ile açık anti reflü cerrahi kabul edilebilir bir tedavi seçeneği olmaktan çıkmıştır. Spechler ve arkadaşları GÖRH tanısı konulan 129 hastada medikal tedavi ve cerrahi tedavinin etkinliğini karşılaştırmışlardır. Çalışmaya katılan 98 hastaya medikal tedavi, 38 hastaya cerrahi tedavi uygulanmışlardır. Medikal tedavi alan hasta gurubu 10.6 yıl, cerrahi tedavi alan hasta gurubu 9.1 yıl takip edilmiştir. Takip süresi sonunda iki gurup arasında özafajit derecesi, özafajit sitrüktürü, tedavi sıklığı, tekrar anti reflü operasyona gidiş ve özofagus kanseri gelişmesi arasında fark izlenmemiştir. Bu çalışma ile GÖRH'de, cerrahinin uzun dönem sonuçları ve antisekretuar medikal tedavi arasında fark olmadığı gösterilmiş olup cerrahi tedavi için oldukça ümit kırıcı olmuştur (7).

GÖRH tedavisinde, cerrahi endikasyonlar için genel bir fikir birliği yoktur. Ancak yaygın kabul gören anlayışla cerrahi tedavi için başlıca endikasyonlar şöyle sıralanabilir:

- Hastanın efektif medikal tedaviye uyumsuzluğu. Başlıca uyumsuzluk nedenleri: ilacı reddetme, ilaç bağımlılığı ve ilaç yan etkilerine bağlıdır.
- Hastanın yaşı: Özellikle genç hastalarda yaşam boyu medikal tedavi yerine cerrahi alternatiftir.
- Güncel optimal medikal tedaviye rağmen inatçı yada nüks eden özofajitli olgular.
- Hastanın tercihi.
- Ekstraözofageal semptomların olduğu, medikal tedaviye iyi cevap vermeyen ve semptomlarla reflü arasındaki ilişkinin Ph metre ile ortaya konduğu olgular.

- Defektif alt özofageal sfinkter ve hiatal herni nedeniyle uzun süreli medikal tedavinin inefektif olduğu olgular.

Cerrahi tedavideki amaç alt özofagus sfinkter basıncını artırmak, pozitif basınca maruz kalan abdominal özofagusu uzatmak, his açısını düzeltmektir. 1991 yılında Bernard Dallemagne'nin laparoskopik cerrahi tekniğini ilk uygulayış ve tanımlamasından sonra laparoskopik yaklaşım giderek popülerite kazanmış ve antireflü cerrahiye farklı bir boyut getirmiştir(8). Laparoskopik yaklaşım konvansiyonel antireflü girişimlerdeki manüplasyonların tümünün uygulanabilmesinin ötesinde teknik yönden daha iyi koşulları beraberinde getirir. Sık uygulanan iki işlem Nissen fundoplikasyonu ve Toupet parsiyel fundoplikasyonudur. Nissen prosedürü, alt özofagus etrafında 4-5 cm'lik bir mesafede 360 derece fundoplikasyon olarak tanımlanmıştır. Posterior parsiyel fundoplikasyon ise Toupet olarak isimlendirilmiştir. Laparoskopik antireflü cerrahinin kısa dönem sonuçları açık cerrahiye eşittir. Uzun dönem sonuçlarını değerlendiren çalışmalar devam etmektedir. Ancak laparoskopik cerrahinin düşük cerrahi travma, azalmış ağrı, kısa hospitalizasyon gibi avantajları mevcuttur. Ayrıca açık cerrahiden daha ekonomiktir. Kozmetik nedenle tercih nedenidir (8).

Laparoskopik fundoplikasyonun cerrahi kabul edilebilir yapması nedeni ile özellikle genç hastalarda GÖRH için sık önerilmektedir. Buna karşın yeni gelişmeler antireflü cerrahisi için şevk kırıcı olmuştur. Disfaji, gaz ve geğirememe gibi komplikasyonlar hastaların %30'a kadar olan bir kısmında gelişebilir. Spechler ve arkadaşları kontrollü bir çalışmanın parçası olarak açık antireflü cerrahisi geçiren hastaların %62'sinin 10 yıl sonra hala asit baskılayıcı bir ilaç aldığını bildirmiştir (7).

Klaus ve arkadaşları antireflü cerrahi geçiren 84 hastanın retrospektif analizinde hastaların üçte birinden daha fazlasının operasyondan sonra şişkinlik ve ishal gibi barsak şikayetleri olduğunu bildirmişlerdir (9). Bazı serilerin düşük oranlar bulmasına rağmen, çeşitli çalışmalar fundoplikasyon sonrası yüksek PPI kullanım oranları bildirmiştir. Bloomston ve ark. fundoplikasyondan 4 yıl sonra hastaların %37'sinin PPI kullandığını bildirmişlerdir (10). Buna karşın Paspavas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 297 hastaya laparoskopik fundoplikasyon uygulanmış ve hastalar ortalama 31.4 ay takip edilmişlerdir. Hastalar heartburn, regürjitasyon, disfaji şikayeti ciddiyetine göre operasyon öncesi ve operasyon sonrası

0 ile 10 arasında skorlanmıştır. Takip süresi sonunda heartburn 8.4'den 1.7'ye, regürjitasyon 7.2'den 0.7'ye gerilemiştir. Hastaların tekrar fundoplikasyona gidiş oranı %5.7, PPI kullanım oranı ise %10 olarak tesbit edilmiştir. Bu çalışma fundoplikasyonun hayat kalitesini düzelttiği ve semptomları başarılı şekilde kontrol ettiği şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu çalışmada takip süresi kısadır (11). Dallemagne ve arkadaşları GÖRH nedeniyle opere edilen 100 hastanın 5 yıllık ve 10 yıllık takip sonuçlarını değerlendirmişlerdir. 5 yıllık takip sonunda semptom kontrolünü %93 ve 10 yıllık takip sonunda %89.5 bildirmişlerdir (12).

Bir başka önemli nokta cerrahi tedavi ile reflünün en önemli komplikasyonu olan Barret özofagusu önlenbilir mi, progresyonu durdurulabilir mi sorusuna cevaptır. Çalışmalarda antireflü cerrahiden sonra genelde skuamöz adacıklar gelişti-

ği bildirilmektedir ve Barrett epitelinin tam gerilemesi nadirdir. Gerileme olanlarda da bu durum özofagusun cerrahi repozisyonundan kaynaklanan psödöregresyondur. Bazı cerrahi girişim yanlıları antireflü cerrahinin kanser riskini azalttığını ileri sürseler de geniş bir İsveç kohort çalışmasında özofagus adenokarsinom riskinin cerrahi sonrası yüksek olmaya devam ettiği bildirilmiştir (13).

Sonuç olarak hastaların büyük çoğunluğunun, PPI kullanılarak başarılı şekilde tedavi edilebildiği açıktır. Bu ajan sınıfının güvenilir, etkin ve az yan etkisi olduğu kanıtlanmıştır. Cerrahi tedavi komplikasyonları ve operasyon sonrası literatürde değişik oranlarda bildirilen PPI kullanım oranları göz önüne alındığında seçilmiş hasta gruplarına uygulanmalıdır. Bu hastalar özellikle genç, cerrahi tedaviyi isteyen ve hiatus hernisi gibi anatomik defekt içeren hasta gruplarını içermelidir.

KAYNAKLAR

1. Castell DO, Mainie I, Tutuian R. Non-acid gastroesophageal reflux: Documenting its relationship to symptoms using multi-channel intraluminal impedance. Transactions of the American Clinical and Climatological Association 2005;116:321-4.
2. Bardhan KD. The role of proton pump inhibitors in the treatment of gastroesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 1999;9:15-25.
3. Levine JS. Management of Barret Esophagus. Primary Care Case Reviews 2002;5(2):68-76.
4. Hogan WJ, Shaker R. Medical treatment of supraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease. Am J Med. 2001;111(8):197-201.
5. Reynolds JC. Individualized acute treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. Scand J Gastroenterol 1995;30:17-24.
6. Bautista J, Fullerton H, Briseno M et al. The effect of an empirical trial of highdose lansoprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain-a randomized, double-blind, sham-controlled, crossover trial. Aliment Pharmacol Ther 2004;19:1123-30.
7. Spechler SJ, Lee E, Ahnen D et al. Long term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomised controlled trial. JAMA 2001;285:2331-8.
8. Dallemagne B, Weerts J, Jehaes C, Markiewicz S et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. Surg Laparosc Endosc 1991;1:138-43.
9. Klaus A, Hinder RA, DeVault KR et al. Bowel dysfunction after laparoscopic antireflux surgery: incidence, severity and clinical course. Am J Med 2003;114:6-9.
10. Bloomston M, Nields W, Rosemurgy AS. Symptoms and antireflux medication use following laparoscopic Nissen fundoplication: outcome at 1 and 4 years. JSLS. 2003;7:211-8.
11. Paspavas PK, Keenan RJ, Yeane WW et al. Effectiveness of laparoscopic fundoplication in relieving the symptoms of GERD and eliminating antireflux medical therapy. Surg Endosc 2003;17:1200-5.
12. Dallemagne B, Weerts J, Markiewicz J et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. Surg Endosc. 2006;20(1):1559-65.
13. Low DE, Levine DS, Dail DH et al. Histological and anatomic changes in Barrett's esophagus after antireflux surgery. Am j Gastroenterol 199;94:80-5.



ORTAÇAĞ

'Heures de Rohan'da görüldüğü gibi Yargıcıyla yüz yüze kalan ölü adam (1418-1425). Devamlı olarak ani ve açıklanamayan ölümlere maruz kalan Ortaçağ insanı, kilise tarafından 'Kıyamet Günü'ne hazırlanması için uyarılıyor. Bibliotheque Nationale, Paris