

GASTROÖZEFAJEAL REFLÜ HASTALIĞINDA LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONUNUN ETKİNLİĞİ

*PARSAK C.K. , *SAKMAN G. , *AKÇAM T. , ** SATAR S. , * EZİCİ H. *SÖNMEZ H.

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
**Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Adana

Yrd. Doç. Dr. Cem Kaan PARSAK, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 01330-Balcalı, Adana
E-Mail: cparsak@cu.edu.tr
Tlf: 0.322.3386432

Başvuru Tarihi: 02.10.2007

Kabul Tarihi: 30.10.2007

Kısa Başlık: Gastroözefageal Reflüde Nissen Fundoplikasyonu

ÖZET

Gastroözofageal reflü hastalığı, gastro-intestinal sistemin en sık görülen kronik hastalığıdır. Başlangıç tedavisi medikaldir. Ancak cerrahi endikasyon varlığında Nissen fundoplikasyonu uygulanan cerrahi tekniktir. Son yıllarda Laparoskopik alanındaki gelişmelerle birlikte laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışmanın amacı laparoskopik fundoplikasyon serimizi, erken dönem sonuçları ile irdelemektir.

Anahtar sözcükler: Gastroözofageal reflü hastalığı, Nissen, Laparoskopik.

THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC NİSSEN FUNDOPLICATION FOR GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

ABSTRACT

Gastro Esophageal Reflux Disease is presented as the commonest chronic disease of gastrointestinal tract. Medical treatment is considered as initial intervention. If surgical approach is required, nissen fundoplication is accepted as the most popular technique. The aim of this study is to evaluate our early results of nissen fundoplication series.

Key Words: Gastro Esophageal Reflux Disease, Nissen, Laparoscopy.

GİRİŞ

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) en yaygın kronik gastrointestinal sistem hastalığıdır ve mide ve duodenum içeriğinin özefagusa hareketidir. Haftada bir günden fazla pirozis olması patolojik reflüyü işaret etmektedir⁽¹⁾. Hastalarda oluşan şikayetlerin çoğunun medikal tedavi ile düzeltilebilmesine rağmen, bazı hastalarda striktür ve barret özefagus gelişebilmektedir. Ayrıca alt özefageal sfinkter (AÖS) yetmezliği olan GÖRH'nin tedavisi sonrası nüks görülme oranı %85-90'ları bulmaktadır. Medikal tedaviye direnç, uzun süreli medikal tedaviye ihtiyacı, hiatal hernisi varlığı, devamlı doz artımı ihtiyacı, ekstraözefageal reflü bulgular cerrahi endikasyonlarıdır. En çok kabul gören 360 derece fundoplikasyon tekniğini ilk defa 1956 yılında Nissen tanıtmış^(2,3,4) ancak laparoskopik tekniklerin geliştirilmesi ile beraber Nissen fundoplikasyonun laparoskopik olarak uygulanabilmesi hastanede kalış süresinin ve postoperatif ağrının azalması, yaşam kalitesinin erken düzelmesi gibi açık cerrahiye olan avantajlarını da beraberinde getirmiştir^(5,6,7). Bunlara ek olarak laparoskopik reflü cerrahisi %95 üzerindeki başarı

oranı ile medikal tedavinin alternatifi olarak literatürde yerini almıştır^(3,5).

Çalışmamızın amacı GÖRH olan hastalarda uyguladığımız laparoskopik Nissen fundoplikasyonun (LNF) etkinliği ve komplikasyonları açısından erken sonuçlarını rapor etmektir.

HASTALAR VE YÖNTEM

2006 Ocak ve 2007 Eylül ayları arasındaki süreçte Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde LNF yapılan 31 olgu prospektif olarak incelendi. Olguların tamamı, tipik reflü semptomları olan ve gastroenteroloji kliniği tarafından GÖRH tanısı konulan hastalardı. Ayrıca bu hastalar medikal tedaviye en az 2 sene devam edildikten sonra cevap alınamayan endoskopisinde özefajit, alt özefageal sfinkter gevşekliliği veya hiatus hernisi saptanan ve bu nedenlerle cerrahi endikasyonları olan hastalardı. 31 olgunun birinde durdurulamayan kanama nedeni ile açık cerrahiye geçildi ve bu olgu çalışma dışı bırakıldı. Öyküsünde 2 yılı

geçmeyen antireflü tedavi alan hastalar ve açık nissen operasyonu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat endikasyonu, ameliyat süresi, yatış süresi, erken ve geç dönemde karşılaşılan sorunlar araştırıldı. Hastaların tamamına ameliyat öncesi tekrar endoskopi yapıldı. Tüm hastalara ameliyat öncesi batin ultrasonografi, rutin kan ve radyolojik tetkikleri yapıldı.

Anestezi induksiyonu esnasında tüm hastalara iv 1 gr profilaktik sefazolin uygulandı. Hastaların genel anestezi altında entübasyonu sonrası 20 Ch nazogastrik sonda takıldı. Operasyon için litotomi pozisyonu verildi. Umblikusun altında insizyonda yerleştirilen 10 mm lik trokar ile batin 13-14 mm-Hg basıncında CO2 ile şişirildikten sonra kamera yerleştirildi. Operatör bacakların arasında, kamera asistanı hastanın solunda, diğer asistan ise hastanın sağında pozisyon aldı. Sağ subkostal bölgede epigastriuma yakın olarak 10 mm'lik trokar girildi ve buradan karaciğer ekartasyonu için endoretraktör girildi. Bu endoretraktör ile karaciğer sol lobu kaldırıldı. Yine sağ subkostal bölgede 10 mm'lik trokarın 5-6 cm altından 5 mm'lik trokar girildi. Bunlara ek olarak sol üst kadrana 1 adet subkostal 10 mm'lik trokar ve umblikusun soluna 1 adet 10 mm'lik trokar yerleştirildi. Omentum minus açıldıktan sonra frenoözefageal ve frenogastrik ligamanlar dissekte edildi. Sağ krus görüldükten sonra retroözefageal disseksiyon sonrası sol krus görüldü. Bu disseksiyon esnasında mide ve özefagus endobabcock yardımı ile traksiyona alındı. Disseksiyonlar tamamlandıktan sonra roticulating grasper yardımı ile özefagus dönüldü. Daha sonra fundus serbestleştirilmesi için ligasure ile gastrica brevisler koagüle edildikten sonra kesildi. Sağ ve sol krus arasına hiatusu normal genişlikte olanlara 1 adet, hiatusu geniş olanlara ise 2 adet yaklaşımcı sütür konuldu. En az 2 cm çaplı hiatal hernisi olan olgulara 3x1 cm çaplı vicryl-prolen-dual mesh tocker yardımı ile hiatusa tespit edildi. Mesh seçimi randomize olarak yapıldı. Bu işlemin ardından fundus özefagusun arkasından geçirilerek grasperla tutuldu. İki fundus arasına iki adet nonabsorbabl sütür materyali ile tek tek sütür konularak 2 cmlik fundoplikasyon yapıldı. Fundus ile sağ krus 1 adet sütür ile birbirine tespit edildi. Operasyon sonrası batin serum fizyolojikle yıkandı ve 1 adet hemovak dren konularak 5 mm'lik trokar deliğinden çıkartıldı. Hastaların nazogastrik sondaları postoperatif 1. gün çekildi ve sıvı gıdalarla beslenmeye başlandı. Katı gıdalara 3 hafta içinde yavaş yavaş geçildi. Hastalar kontrole çağrılıp göğüste yanma, regürjitasyon, yutma güçlüğü, gaz-şişme sendromu olup olmadığını sorgulandı. Hastalar, birinci ay içerisinde haftalık, birinci aydan sonra 3. aya kadar aylık ve daha sonra 3 aylık periyotlar ile kontrole çağrıldı. Birinci yılını dolduran hastalara özefagografi ile kontrolleri yapıldı. İstatistiksel analiz; Bu çalışma tanımlayıcı çalışma olarak tasarlanmıştır, veriler n ve % olarak gösterilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 19'u (%63.3) kadın, 11'i (%36.6) erkekti. Yaşları 23-56 arasında değişiyordu. Ortalama yaş 39.6 olarak hesaplandı. Tüm operasyonlara laparoskopik olarak

başlandı. Durdurulamayan kanama nedeni ile açığa geçilen ve bu nedenle çalışma dışı bir hasta haricinde tümü laparoskopik olarak tamamlandı. Operasyonlar 50-200 dakika arasında tamamlandı. Ortalama ameliyat süresi 75 dakika olarak bulundu. 15 olguda hiatal herni nedeni ile mesh kullanıldı (%49.7).

Ameliyat sonrası erken dönemde 5 hastada bulantı kusma görüldü, ancak sadece 1 hastanın bulantı kusması postoperatif 1. güne kadar devam etti. Postoperatif 1. gün tüm hastaların nazogastrik sondaları çekildi ve oral sıvı gıda alımı başlandı. Hastaların hastanede kalış süresi ortalama 1-3 gün idi (ortalama 1.3 gün). En kısa takip süremiz 1 ay en uzun takip süremiz ise 21 ay olarak kaydedildi. Hastaların hiçbirinde yara enfeksiyonu, tedavi gerektirecek hemotoraks veya özefagus perforasyonu görülmedi. Bir hastada sol pnömotoraks gelişti su altı drenaj tüpü ile komplikasyonsuz tedavi edildi. Bir hastada epigastrik insizyonda hematoma saptandı ve müdahaleye gerek kalmadan düzeldi. Hiçbir olguda mortalite gelişmedi. Olguların 6'sında (%20) katı gıdalar başlandıktan sonra ilk bir hafta içinde yutma güçlüğü görüldü. Yapılan takiplerimizde bu hastaların şikayetlerinde hiçbir cerrahi veya endoskopik girişime gerek kalmadan 3 ay içerisinde düzelme oldu.

Bu hastaların takiplerinde 26 (%86.6) hastanın regürjitasyon ve yanma şikayetlerinde tama yakın düzelme, 4 hastada ise şikayetlerinde belirgin azalma olduğu tespit edildi. Şikayetlerinde hiçbir düzelme olmadığını ifade eden hasta olmadı.

Postoperatif ilk 1 ay içerisinde 4 (%13.3) hastada gaz-şişme sendromu görüldü ancak postoperatif 3. ayda bu hastaların 3 ünün şikayetlerinde düzelme birinde ise belirgin azalma görüldü. Hiçbir olguda erken dönemde nüks görülmedi. Tüm olgularımızın takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Hill, Toupet, Dor teknikleri tarif edilmesine rağmen 1956 yılında tariflenen Nissen tekniği GÖRH tedavisinde en çok kabul gören metod olarak yerini almıştır. Laparoskopinin gelişimi ile beraber, 1991 yılından bu yana GÖRH tedavisinde laparoskopik fundoplikasyonun popülaritesi giderek artmıştır^(8,9).

Laparoskopik teknik açık cerrahi teknik ile kıyaslandığında hastanede kalış süresinin kısılması yara enfeksiyon riskinin azalması, postoperatif ağrının azalması gibi pek çok avantajı olmasına rağmen az da olsa bazı yayınlarda uzun dönem sonuçlara bakıldığında laparotomi ile yapılan fundoplikasyonların daha başarılı olduğu görülmüştür. Yakın zamanda Frazen et al yaptığı çalışmada uzun dönem sonuçlarında laparoskopik yapılan vakalardaki başarı oranını daha düşük bulmuşlar ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermişlerdir⁽¹⁰⁾. Bununla birlikte literatürde LNF nin uzun dönem sonuçlarının başarılı olduğunu gösteren geniş seriler mevcuttur^(11,12). Bizim serimizde ise uzun dönem sonuçlarımız henüz elde edilmedi, ancak erken dönem sonuçlarımıza bakıldığında %86.6 gibi tatminkar bir sonuç elde ettiğimiz belirlenmiştir.

Olguların postoperatif dönemdeki şikayetlerinin seviyesini ve yaşam kalitesini belirlemek için pek çok ölçütler kullanılmaktadır. Literatürde GÖRH için yaşam kalite indeksi (QOL-RAD) ve yaşam indeksinin gastrointestinal kalitesi (GIQLI) en sık olarak kullanılmaktadır.^(7,10,13) Bu skalalar, postoperatif dönem sonuçlarının objektif değerlendirilmesini sağlayabilir. Bizim çalışmamızda bu skalar kullanılmadı ve hastaların bütün kontrollerinde postoperatif dönemdeki semptomları ile subjektif bir değerlendirme yapıldı.

Disfaji, LNF den sonra en sık görülen semptomdur ve çoğu zaman kendiliğinden düzelme eğilimindedir^(11,12). Ancak yutma gücü uzun süre devam eder ise endoskopik dilatasyon yapılır ve eğer bununla da düzelmez ise cerrahi gereksinimi olabilir. Ancak yutma gücü ile re-operasyon nadirdir ve bu konu ile literatürde çok az yayın bulunmaktadır^(11,12). Literatürde de kısa ve uzun dönem sonuçlara dayanarak en önemli komplikasyonun yutma gücü olduğu vurgulanmış ve serilerde ağırlıklı olarak yaklaşık %5-10 arasında bir oran belirtilmiştir. Ancak bu olguların sadece %1-3 ünde balon dilatasyon veya revüzyon gerekmektedir^(10,11,12) Bizim olgularımızın 6'sında (%20)

katı gıdalar başladıktan sonra ilk bir hafta içinde yutma gücü görüldü, ancak yapılan takiplerimizde bu hastaların şikayetlerinde hiçbir cerrahi veya endoskopik girişime gerek kalmadan 3 ay içerisinde düzelme oldu. Laparoskopik teknikle tartışma konularında birisi hiatusun kapatılması ve bu konuda greft kullanımının etkinliğidir. Hiatus kapatılmadığında %7 oranında herniasyon görülebilmektedir^(12,14). Rutin olarak hiatus kapatıldığında bu komplikasyonun giderek azaldığını vurgulayan yayınlar bulunmaktadır^(11,14). Her ne kadar az bir olasılıkla lümen içine migrasyon olabileceği de çok geniş hiatuslar^(12,14) ve reoperasyonlar için greft kullanımı önerilmektedir. Bizim tüm vakalarımızda hiatus kapatıldı ve 15 vakada greft kullanıldı. Takip süremiz boyunca hiçbir vakamızda herniasyon görülmedi.

Erken dönem bulgularımız, laparoskopik anti-reflü cerrahisinin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilir olduğunu doğrulamaktadır. Bu nedenle uygun seçilmiş hastalarda laparoskopik cerrahi, medikal tedaviye alternatif başarılı bir tedavi seçeneği olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Hogan WJ. Gastroesophageal reflux disease (reflux esophagi-tis). In: Sleisenger MH, Fordtran JS. Gastrointestinal dis-ease pathophysiology diagnosis management. 4nd ed. WB Saunders Company: Philadelphia 1989;34:594-616.
- Vandenplas Y, Heymans H. Symptomatology of gastro-oesophageal reflux. In: Vondenplas Y . Oesophageal pH monitoring for gastro-oesophageal reflux in infants and chil-dren. John Wiley and Sons: New York 1992;27-62.
- Bor S. Gastroözofageal reflü sendromu etiyopatogenezinde özofagus epitel direncinin önemi. Güncel Gastroenteroloji. 1997;1:171-83.
- Katz PO, Castell DO. Diagnosis of gastroesophageal reflux dis-ease. In: Stein MR; eds. Gastroesophageal reflux disease and airway disease. Lung biology in health and disease. 1nd ed: Marcel Dekker: New York 1999;129:55-68.
- Hetel DJ, DentJ, Reed WD. Healing and relapse of severe peptic esophogitis treatment with omeprazole. Gastroenterology 1988; 95: 903 -12.
- Spechler S, Lee E.Ahnen D, Gayel RK, Long ferm outcome of medical and surgical therapies for gastro esophageal reflux disease: Follow-up of randomized controlled trial. Jama 2001; 285: 2331 – 8.
- Truş TL, Laycoch WS, Bronum G. İntermediate follow-up of laparoscopic and open antireflux surgery. Am J Surg 1996: 171: 32.
- Retner DW, Brokks Dc. Patient satisfaction following laparoscopic and open antireflux surgery. Arc Surg 1995: 130: 289.
- Anvari M AllenC. Laparoscopic Nissen two year coprehensive follow-up of technigue of minimal para esophageal dissection. Ann Surg 1998. 227: 25- 32.
- Türkçapar AG, Pehlivan M. Gastroözefageal reflü hastalığı etyoloji ve cerrahi tedavideki gelişmeler. Güncel Gastroenteroloji 1999;3:160-7.
- Gofley Dc. Sauithers Bm. Rhodes M. Laparoscopic Nissen fundoplication: 2000 consecutive cases. Gut. 1996: 38: 487 – 91.
- L fullande T, Watson T.Laparoscopic Nissen fundoplication Arch Surg 2001:136.180-7
- S Demester Gastroesophagesl reflux disease. Cur Prob Sur 2001; 38: 558-40.
- Atwood SE De Meester Tr, Bremne C. Alkaline gastro esophageal reflux surgery 1989:106:764-70.