

Akalazyaya Tedavisinde Polietilen Balon Dilatasyonu

Dr. A. Remzi DALAY, Dr. Sedat BOYACIOĞLU, Dr. K. Bahri ATEŞ,
Dr. M. Emin CANER, Dr. Fatih HİLMİOĞLU, Dr. Burhan ŞAHİN

Özet: Akalazyanın tıbbi tedavisinin en etkin yönteminin polietilen balonlarla yapılan dilatasyon olduğu bildirilmektedir. Kliniğimizde 29 hasta bu yöntemle tedavi edildi, erken dönemde %93, geç dönemde %96 oranında tedavi başarısı sağlandı. Balon dilatasyonuna bağlı komplikasyon görülmedi. Balon dilatasyonu için mutlak kontraindikasyonların bulunmadığı akalazyaya olgularında polietilen balon dilatasyonunun güvenli ve etkin bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varıldı.

Summary: POLYETHYLENE BALLOON DILATION IN THE TREATMENT OF ACHALASIA

It has been reported that dilation with polyethylene balloon is the most effective medical treatment modality in achalasia. Twenty-nine patients were treated with this method, 93 % and 96 % success rates were achieved in the early and late periods, respectively. There were no complications due to dilation. These results suggest that dilation with polyethylene balloon is safe and efficient in patients with achalasia in whom absolute contraindications are not present.

Anahtar Kelimeler: Akalazyaya,, balon dilatasyonu

Key words: Achalasia, balloon dilation

Akalazyaya özofagus gövdesinde aperistaltizm, alt özofagial sfinkter (AÖS) istirahat basıncının yüksek olması ve yutma sırasında gevşememesi ile karakterize, nedeni bilinmeyen bir hastalıktır (1-3). Her iki cinsi eşit tutar, her yaşta görülebilir de hastalığın başlangıcı genellikle 3-5. dekadlar arasındadır.

Akalazyadaki nöral dejeneratif değişimleri düzeltecek, özofagus peristaltizmini geri getirecek bir tedavi yöntemi henüz yoktur. Bugünkü tedavinin amacı AÖS basıncını azaltarak semptomatik iyilik sağlamaktır. Bu amaca yönelik 4 tedavi yöntemi vardır. Bunlar medikal tedavi, bujinaj, balon dilatasyonu ve özofagomiyotomidir.

Medikal tedavide en sık kalsiyum kanal blokerleri (özellikle nifedipin) ve nitratlar kullanılır. Balon dilatasyonu ve cerrahi girişim için

kontraindikasyonları olan hastalarda veya ağır beslenme bozukluğu olanlarda diğer tedavi yöntemlerine ön hazırlık olarak medikal tedavinin kullanılabileceğini bildirenler olduğu gibi (1,2,4) bu tedavinin etkisiz olduğunu iddia edenler de vardır (5).

Klasik bilgilere göre 50-60 French'lik bujilerle yapılan pasif dilatasyondan hastalar yararlanırsa bile bu etki çok kısa sürer, dolayısıyla bujinajın akalazyaya tedavisinde yeri yoktur (1,2). Ancak yakın zamanda yayınlanan 3 çalışmada bujinaj ile uzun süreli semptomatik iyilik sağlandığı bildirilmiştir (6-8). Bu çelişkinin aydınlatılması için prospektif, karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Günümüzde akalazyaya tedavisinde genel kabul gören standart yöntemlerden biri balon dilatasyonu, diğeri özofagomiyotomidir. Balonlar yumuşak veya sert plastikten (polietilen) yapılırlar. Floroskopik veya endoskopik kontrol-

TYİH Gastroenteroloji Kl.

ğında üzerinde kan görüldü. Bunlar komplikasyon olarak değerlendirilmedi.

Balon dilatasyonu yapılan 29 hastanın 27'sinde erken dönemde semptomatik ve radyolojik düzelme sağlandı (%93.1). Başarısız olunan hastaların birinde sigmoid özofagus nedeniyle balon AÖS hizasına yerleştirilemedi. Diğer hastada ise 4 seans dilatasyon yapılmasına karşın düzelme kriterlere saptanmadı.

Erken dönemde tedavinin başarılı olduğu 27 hastanın 3'ü semptomların tekrarlanması üzerine yeniden başvurdu, birer kez dilatasyon ile hepsi asemptomatik hale geldi. Mektupla sorgulama sonucunda bir diğer hastada da nöks olduğu, hastaya bir başka merkezde yeniden balon dilatasyonu yapıldığı ancak yararlanmadığı için bir üçüncü merkezde miyotomi uygulandığı öğrenildi. Balon dilatasyonunun uzun süreli tedavi başarısı %96.3 olarak saptandı.

Tüm hastalar göz önüne alındığında balon dilatasyonunun akalazyaya olgularımızdaki başarılı tedavi oranı %89.7'dir.

Balon dilatasyonunun erken komplikasyonu olarak bildirilen özofagus perforasyonu, gastrointestinal kanamaya, özofagial hematoma ve aspirasyon pnömonisine biz hastalarımızda rastlamadık.

Ortalama 14 ay (sınır 4-26 ay) izlenen ve kontrole gelen hastalarda dilatasyon tedavisinin uzun süreli komplikasyonu olarak bildirilen gastroözofagial reflüks ile uyumlu semptomatolojik ve/veya endoskopik makroskopik bulgular saptanmadı.

TARTIŞMA

Günümüzde pek çok gastroenteroloji kliniğindeki araştırmacılar tarafından akalazyada ilk basamak tedavi olarak polietilen balon ile dilatasyon önerilmektedir (3, 8-13). Hastanın işlemi kabul etmemesi ve karsinomun kesinlik reddedilememesi inisyel balon dilatasyonu

için mutlak kontrindikasyonları oluştururken epifrenik divertiküller ve büyük hiatal herniler de perforasyon riskini artırdığından rölatif kontrindikasyonları oluştururlar (12). Kliniğimizde de 3 sigmoid özofaguslu ve önceden miyotomi geçiren 3 hastada komplikasyon görülmeyen başarılı sonuç alınarak balon dilatasyonu uygulandı.

Akalazyada balon dilatasyonu tedavisinin etkinliğinde çeşitli faktörler rol oynayabilir. Bu faktörler şöyle sıralanabilir:

1- Balonun yapıldığı madde: Yeni kullanıma giren polietilen balonların eski yumuşak naylon balonlara oranla daha etkin ve emniyetli olduğu bildirilmektedir (9,10).

2- Bir seansta balonun şişirilme sayısı: Değişik araştırmalarda balonlar her seansta değişen sayılarda şişirilmiştir. Her seansta balonu 1 kez (9), 2 kez (11, 14), 1-4 kez (13) şişiren araştırmacılar vardır. Balonun bir seansta şişirilme sayısının tedavi sonucuna etkisini araştıran olmamıştır.

3- Balon boyutunun doğru seçimi: Tam şişirilmiş çapı 30, 35 veya 40 mm olan balonlar değişik miktarda kas lifini rüptüre edeceğinden tedavi sonucunu direkt etkileyebilir. Ancak hangi hastada hangi çaptaki balonun seçileceğine dair objektif ölçütler yoktur.

4- Hastanın yaşı: Hastaların yaşı ilerledikçe dilatasyonun başarılı olduğunu bildiren araştırma vardır (11). Buna göre yaşı 60'dan büyük olan grupta dilatasyona yanıt alınmayıp cerrahi tedavi uygulanan olgu bulunmazken 21-40 yaş grubunun %20'sinde, 20 yaşın altındaki hastaların %50'sinde müteaddit dilatasyonlara karşın yeterli iyilik sağlanamayarak özofagomiyotomi uygulanmıştır.

5- Balonun şişirilme derecesi: Çalışmalarda genellikle balonların iç basınçları lb/in² (psi) veya mmHg olarak verilmekle beraber iki araştırmada AÖS bası izi ortadan kalkıncaya kadar balonun şişirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (9, 13).

Balonun şişirilmiş olarak tutulma süresinin tedavi etkinliğinde rolü olmadığı bildirilmektedir (13).

Bu faktörlerin tek başlarına ya da kombinasyonlar halinde tedaviye etkilerini araştıran olmamıştır, bu konu spekülasyona açıktır. Genel olarak, polietilen balonlarla yapılan dilatasyonlara bildirilen tedavi başarı oranı ortalama % 91 (sınır 82-100), komplikasyon oranı ise ortalama %2'dir (sınır 0-4) (8, 9, 13). Bizim de gerek erken, gerekse geç dönemde polietilen balonla elde ettiğimiz tedavi ve komplikasyon oranlarımız bu oranlarla uyumludur.

Akalazya tedavisinde günümüzde hala tartışılan konu balon dilatasyonu ve cerrahi tedaviden hangisinin daha etkin olduğudur. Cerrahi kliniklerince yapılan yumuşak balon ve özofagomiyotomiye kıyaslayan retrospektif çalışmalarda cerrahi tedavi başarıları %85 ve 75 iken dilatasyonda aynı oranlar %65 ve 50'dir (15,

16). Cerrahi tedavi ile yumuşak balon dilatasyonunu kıyaslayan tek prospektif çalışmada da özofagomiyotomide %95, dilatasyonda ise %65 başarı sağlandığı bildirilmiştir (14). Ancak serilerde yumuşak balon dilatasyonlarında elde edilen % 50-65 başarı oranları gastroenteroloji kliniklerince aynı tip balonlarla elde edildiği bildirilen %44-94 arasında değişen başarı oranlarının alt sınırlarında kalmaktadır (3). Diğer taraftan polietilen, sert balonlarla yapılan dilatasyonlarda başarı oranları belirgin derecede artarak ortalama %91'e ulaşırken komplikasyon oranları da azalmıştır (8,9,13).

Sonuç olarak akalazya tedavisinde, mutlak kontrindikasyonların bulunmadığı durumlarda, polietilen balonlarla, deneyimli ellerde yapılan dilatasyon güvenilir, ucuz, hastane yatağını asgari düzeyde işgal eden, en az cerrahi tedavi kadar etkin, ilk seçilebilecek yöntem olarak önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Clouse RE: The esophagus: anatomy, physiology, and disease. Motor disorders. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal Disease*, 4th ed., volume 1. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 559-93.
2. Ouyang A, Cohen S: Motor disorders of the esophagus. In: Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schaffner F, Berk JE, eds. *Bockus Gastroenterology*, 4th ed. Volume 2. Philadelphia: WB Saunders, 1985: 695-704.
3. Reynolds JC, Parkman HP: Achalasia. *Gastroenterology Clinics North Am* 1989; 18:223-55.
4. Traube M, Dubovik S, Lange RC, McCallum RW: The role of nifedipine therapy in achalasia: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Gastroenterol* 1989, 84: 1259-62.
5. Robertson CS, Hardy JG, Atkinson M: Quantitative assessment of the response to therapy in achalasia of the cardia. *Gut* 1989; 30: 768-73.
6. Ito Y, Hotta S, Yoshii Y, Kobayashi S, Kasugai T: Bougienage in the management of achalasia. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 56.
7. Mandelstam P, Dillon M: Editorial: Role of bougienage in the management of achalasia-need for re-appraisal in the light of recent studies. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12: 3-4.
8. Mc Junkin B, Mc Millan WO, Duncan HE, Harman KM, White JJ, Mc Junkin JE: Assessment of dilatation methods in achalasia: large diameter mercury bougienage followed by pneumatic dilation as needed. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 18-21.
9. Gelfand MD, Kozarek RA: An experience with polyethylene balloons for pneumatic dilation in achalasia. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 924-7.
10. Rahinovic R, Katz E, Goldin E, Kluger Y, Ayalon A: The danger of high compliance balloons for esophageal dilatation in achalasia. *Endoscopy* 1990; 22: 63-4.
11. Robertson CS, Fellow IW, Mayberry JF, Atkinson M: Choice of therapy for achalasia in relation to age. *Digestion* 1988; 40: 244-50.
12. Richter JE: Surgery or pneumatic dilatation for achalasia: a head-to-head comparison. Now are all the questions answered? *Gastroenterology* 1989; 97: 1340-1.
13. Barkin JS, Guelrud M, Reiner DK, Goldberg RI, Phillips RS: Forceful balloon dilation: an outpatient procedure for achalasia. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 123-6.
14. Csendes A, Braghetto I, Henriquez A, Cortes C: Late results of a prospective randomised study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia. *Gut* 1989; 30: 299-304.
15. Okike N, Payne WS, Neufeld DM, King RM: Esophagomyotomy versus forceful dilatation for achalasia of the esophagus: results in 899 patients. *Ann Thorac Surg* 1979; 28: 119-25.
16. Sauer I, Pellegrini CA, Way LW: The treatment of achalasia. A current perspective. *Arch Surg* 1989; 124: 929-32.