

Özofagusun Benign Darlıklarında Eder-Puestow Dilatatörleri ile Dilatasyon Uygulamaları

DILATATION OF BENIGN ESOPHAGEAL STRICTURES WITH EDER-PUESTOW DILATORS

Dr.Kemal DAĞALP*, Dr.Ahmet ALPER*, Dr.Necmettin KARAEREN*,
Dr.Sait BAĞCI*, Dr.Mehmet ALTIN", Dr.M.İsmet YILMAZER*

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Gastroenteroloji BD, ANKARA

** Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, İSTANBUL

ÖZET

Bilim Dalımıza 1985-1991 yılları arasında disfaji yakınmasıyla başvuran ve benign özofagus darlığı olan 28 hastaya dilatasyon tedavisi uygulandı. Dilatasyon işlemi Eder-Puestow dilatatörleri ile gerçekleştirildi, işlem esnasında ülser gelişen hastalarda, ülser iyileşinceye kadar cıvalı bujiler uygulanarak, restenoz önleildi. 7 hastaya ilk dilatasyon işleminden ortalama 4.9 ay sonra ikinci kez dilatasyon uygulama ihtiyacı doğdu. Hastalardan birisinde 3 yıllık izleme süreci içinde 3 kez nüks saptanarak dilatasyon uygulandı. Tatminkar sonuç alınamayınca hastanın ameliyatına karar verildi. Dilatasyon uygulamaları esnasında bir hastada sepsis gelişti. Sonuç olarak postoperatif darlıklarda daha etkili olmak üzere 28 hastanın 27'sinde (%96.4) başarılı dilatasyon uygulandı.

Anahtar Kelimeler: Özofagusun benign darlıkları, Dilatasyon uygulamaları, Eder-Puestow dilatatörleri

T Klin Gastroenterohepatoloji 1993, 4:159-162

SUMMARY

Between the years 1985 and 1991, 28 patients suffering from dysphagia referred to our department. Dilatation treatment was applied to these patients who had benign esophageal stricture. Dilatation procedure was carried out with Eder-Puestow dilator. On the patients whom the ulcer developed during the procedure, restenosis was prevented by applying mercury filled rubber bougies until the ulcer fully recovered. Average 4.9 months following the first dilatation, the second dilatation application was needed for 7 patients. Dilatation was applied one of these patients three times within the 3 years follow-up period. However, the result was not satisfactory and therefore surgical operation was decided. On one patient sepsis developed during the dilatation applications. In conclusion, being more effective on postoperative strictures successful dilatation was applied to 27 (%96.4) of 28 patients.

Keywords: Benign Esophageal strictures, Dilatation applications, Eder-Puestow dilators

Turk J Gastroenterohepatol 1993, 4:159-162

Özofagus darlıkları çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişirler. Başta reflü özofajit olmak üzere, özofagusun malign tümörleri, ameliyat sonrası anastomoz darlıkları, radyasyona bağlı darlıklar, korozif özofajit, ilaçlara bağlı özofajitler, akalazya, ring ve vebler en sık karşılaşılan darlık nedenleridir (1,2).

Özofagusun darlıkları cerrahi olarak ve konservatif yöntemlerle tedavi edilirler. Konservatif tedavinin esasını bujilerle dilatasyon teşkil eder. Buji ile dilatasyon yöntem ilk

Geliş Tarihi: 25.2.1993

Kabul Tarihi: 20.7.1993

Yazışma Adresi: Dr.Kemal DAĞALP

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Gastroenteroloji BD,
ANKARA

defa 1821 yılında Hildreth tarafından uygulanmıştır (3). 1909 yılında Mixter buji uygulamalarında klavuz tel kullanılması fikrini ortaya artmıştır. Klavuz telli metal bujiler 1955 yılında Puestov tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Ancak bu tip bujiler daha sonra endoskoplarla birlikte emniyetli bir şekilde uygulanmaya başlanmış ve bu sayede yaygın olarak kullanılmışlardır (5). 1980'li yıllarda ise Savary-Gillard ve Celestin fleksibl dilatatörleri ile balon dilatatörler kullanım alanına girmiştir (4,6,7). Özofagus darlıklarının dilatasyonunda esas ilerleme fleksibl panendoskopların gelişmesiyle sağlanmıştır. Fleksibl panendoskopların kullanılması ile özofagustaki darlığın yeri ve özelliklerini saptamak ve uygulamadan doğacak komplikasyonları en az düzeye indirmek mümkün olmuştur (1,8). Bu gelişmeler dilatasyonu benign özofagus darlıklarının tedavisinde ilk tercih edilen tedavi yöntemi haline getirmiştir (1,3,9,10,11).

Günümüzde kullanılan buji ve dilatatörler, uygulamalarındaki farklılıklar açısından üç ana grupta toplanabilirler:

1. Kör olarak uygulanan cıvalı bujiler (sivri uçlu Moloney ve yuvarlak uçlu Hurst bujileri) (1,10,11).
2. Rehber tel ile uygulanan bujiler (Buess dilatatörleri, Eder-Puestow metal bujileri, Savary-Gilliard ve Celestin bujileri (1,4,7,12).
3. Balon dilatatörler (2,3,13).

Balon dilatatörler kullanıldığında darlık alanı sadece radial olarak etki eden bir kuvvete maruz kalırken, diğer tip dilatatörler kullanıldığında darlık alanı hem radial hem de longitudinal yönden yayılan gücün etkisi altında kalmakta ve dilatasyon gerçekleşmektedir (2,13). Bu yazıda disfaji nedeni ile bilim dalımıza başvuran ve benign özofagus darlığı bulunan hastalara yapılan dilatasyon uygulamaları sunulacaktır.

MATERYEL VE METOD

Bilim Dalımıza 1985-1991 yılları arasında disfaji yakınmasıyla başvuran yaşları 17-70 (ortalama 40 yaşında) arasında değişen 4'ü kadın, 24'ü erkek olmak üzere 28 hastaya dilatasyon tedavisi uygulandı. Hastaların 11'inde ameliyat sonrası darlık, 8'inde peptik özofajit, 6'sında korozif özofajit, 3'ünde Plummer-Vinson sendromuna bağlı darlık mevcuttu. Peptik özofajitli hastalardan 2'sinde ayrıca hiatus hernisi de bulunmaktaydı.

Dilatasyon işleminde GIF K2, GIF 2T ve GIF Q20 Olympus Panendoskoplar ile çapları 21-45 French (F) arasında değişen metal, zeytin şeklindeki bujiler, klavuz tel ve itici olarak kullanılan fleksibl metal çubuktan oluşan Key-Med firmasının Eder-Puestow dilatasyon seti ve ayrıca Hurst tipi cıvalı lastik bujiler kullanıldı.

Disfaji yakınması olan, özofagus darlıkları radyolojik ve endoskopik olarak belirlenen hastaların, dilatasyon tedavisi uygulanmak üzere Bilim Dalımıza kahvaltı yapmadan aç olarak gelmeleri istendi.

Endoskopik muayeneden önce orofarenkse %2'lik pantocain solüsyonu ile yüzeysel anestezi yapıldıktan sonra panendoskop yutturuldu. Özofagus darlığının yeri belirlendikten sonra klavuz tel endoskopun kanalından sokularak, darlık alanından geçirildi ve mideye kadar itildi. Klavuz tel mideye ulaştıktan sonra telin konumu değiştirilmeden, endoskop telin üzerinden kaydırılarak çıkarıldı. Darlığın çapına göre seçilen metal, zeytin şeklindeki bujiler, fleksibl metal çubuğa vidalanarak klavuz tel üzerinde özofagustan ve darlık alanından zorlanarak mideye geçirildi.

Dilatasyon işlemine haftada iki veya üç kez ve 45 F gelişliğe ulaşınca kadar devam edildi. Dilatasyon esnasında ülser geliştiğinde, ülserli alan iyileşinceye kadar cıvalı bujilerle dilatasyona devam edildi. Dilatasyon işlemi süresince reflüksü önleyici tıbbi tedavi uy-

gulandı. Hastaların disfaji yakınmalarının kaybolması ve normal diyet alabilmeleri dilatasyonun başarı kriterleri olarak kabul edildi.

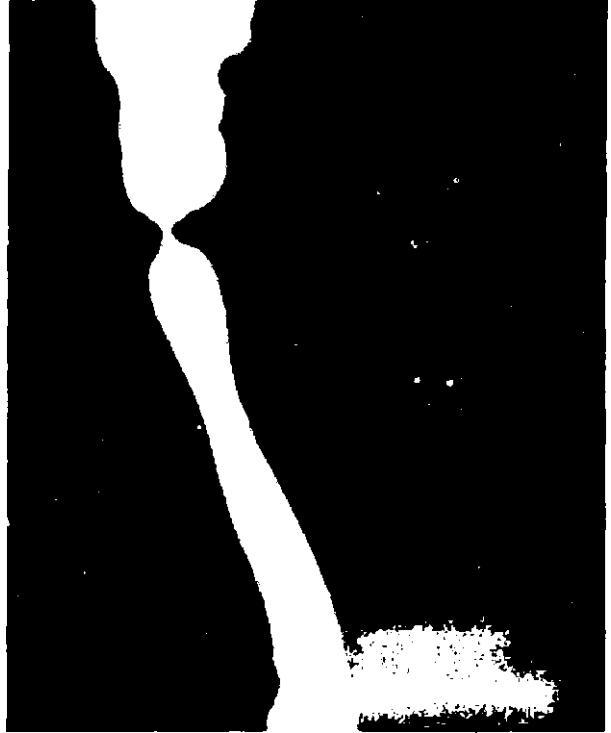
SONUÇLAR

En az 1 en çok 24 seans olmak üzere, ortalama 8 seans uygulanan dilatasyon işlemi sonucunda 28 hastadan 27'sinin disfaji yakınması giderildi (% 96.4).

27 hastadan 7'sinin (% 25.9) disfaji yakınmaları en erken 2 ay, en geç 8 ay sonra olmak üzere ortalama 4.9 ayda nüks etti. Yeniden dilatasyon tedavisine alınan bu hastalarda yeterli dilatasyon sağlanarak olguların % 96.4'ünde başarılı sonuç elde edildi. Disfaji yakınmaları nükseden hastaların 1'inde darlık nedeni korozif özofajit, 2'sinde peptik özofajit idi. 4'ünde ise ameliyattan sonra darlık gelişmiş idi.

Korozif özofajite bağlı darlığı olan bir hastanın disfaji yakınmalarının dilatasyona rağmen Ver yıl ara ile 3 kez nüks etmesi üzerine ameliyat olması önerildi. Hastaya Genel Cerrahi ABD'da özofagogastrosiomi ameliyatı uygulandı.

Peptik özofajite bağlı darlığı olan bir hastanın dilatasyon işleminden iki saat sonra üşüme ve titreme ile birlikte ateşi yükseldi. Kan kültürü yapılan hastada bakteri izole edilemedi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine alınan hastanın kısa bir süre sonra durumu düzeldi. Bu olgunun dışında diğer dilatasyon uygulamalarında önemli bir komplikasyon gelişmedi.



Şekil 1a. Korozif özofajite bağlı darlığı olan bir hastanın dilatasyondan önce çekilmiş özofagus grafileri



Şekil 1b, Korozit özofajite bağlı darlığı olan bir hastanın dilatasyondan sonra çekilmiş özofagus grafileri

TARTIŞMA

Özofagusun benign darlıkları ve özellikle reflü özofajite bağlı olarak meydana gelen darlıkların cerrahi olarak tedavi edilmesi amacıyla çeşitli ameliyat yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlar arasında Nissen fundoplikasyon, Bingham gastroplastisi, kolon interpozisyonu, jejunal interpozisyonu ve jejunal by-pass gibi yöntemleri sayabiliriz (14). Özofagusun benign darlıklarının cerrahi yöntemlerle tedavisi ile elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde % 66.7 den % 90'a kadar değişen başarılı sonuçlar bildirilmesine karşılık, % 6-16.6 arasında değişen mortalite oranları göze çarpmaktadır (10,14,15,16). Buna karşılık benign özofagus darlıklarının tedavisinde cerrahiye alternatif olarak kullanılan dilatasyon yönteminin 1960'ı yıllarda yapılan ilk değerlendirmelerde başarı oranı % 66.9, mortalite oranı ise % 1.5 olarak bildirilmiştir (15). Panendoskoplardaki gelişmeler ve yeni bazı yöntemlerin kullanılması ile dilatasyon tedavisinde günümüzde çok daha iyi sonuçlar elde edilmektedir. Son yıllardaki değerlendirmelere göre peptik darlıkların dilatasyonunda başarı oranının % 85'e kadar ulaştığı ve olguların sadece % 5-15'inin operas-

yona verildiği bildirilmiştir. Ayrıca morbidite oranının % 0.1, mortalitenin ise % 0.05 olduğu saptanmıştır (8, 16).

Malign darlıkların tedavisinde de dilatasyonla başarılı sonuçlar alınmıştır. Squamous celi hücreli karsinomlarda rezeksiyon yapma imkanı % 39 olup morbidite oranı % 1.4 ile 40 arasında değişmektedir. Palyatif olarak yapılan dilatasyon tedavisi ile % 90 oranında başarılı sonuçlar elde edilmekte olup, komplikasyon oranı % 8, mortalite oranı ise % 2.5 olarak bildirilmiştir (17).

Eder-Puestow bujileri kullanım alanına girdikten sonra başlangıçta tek başlarına uygulamışlardır (5). Sonradan Eder-Puestow bujilerinin, civalı bujilerle birlikte kullanılmalarıyla daha etkili sonuçlar elde edebileceği ortaya çıkmıştır (9,10), iki tip bujinin birlikte kullanılması ile yapılan dilatasyon uygulamalarında başarı oranları % 79 (10), % 85 (9) ve %88 (11) olarak bildirilmiştir. Biz de yaptığımız kombine uygulamalarla 28 hastanın, 27'sinde % 96.4 oranında başarılı sonuç elde ettik.

Uzun süre izlenen bazı hastalarda disfajinin nüks ettiği ve dilatasyonun tekrarına ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir. Nüks oranı yapılan bazı çalışmalarda %45 ve %65 olarak bildirilmiştir (9,18). Biz de dilatasyon uygulamalarından sonra izlediğimiz olgulardan 7'sinde (%25.9) disfajinin nüks ettiğini saptayarak ikinci kez dilatasyon yapma ihtiyacı duyduk. Olgulardan birisinde de birçok kez uygulanan dilatasyona rağmen olumlu cevap alınamayınca hasta ameliyata verildi. Hastalarımızda nüks oranının düşük olmasını, Eder-Puestow bujileri ile dilate ettiğimiz hastalarda darlık yerinde oluşan dilatasyon ülserinin fibröz doku ile restenoza yol açmayacak ölçüde iyileşmesini tamamlayınca kadar civalı lastik buji uygulamamıza başladık,

Benign darlıkların dilatasyonlarında en sık karşılaşılan komplikasyonlar perforasyon ve hemorajidir. Eder-Puestow metal bujileri ile perforasyon riskinin %0.3-1.1 olduğu bildirilmiştir (1,9,11,18). Dilatasyon esnasında iatrojenik olarak oluşan perforasyonlarda, periorözefajial inflamasyon ve fibrozisin mediastinal kontaminasyonu sınırlaması nedeni ile ve geç kalmamak kaydıyla konservatif yaklaşımın tedavi için yeterli olduğu bildirilmektedir (19). Dilatasyon uygulamalarımız esnasında perforasyon oluşmadığı gibi önemsenecek düzeyde de hemoraji gelişmedi. Bir araştırmada dilatasyon tedavisinden sonra kültür sonuçlarına dayanarak bakteriyemi sıklığının %45 olduğu bildirilmiştir (20). Olgularımızdan sadece birisinde kan kültürü sonuçları negatif olmasına rağmen sistemik enfeksiyon tablosu gelişmiş (%3.6) uygulanan geniş spektrumlu antibiyotik tedavisinden sonra hastanın durumu düzelmiştir.

Karşılaştırmalı olarak yapılan bazı çalışmalarda Savary-Gilliard ve Celestin bujilerinin, Eder-Puestow bujilerinden daha kolay kullanımlı, daha emniyetli ve etkili oldukları bildirilmiştir (2,7). Balon sisteminin ise

dar, uzun ve büküntülü darlıklarda bujilere nazaran daha etkili olduğu ve darlık bölgesine yalnız radyal güç tatbikine neden olmasından dolayı da daha güvenli olduğu ileri sürülmüştür (2,3,13). Bütün bunlara karşın dilatasyondaki başarı ve komplikasyon oranları gözönünde bulundurulduğunda Eder-Puestow bujilerinin diğerlerinden pek farklı olmadıkları görülecektir. Diğer taraftan bu tip bujiler dilatasyon yapılırken skopiye gerek duyulmadığı daha pratik ve zararsız oldukları bilinmektedir (2,7,13,22). Ayrıca Eder-Puestow bujilerinin sıkı, düzensiz ve büküntülü darlıkların başlangıç dilatasyonu için uygun dilatatörler oldukları ve darlık bölgesindeki zorlanma ile bu bölgeden geçişin uygulayıcı tarafından kolaylıkla hissedilmesi bir avantaj olarak kabul edilmektedir (1,9,21). Genel olarak buji ve balonla yapılan dilatasyon uygulamaları karşılaştırıldığında balonla yapılan dilatasyonlardan sonra disfajinin daha sık ve erken nüksettiği belirtilmiştir (6).

Kanaatimizce dilatasyon uygulamalarında darlığın etyolojisi, çapı, uzunluğu, enfeksiyon gelişimi ve distal özefagus darlıklarında reflüksün devamı başarıyı etkileyen faktörlerdir.

Sonuç olarak özofagusun benign darlıklarında Eder-Puestow bujileri ve genel anlamda dilatasyon uygulaması basit, kolay, emniyetli, süratli ve ucuz olması nedeni ile ilk tercih edilecek tedavi yöntemi olmalı ve hastalar nüks yönünden uzun süre izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tytgat GNJ. Dilatation therapy of benign esophageal stenoses. *World J Surg* 1989; 13:142-8.
2. Taub S, Rodan BA, Bean WJ, Koerner RS, Mullin DM, Feng TS. Balloon dilatation of esophageal strictures. *Am J Gastroenterol* 1986;81:14-8.
3. Starck E, Paolucci V, Herzer M, Crummy AB. Esophageal stenosis: Treatment with ballon catheters. *Radiology* 1984; 153:637-40.
4. Celestin LR, Campbell WB. A new and safe system for oesophageal dilatation. *Lancet* 1981; 10:74-5.
5. Royston CMS, Dowling BL, Gear MWL. Esophageal dilatation using the Eder-Puestow dilators. *Am J Surg* 1976; 131:697-700.
6. Cox JGC, Winter RK, Maslin SC, et al. Balloon or bougie for dilatation benign oesophageal stricture? An interim report of a randomised controlled trial. *Gut* 1988; 29:1741-47.
7. Dumon JF, Meric B, Sivak MV, Fleischer D. A new method of esophageal dilation using savary-giillard bougies. *Gastrointest Endosc* 1985; 379-32.
8. Webb AW. Esophageal dilation: Personal experience with current instruments and techniques. *Am J Gastroenterol* 1988; 83:471-5.
9. Patterson D, Graham DY, Smith JL, et al. Natural history of benign esophageal strictures treated ed by dilatation. *Gastroenterology* 1983; 85:346-50.
10. Lanza FL, Graham DY. Bougienage is effective therapy for most benign esophageal strictures. *JAMA* 1978, 240:844-7.
11. Wesdorp ICE, Bartelsman JFWM, et al. Results of conservative treatment of benign esophageal strictures. A follow-up study in 100 patients. *Gastroenterology* 1982; 82:487-93.
12. Puestow KL. Conservative treatment of stenosing diseases of the esophagus. *Postgrad Med* 1955; 18:6-14.
13. Dawson SL, Mueller PR, Ferrucci JT, et al. Severe esophageal strictures: Indications for ballon catheter dilatation. *Radiology* 1984; 153:631-5.
14. Benedict EB. Peptic stenosis of the esophagus: A study of 233 patients treated with bougienage. Surgery or both. *Am J Dis* 1966; 11:761-70.
15. Keenan DIM, Hamilton JRL, Gibbons J, Stevenson HM. Surgery for benign esophageal stricture, *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 88:182-8.
16. Kozarek RA. Complications of reflux esophagitis and their medical management. *Gastroenterol Clin North Am* 1990; 19:713-31.
17. Moses FM, Peura DA, Wong RKH, Johnson LF. Palliative dilation of esophageal carcinoma. *Gastrointest Endosc* 1985;31:61-3.
18. Glick ME. Clinical course of esophageal stricture managed by bougienage. *Dig Dis Sci* 1982; 27:884-8.
19. Ajalat GM, Mulder DG. Esophageal perforations. *Arch Surg* 1984; 119:1318-20.
20. Botoman VA, Surawicz CM. Bacteremia with gastrointestinal endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 1986; 32:342-6.
21. Hine KR, Hawkey CJ, Atkinson M, Holmes GKT. Comparison of the Eder-Puestow and celestin techniques for dilating benign oesophageal strictures. *Gut* 1984; 25:1100-02.
22. Caner ME, Okudan MZ, Hümicçlu F, Dalay AR, Acar Y, Gören A. Savary-giillard bujileri ile özefagus darlıklarının dilatasyonu. *Gastroenterohepatoloji* 1991; 2:78-83.