

Zenker Divertikülü ve Cerrahi Tedavisi

ZENKER'S DIVERTICULUM AND SURGICAL TREATMENT

Mustafa YILMAZ*, Sinan ERSİN**, Murat KAPKAÇ*, Erhan AKGÜN**,
Eray KARA***, Özdemir YARARBAŞ*

* Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı

*** Dr.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrencisi, İZMİR

ÖZET

Bu çalışmada Zenker divertikülü ön tanısı ile 1985-1995 yılları arasında başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan yedi vak'a retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların üçü kadın (%42.9), dördü (% 57.1) erkek ve yaş ortalaması 62.2 idi. Vak'aların tümünde preoperatif tanı yöntemi olarak özefagus pasaj grafisi kullanılırken, birinde ek olarak endoskopik girişim de uygulandı. Ortalama divertikül çapı 4.3 cm idi. Operasyon olarak tüm hastalara divertikülektomi, beşinde (% 71.4) ek olarak myotomi de uygulandı. Morbidite % 14.2 (bir vaka), mortalite ise %14.2 (bir vaka) olarak belirlendi. Sonuç olarak Zenker divertikülü tanılı hastalarda uygulanacak cerrahi yöntemin hastanın yaşı, sistemik hastalığı ve en önemlisi divertikül çapı göz önüne alınarak belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Zenker divertikülü, cerrahi tedavi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1996, 7:160-162

Krikofaringeusun hemen proksimalinde, farinksin arkasındaki müsküler defektten farinks mukozasının herniasyonu olan faringoözofageal divertikül, ilk defa 1764 yılında İngiliz cerrah Ludlov tarafından tanımlanmış olsa da Alman patoloğ Zenker tarafından bir pulsion divertikülü olarak belirlenmiş ve onun adıyla anılır olmuştur.

Divertikül en sık 6.-7. dekatta olmak üzere her yaşta görülebilir. Divertikül krikofaringeus seviyesinde fonksiyonel obstrüksiyonla ortaya çıkan intraluminal basınca bağlı olarak farinksin inferior konstriktör oblik lifler ile krikofaringeusun transvers kas lifleri arasından muhtemelen konjenital zayıflığın da olaydaki etkisiyle mukozanın protrüzyonu sonucu olur.

Bir çok araştırmacı yaptığı çalışmada C.-C. seviyesindeki özofagusta 2.5-4.5 cm lik bir alanda manometrik

Geliş Tarihi: 16.11.1996

Yazışma Adresi : Sinan ERSİN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı 3. kat
Bornova İZMİR

160

SUMMARY

Seven patients with Zenker's diverticula were analyzed between the years 1985-1995, retrospectively in the present study. There were four male (%57.1) and three (%42.9) female patients and the mean age was 62.2. While radiologic investigation of oesophagus was used as a preoperative diagnostic method in all patients, endoscopy was also used in one patient, additionally. Mean diameter of diverticula was 4.3 cm. While diverticulectomy was performed as a surgical procedure in all patients, diverticulectomy and in addition myotomy was performed in five patients (%71.4). Morbidity and mortality rates were % 14.2 (one patient) and % 14.2(one patient).

As a result, the authors concluded that the choice of surgical procedure in the patients with Zenker's diverticula should be decided due to age, accompanying systemic disease of patient and also diameter of diverticula

Key Words: Zenker diverticula, surgical treatment

T Klin J Gastroenterohepatol 1996, 7:160-162

olarak yüksek basınç alanı saptamıştır. Bazı yazarlar krikofaringeusun prematüre kontraksiyonunu tanımlamışlardır. Gelişen bir divertikül neden ne olursa olsun zamanla ilerler. Kesenin boyun ve genişliği artar, özofagus boyunca posterior mediastene kadar uzanabilir (6).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Zenker divertikülü ön tanısıyla 1985 - 1995 yılları arasında başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan 7 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif dönemde vak'aların tümünde tanı yöntemi olarak pasaj grafisi kullanılırken, birinde ek olarak endoskopik tetkik de uygulandı (Şekil 1). Operasyon olarak tüm hastalara divertikülektomi ve 5 (% 71.4) hastaya ek olarak myotomi uygulandı (Şekil 2).

BULGULAR

Zenker divertikülü nedeniyle opere edilen hastaların 3'ü (% 42.8) kadın, 4' ü (% 57.1) erkek idi. Vak'aların yaş ortalaması 62.2 idi. Ortalama yakınma süresi 4.5 yıl, hastanede yatış süresi 15.1 gün idi. Hastaların tümünde tanı yöntemi olarak pasaj grafisi kullanılırken, birinde ek olarak endoskopik tetkik uygulandı. En sık preoperatif

T K/in Gastroenterohepatoloji 1996, 7



Şekil 1. Zenker divertikülünün radyolojik görünümü



Şekil 2. Krikofaringeal myotomi

semptom yutma güçlüğü olarak belirlendi (Tablo 1). Bir hasta daha önce kolesistektomi nedeniyle laparotomi geçirmişti. Bir diğer hasta ise nüks Zenker divertikülü nedeniyle opere edildi. Eşlik eden hastalık olarak birinde

Tablo 1. preoperatif semptomlar

	n	%
Disfaji	7	100
Asprasyon	3	42.8
Regürjitasyon	1	14.2
Kilo kaybı	3	42.8
Öksürük	1	14.2
Yan ağrısı	1	14.2

Tablo 2. Operasyonlar ve Dağılımı

Operasyon	n	%
Divertiküektomi+myotomi	5	71.4
Divertiküektomi	2	28.5

osteoartroz, diğerinde aterosklerotik kalp hastalığı saptandı. Hastalardaki divertikül çapı ortalama 4.3 cm idi. Operasyon olarak tüm vak'lara divertiküektomi uygulanırken, 5 (% 71.4) hastaya ek olarak myotomi uygulandı (Tablo 2). Morbidite oranı 1 (% 14.2) vakada idrar yolu infeksiyonu nedeniyle, mortalite ise bir diğerinde (%14.2) pulmoner ve renal yetmezlik nedeniyle görüldü.

TARTIŞMA

Zenker divertikülüne ileri yaşlarda rastlanmaktadır. Hastalığın fizyopatolojisi hakkında farklı yorumlar yapılmakta ve genellikle krikofaringeal seviyede ortaya çıkan fonksiyonel obstrüksiyon nedeniyle intraluminal basıncın artmasına bağlanmaktadır (6). Ellis ve arkadaşları ise divertiküllü olgularda krikofaringeusun prematüre kontraksiyonunu tanımlamışlardır (3). Ayrıca Zenker divertikülünde hipofarinksin musküler tabakasının konjenital olarak zayıf kısmında mukozal herniasyon da söz konusu olabilir. Mukozal protrüzyon karakteristik olarak farinksin konstriktör inferior kasının oblik lifleri ile krikofaringeus kasının transvers lifleri arasındadır (6).

Zenker divertikülünde klinik bulgular başlıca, gıda retansiyonu, regürjitasyon, yutma güçlüğü ve kilo kaybıdır. Yutma karakteristik olarak gürültülüdür ve nefes kötü kokar. Özellikle yaşlı hastalarda astma pnömonisi gibi respiratuar komplikasyonlar ile akciğer abseleri gibi klinik varyasyonlara rastlanabilir (7,8). Tanı kontrast özofagografi ile kolayca yapılabilir. Disfaji ve divertikülü demonstre edilebilen tüm olgular lezyonun cerrahi olarak tedavi edilmesini gerektirir. Duranceau, faringeal kasın yutkunma esnasında engel oluşturduğu hipofarenks posteriorundaki ince duvarın myotomi ile genişletilmesinin semptomları ortadan kaldıracağına inanmaktadır (1). Ellis üst özofajial sfinkterin ortalama 3 cm uzunluğunda (maximum 6 cm) yüksek basınçlı bir bölge oluşturduğunu bildirmiştir (2,3,4). Myotomi tam olarak yapıldığında faringoözofajial basınç düşer ve sonrasında divertikül çapı da azalır. Gullane ve arkadaşları myotomi sonrası vak'aların % 55' inde radyolojik olarak nüks saptarken bunların ancak % 29' unda subjektif semptom ortaya çık-

tığını bildirmişlerdir (8), Mayo klinikten yayınlanan çalışmalarda uzun süreyle tek evreli transervikal divertikülektomi uygulandığı bildirilmiştir (1). Bu çalışmada vak'alann tümüne divertikülektomi, beş vak'aya ek olarak myotomi uygulanmıştır. Payne ve King' in mükemmel sonuçlarına rağmen, değişik serilerde krikofaringeal myotomi ve divertikülektomi sonrası belirgin morbidite ve mortalite bildirilmektedir. Bu çalışmada bir (% 14.28) hastada idrar yolu infeksiyonu nedeniyle komplikasyon ortaya çıkarken, bir diğeri (% 14.28) pulmoner yetmezlik nedeniyle kaybedildi.

Zuckerbraun ve Bahna divertiküller 3-8 cm çapında olan 7 vak'aya yalnızca krikofaringeal myotomi uygulandıktan sonra, tüm hastalarda semptomların gerilediğini ve kısa sürede ağızdan beslenmeye başladıklarını belirtmişlerdir. Schmltd ve Zuckerbraun lokal anestezi altında uygulanan krikofaringeal myotominin güvenilir ve etkili olduğunu bildirdiler. Bu yazarlar lokal anestezi altında hastanın yutkunması ile krikofaringeal kasın myotomisinin daha kolay ve etkin yapılabileceğini ifade etmişlerdir (5). Ellis farklı boyutlardaki 10 hastaya myotomi uygulamıştır. Ancak geniş kesesi olan bir hastada semptomlar gerilememiştir. Geniş kese mevcudiyetinde diğer yazarlar myotomi ve eksizyonu önermektedirler. Divertikülektomi sonrası görülebilen özofagokütanöz fistül, striktür ve medlastinit gibi komplikasyonlar yaşlı ve debil hastalarda büyük sorun teşkil etmektedir. Ayrıca bu komplikasyonlar mortaliteye direkt olarak neden olmasa da uzun süre immobilizasyon, beslenememe ve uzamış hospitalizasyon morbiditeyi arttırmaktadır. Bu risk grubu altındaki hastalarda kesenin eksizyonu potansiyel olarak tehliktir. Divertikülopeksi masif kesesi olan olgularda tek başına yeterli olmayabilir. Bu hastalarda divertikülopeksi takiben oral gıdaların kese içinde toplanmasına ve ilerleyen pulmoner komplikasyonlarla birlikte özofagus obstrüksiyonuna yol açabilecek yeterli çapta bir kese hala mevcuttur. Genel popülasyon göz önüne alındığında hayat beklentisi ile beraber masif Zenker divertikülü olan debl ve yaşlı çok sayıda hastanın ameliyat edilmesi gerekebilir. Bu şekildeki hastalarda krikofaringeal myotomi + divertikülektomi + servikal özofagostomi ve sonrası sekonder özofagus kapatılması tedavi seçenekleri olarak gözükmektedir.

Sonuç olarak; Zenker divertikülünün tedavisi güncelliğini hâlâ korumaktadır. Patofizyolojisi anlaşılmaya başladığından beri cerrahi tedavisi farklı yazarlarca farklı biçimde önerilmektedir. Ancak hastaların genellikle yaşlı, debl ve respiratuar sistemle ilgili eşlik eden patolojilerinin olması mortaliteyi etkileyebilmektedir. Yazarlar Zenker divertiküllü hastaların eşlik eden sistem patolojilerinin preoperatif dönemde tedavi edilerek, uygulanacak cerrahi prosedürün postoperatif dönemdeki başarıyı arttıracağına ve hastaların uzun dönem takiplerinin yapılarak mültidisipliner bir sistem içerisinde ele alınması gerektiğine inanmaktadırlar. Cerrahi için risk oluşturmayan hastalarda divertikülün 3 cm'den küçük olması durumunda sadece myotomi, 3 cm'den büyük olgularda divertikülektomi+myotomi, yaşlı ve yandaş hastalığı olan semptomlu olgularda bu işlemlere divertikülopeksi ve eğer rezeksyon yapılmışsa servikal özofagostominin beslenme yönünden ilave edilmesinin uygun olacağı kanısına varılmıştır,

KAYNAKLAR

1. Duranceau A, Rheault NJ, Jamleson GG. Physiologic response to cricopharyngeal myotomy and diverticular suspension. *Surgery* 1983; 94:655-62.
2. Ellis FH. Upper esophageal sphincter in health and disease. *Surg Clin North Am* 1971; 51:553-65.
3. Ellis FH, Schlegel JF, Lynch VP. Cricopharyngeal myotomy for pharyngo-esophageal diverticulum. *Ann Surg* 1969; 170:340.
4. Gullane PJ, Willett JM, Heeneman H, Greenway RE, Ruby RF. Zenker's diverticulum. *J Otolaryngol* 1983, 12:53-7.
5. Louie HW, Zuckerbraun L. Staged Zenker's diverticulectomy with cervical esophagostomy and secondary esophagostomy closure for treatment of massive diverticulum in severely debilitated patients. *Am Surg* 1993, 59:842-5.
6. Payne WS, King RM. Pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum. *Surg Clin North Am* 1983; 63:815-25.
7. Payne WS. Diverticula of the esophagus. In: Payne WS and Olsen AM (eds). *The Esophagus*. Philadelphia, Lea and Febiger 1974: 207.
8. Payne WS, Reynolds RR. Surgical treatment of pharyngoesophageal diverticulum. *Surg Rounds* 1982, 5:18.