

616.329-009.1-009.51-089.8

OPERÁCIA ACHALÁZIE EZOFAGU TECHNIKOU HELLER - TALMA

Plk. MUDr. Rudolf SEMAN, CSc., plk. MUDr. Peter PREČINSKÝ
 Chirurgické oddelenie Vojenskej nemocnice, Bratislava
 Radiodiagnostické oddelenie Vojenskej nemocnice, Bratislava
 (náčelník: plk. MUDr. M. Durbák)

Achalázia ezofagu alebo tiež idiopatická dilatácia ezofagu je po karcinóme druhým najčastejším ochorením ezofagu. Názov achalázia pochádza od gréckeho slova "chalao", čo znamená povoliť, napr. tetivu luku. V chirurgii sa používa označenie kardiospazmus, ktoré zaviedol v r. 1882 Mikulicz. Tento názov však nevystihuje patognómiu ochorenia. Nemecký patológ H. H. Vollhaber dokázal v r. 1951 pri tomto ochorení defekty v intramurálnych nervových plexoch, analogicky ako pri iných achaláziách. Nejedná sa teda o prosté, krčovité sťahy kardia, ako sa domnieval Mikulicz, ale o poruchu neuromuskulárneho aparátu. Poruchu relaxácie zvierajú kardia na základe spomínaných defektov gangliónnych buniek Auerbachovho plexu v svalovine ezofagu (6). Etiopatogenéza zostáva nejasná.

Klinicky rozoznávame dva typy tohto ochorenia. Prvý typ, ktorý je častejší, je charakterizovaný dilatáciou ezofagu, ktorý takto môže prijať 1 až 2 litre tekutiny. Stena je zhrubnutá hypertrofiou svaloviny, dráždenie rozkladajúcou sa potravou vedie ku katarálnej ezofagitíde a leukoplakiam sliznice. V distálnej časti je svalovina skôr atrofická a stena stenčelá. Títo pacienti i napriek takémuto nálezu majú menšie ťažkosti.

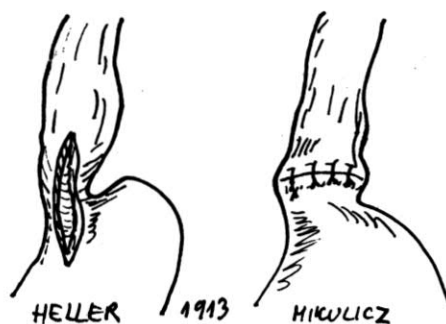
Druhý typ, ktorý sa vyskytuje v menšom počte, je charakteristický tým, že nedochádza k stenčeniu steny ezofagu v distálnom segmente a ani dilatácia nedosahuje tak veľkých rozmerov. Nápadná je hypertrofia svaloviny v distálnom segmente. Hovoríme o tzv. "pracovnej hypertrofii". Títo pacienti majú výraznejšie ťažkosti charakterizované krčovitou bolesťou a pálením za sternom pri pokuse o polykanie tekutiny alebo jedla, chudnutím a celkovým diskomfortom.

Diferenciálne diagnosticky musíme vylúčiť tumory ezofagu a kardia, striktúry, divertikuly, hiátovú herniu, čo nám väčšinou ozrejmi RTG pasáž ezofagu kontrastnou látkou.

Chirurgickú liečbu achalázie ezofagu navrhol v r. 1913 Heller vo forme extramukózneho ezofagomyotómie, ktorá spočíva v preťatí hypertrofickej svaloviny a jej tupom odpreparovaní do strán v rozsahu 8 až 14 cm na prednej stene dolného segmentu ezofagu až do submukózneho vrstvy (2) (obr. 1).

Túto extramukóznú ezofagokardiomyotómiu ďalej rozpracovalo viacero známych chirurgov do rôznych

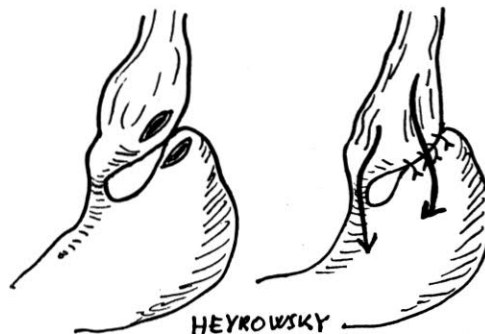
variácií vo forme plastík ezofagu, kardia a žalúdka, napr.



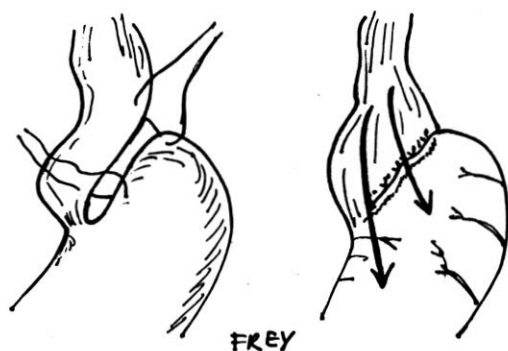
Obr. 1

Mikulicz, ktorý po myotómii robil priečnu sutúru, Heyrowsky zošil dilatovanú časť ezofagu so žalúdkom a pôvodné miesto spazmu ponechal, Frey so širokou anastomózou žalúdka a dilatovaného ezofagu, Finney, Rapant a ďalší (1) (obr. 2, 3).

Tieto operácie vyriešili voľný priechod potravy a tekutín do žalúdka, majú však v pooperačnom období gastroezofageálny reflux, ktorý spôsobuje refluxnú ezofagitídu



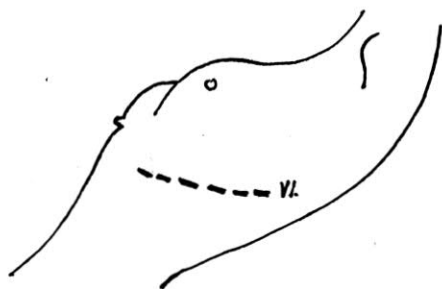
Obr. 2



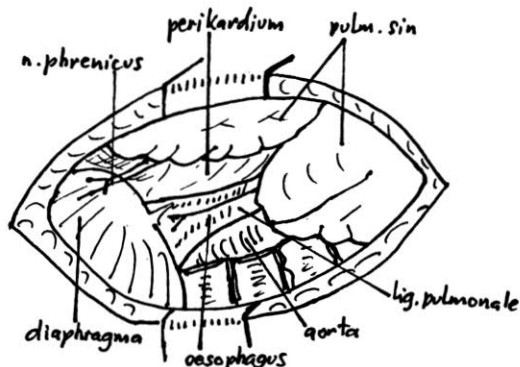
Obr. 3

prejavujúcu sa typickou trias: bolesťami v hrudníku, dysfágiou a krvácaním.

Preto sme u našich pacientov Hellerovu myotómiu doplnili modifikáciou podľa Talmu, ktorá spočíva vo fixácii distálneho ezofagu k žalúdku. Operujeme z ľavostrannej torakotómie v VI. medzirebrí. Poloha pacienta na pravom boku. Po naložení hrudného rozvierača odtlačíme ľavé pľúca háčikom. Obnaží sa nám bránica s bráničným nervom, perikardium, aorta a ligamentum pulmonale, pod ktorým sa nachádza ezofagus s artériou ezofagickou (obr. 4, 5).



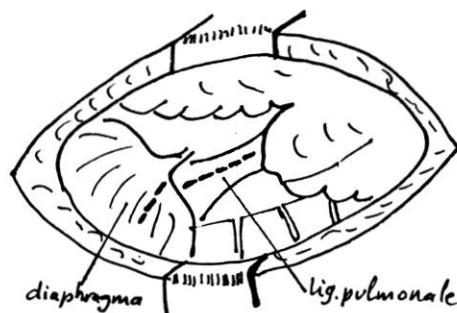
Obr. 4



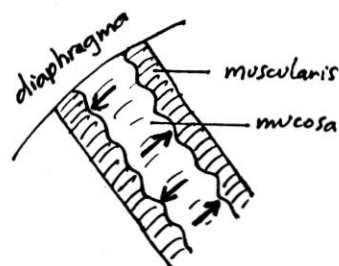
Obr. 5

Ligamentum pulmonale pretne pozdĺžne a vypreparujeme distálny ezofagus, ktorý podvlečieme longetou alebo hadičkou. Pretne bránicu vľavo v rozsahu asi 10 cm a vtiahneme do hrudníka kardiá a hornú časť žalúdka, pričom zrevidujeme, či sa nejedná o iné ochorenie žalúdka alebo kardiá. V ďalšom vykonáme vlastnú myotómiu, keď natupo oddeľujeme svalovinu ezofagu v dĺžke asi 10 až

12 cm do strán, pričom šetríme cievy, ale aj mukózu, aby sme ju pri preparácii nepoškodili (obr. 6, 7).

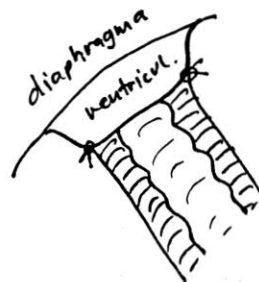


Obr. 6

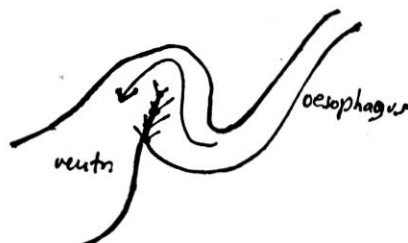


Obr. 7

Na vytiahnutú zadnú časť horného žalúdka fixujeme odhrnutú svalovinu ezofagu dvomi až tromi stehmi po obidvoch stranách žalúdka. Tým sa distálna časť ezofagu ohne, prilieha na žalúdok, čím vznikne tzv. tupý uhol, ktorý vytvára prevenciu ezofageálneho refluxu (obr. 8, 9).



Obr. 8

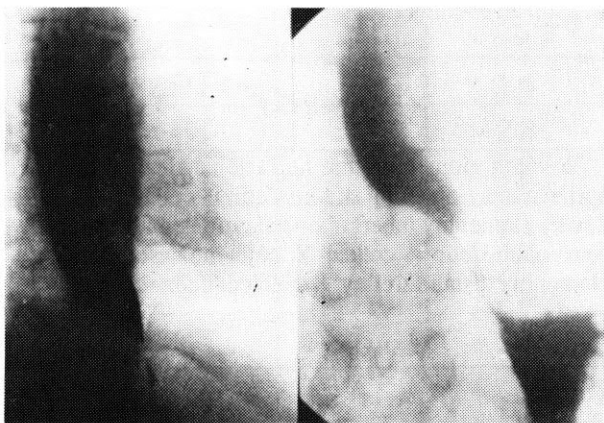


Obr. 9

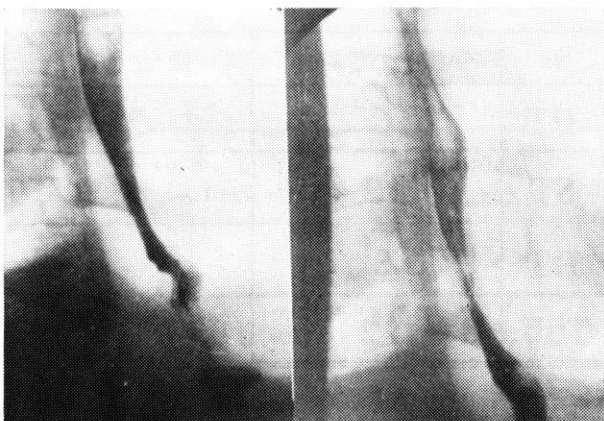
Takto upravenú časť ezofagu a žalúdka všijeme dvojicou stehov pod bránicu, ktorú suturujeme. Nasleduje hemostáza dutiny hrudnej, drenáž hrudníka, roztiahnutie pľúc, prípadne antibiotiká do hrudníka a sutúra rebier hrubým catgutom.

Touto technikou sme operovali zatiaľ celkom štyroch pacientov, dve ženy a dvoch mužov, v priemernom veku

45 rokov. U dvoch sa po operácii vyskytol fluidotorax, ktorý sme riešili punkciou hrudníka, lebo drén už bol odstránený, inak sa zhojili bez komplikácií. Pacienti neudávajú žiadne subjektívne obtiaže, potravu a tekutiny prehltnú normálne. Na RTG snímkach je dokumentovaná 42-ročná pacientka s typickým RTG nálezom pred operáciou a za 2 mesiace po operácii, kde na bočnom snímku vidieť vytvorený uhol brániaci gastroezofageálnemu refluxu (obr. 10, 11).



Obr. 10 Pasáž ezofagom pred operáciou v dvoch projekciách



Obr. 11 Pasáž po operácii za 2 mesiace v dvoch projekciách. Anti-refluxný uhol

Na operačnú liečbu achalázie ezofagu sú rôzne názory. Niektorí autori uprednostňujú brušný prístup, napr. Pafko a Řehák (4), iní hrudný. Mnohí autori uplatňujú svoje

modifikácie antirefluxných mechanizmov, napr. Lobello (3) alebo Pat a spol. (5), ktorí popísali dlhoročné skúsenosti s modifikovanou Hellerovou myotómiou. Mnohí autori sa obmedzujú len na dilatáciu ezofagu a operácie odmietajú. Nejednotnosť panuje aj v názore, v akej dĺžke by sa mala robiť myotómia na ezofagu a pod.

Prístup z torakotómie a modifikácia, ktorú prevádzame, umožňuje dobrý prehľad distálneho a stredného ezofagu. Doporučujeme ju u pokročilejších typov achalázie. Prevzali sme ju od doc. Kováře, ktorý ju s úspechom vykonal u mnohých pacientov na hrudnej chirurgii v Hradci Králové. Nevyžaduje špeciálnu prípravu ani pooperačné opatrenia. Pacienti už druhý a tretí deň polykajú tekutiny bez obtiaží. Považujeme túto techniku ako dobrú prevenciu pooperačného refluxu. Každý pacient vyžaduje osobitný prístup a spôsob liečby dilatáciou či operáciou volíme podľa stavu achalázie, pokročilosti nálezu a celkového stavu pacienta.

Súhrn

Autori poukazujú na patognómiu achalázie ezofagu, klinické typy, diferenciálnu diagnostiku a základný prehľad operačnej liečby. Popisujú modifikáciu Hellerovej myotómie podľa Talma s fixáciou distálneho ezofagu k žalúdku a vytvorením antirefluxného uhlu. Autori dosiahli dobré výsledky u 4 pacientov vekového priemeru 45 rokov. V práci je diskutované o abdominálnom a torakálnom prístupe ako aj o iných spôsoboch liečby, napr. dilatáciou ezofagu.

Literatúra

1. BIER-BRAUN-KUMMEL: Chir. operationslehre. Band III. Leipzig 1955, s. 413-415.
2. BIER-BRAUN-KUMMEL: Chir. operationslehre. Band IV. Leipzig 1955, s. 92.
3. LOBELLO, R. et al.: The antireflux mechanism after cardio-myotomy. Thorax, 33, 1978, č. 5, s. 569-573.
4. PAFKO, P. - ŘEHÁK, F. - VAVŘÍK, J.: Někteří chirurgické aspekty léčení jícnové achalázie. Rozhl. Chir., 70, 1991, č. 6/7, s. 341-344.
5. PAT, G. P. et al.: Two decades of experience with modified Hellers myotomy for achalasia. Ann. Thorac. Surg., 38, 1984, č. 3, s. 201-206.
6. Kolektiv autorů: Patologická anatomie. II. díl. Praha, SZN 1963. 916 s.

Kľúčové slová: Achalázia ezofagu; Myotómia Heller-Talma.