Gastroesophageal reflux from the viewpoint of surgeons

Kala Z, Prochazka V, Svoboda T, Man M, Kysela P, Vomela J

Gastroezofageální refluxní choroba z pohledu chirurga

Abstract

Surgical treatment of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) represents an alternative approach in relation to the long-term pharmacologic therapy of prokinesis, and secretoinhibitory therapy. It must be considered in cases where the conservative approach has failed. The success of surgical treatment depends on an individual approach to the patient. The factors determining the surgical indication and especially the type of surgery, include age, anatomy of the hiatus and the results of pre-operational examinations of the esophagus. The type of operation depends on the ability of the esophagus to contract and to transfer the propulsion activity. According to the authors, the key examination is represented by the detection of esophageal contractility by use of esophageal manometry. The alternative option is represented by scintigraphic measurement of esophageal transit time by use of a tagged bolus. The patients with disappeared contractility are preferentially treated by conservative therapy due to the high risk of post-operational dysphagia. 80 % of patients are treated by the standard procedure of laparoscopic fundoplication by a 360-grade cuff. The cases with decreased contractility or esophageal dysmotility are preferentially treated by partial fundoplication in Toupet•s modification. The shortening of the esophagus requires consideration as to chest approach, or Collis• operation. Intestinal metaplasia of the esophagus requires specific procedures. Severe dysplastic changes require the consideration of resection treatment. The gained therapeutic results are evaluated by both, the subjective point of view of the authors, as well as by standard pH measurement and manometry of the esophagus performed 6 weeks after surgery. *(Short communication)*

Abstrakt

Chirurgická léčba pacientů s gastroezofageální refluxní chorobou (GERD) je alternativou dlouhodobé farmakoterapie prokinetiky a antisekretorické léčby. Musí být zvažována při selhání konzervativního postupu. Pro úspěch operační léčby je nutný individuální přístup k pacientovi. Je zvažován věk, anatomie hiátu a výsledky předoperačních vyšetření jícnu, z nichž vyplyne indikace k operaci a především její typ. Ten závisí na schopnosti jícnu kontrahovat se a přenášet propulsní aktivitu. Za klíčové je autory považováno vyšetření kontraktilní schopnosti jícnu jícnovou manometrií. Jako alternativa k tomuto vyšetření je vyhodnocován transit-time jícnem scintigraficky pomocí značeného sousta. U pacientů s vymizelou kontrakční schopností je dávána přednost konzervativní terapii pro vysoké riziko pooperační dysfagie. U 80 % pacientů představuje standardní postup při chirurgické léčbě laparoskopická fundoplikace 360stupňovou manžetou. V případě snížené kontrakční schopnosti a výskytu jícnové dysmotility dávají autoři přednost parciální fundoplikaci v Toupetově modifikaci. Při zkrácení jícnu je zvažován hrudní přístup či Collisova operace. Zcela specificky je postupováno u intestinálních metaplázií jícnu. V případě těžkých dysplastických změn je zvažována resekční léčba. Výsledky léčby jsou vyhodnocovány jednak subjektivními pocity pacienta, jednak standardně pHmetrií a manometrií jícnu 6 týdnů po operaci.

GE refluxní choroba (GERD) je jedním z nejčastějších onemocnění trávícího traktu. Symptomy odpovídající GERD jsou většinou velmi dobře ovlivnitelné konzervativní léčbou, zejména pomocí inhibitorů protonové pumpy (PPI) a prokinetik. Středem zájmu chirurga se GERD stává až tehdy, je-li konzervativní léčba neúspěšná, či dochází-li ke komplikacím.

Chirurgická léčba je z obecného pohledu indikována u dobře kardiopulmonálně komponovaných biologicky mladých jedinců v celkově dobrém stavu jako alternativa dlouhodobé antisekretorické terapie. Jde o metodu, která je plně úspěšná u 80 % pacientů. Má nízkou morbiditu (do 8 %) i mortalitu (0 %).

Je celá řada chirurgických metod k zamezení refluxu. K nejrozšířenějším patří Hillova operace, 360stupňová manžeta — fundoplikace podle Nissena či v Rossettiho modifikaci, popřípadě parciální fundoplikace přední či zadní 270stupňová Toupetova. V anglosaských zemích je stále oblíbený transthorakální přístup podle Balseyho. Specifický přístup je vyžadován u brachyezofagu, kdy se s rozvojem staplerových technik rozšířila málo používaná Collisova operace. V léčbě jedné z nejzávažnějších komplikací GERD — Barrettova jícnu se uplatňují kromě léčby refluxu i endoskopické ablační techniky. Velmi pokročilé dysplastické změny jsou považovány za indikaci k resekci.

Postup používaný na naší klinice

Na našem pracovišti se soustavně zabýváme léčbou GERD. V poslední době došlo v naší praxi k vývoji pohledu na předoperační vyšetření i volbu optimální operace. Naše zkušenosti dáváme k posouzení odborné veřejnosti.

V rámci předoperačního vyšetření zaujímá kromě gastrofibroskopického vyšetření klíčovou úlohu manometrické vyšetření.

Tab. 1. Typy operačních výkonů u GERD na Chirurgické klinice FN Bohunice v Brně za posledních 12 měsíců.

Typ operace	Rok
Nissen-Rossetti	13
laparoskopicky N-R	13
konverze lap. N-R	6
Thal	1
Collis	2
Toupet	5
Celkem v roce 1999	40

Nejenže nás manometrie informuje o funkčnosti dolního jícnového svěrače, ale především nám pomůže odlišit významné funkční dysmotility jícnu a achalázii. Další (z pohledu chirurga rozhodující) informací, kterou manometrie poskytuje, je schopnost jícnu kontrahovat a přenášet kontrakční vlnu přes námi arteficiálně zvýšený tonus dolního svěrače v podobě manžety. Hodnoty těchto parametrů rozhodují o tom, zda budeme indikovat chirurgickou léčbu, případně jaký typ manžety. U pacientů s těžkými poruchami motility indikujeme pokračování v dlouhodobé antisekretorické léčbě s prokinetiky, popřípadě inkompletní manžetu, nejčastěji v podobě 270stupňové Toupetovy fundoplikace. 360stupňovou manžetu provádíme jen u pacientů s dobrou kontrakční schopností.

Za metodu volby provedení 360stupňové manžety považujeme laparoskopickou transabdominální fundoplikaci v modifikaci Nissen—Rossettiho. Provádíme manžetu 2,5—3 cm krátkou, volnou („floppy"). Myorrhaphii provádíme jen u velkých defektů hiátu. Výkon doplňujeme pexí manžety k pravému crus. Takto je možno postupovat přibližně u 80 % pacientů doporučených k chirurgické léčbě. U zbylých 20 % případů provádíme takzvanou operaci „na míru". Zvažujeme na základě manometrického vyšetření, habitu a anatomických poměrů (fixovaná smíšená kýla) přístup (transabdominální, transthorakální, laparoskopický či klasický) a především typ antirefluxního řešení. Nejčastěji inkompletní manžetu. Spektrum operací prováděných na naší klinice ukazuje tabulka 1.

Potvrdí-li se zkrácení jícnu (předoperačně jej očekáváme u velkých hiátových hernií) zvažujeme Collisovu operaci. Je-li 360stupňová manžeta příliš těsná, přerušujeme krátké gastrické žíly, a provádíme klasickou Nissenovu manžetu. Experimentálně provádíme před a po operaci transit-time jícnu scintigrafií. První výsledky svědčí, že by tato metodika mohla nahradit manometrii v případě její neproveditelnosti.

V pooperačním období sledujeme pacienta 7. den po výkonu, kdy kontrolujeme klinické parametry (dysfagie, gas bloat.), a 6 týdnů po operaci, kdy rutinně provádíme pHmetrii a manometrii. Výsledky hodláme vyhodnotit ve formě prospektivní studie.

Závěr

Při léčbě GERD považujeme za velmi důležitou spolupráci s gastroenterology pro zvolení optimální terapie tohoto onemocnění. Z pohledu chirurga by každý pacient s GERD měl projít konzervativní terapií, a teprve po jejím neúspěchu zvažovat chirurgické řešení. To pokládáme za problematické u starších a obézních pacientů. Samotný chirurgický zákrok by měl vézt k maximálnímu omezení morbidity, především nepříjemných syndromů spojených s dysfagií a gas bloat syndromem) při zachování maximální účinnosti antirefluxní procedury. Domníváme se, že námi zvolený individuální přístup ke každému nemocnému nás k tomuto cíli přibližuje.*

*Prednesené na 53. chirurgickom dni Kostlivého v Bratislave 10.12.1999.

Literatura

1. Coster D.D., Bower W.H., Wilson V.T., Brebrick R.T., Ricardson G.L.: Laparoscopic partial fundoplication versus laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication. Short results of 231 cases. Surg. Endosc., 11, 1997, s. 625—631.

2. Dolina J., Hep A., Kotrč V., Prášek J., Dítě P., Němeček Z.: Refluxní choroba jícnu — přínos 24hodinové pH-metrie. Vnitř. Lék., 44, 1998, č. 11, s. 646—648.

3. Dolina J., Hep A., Kotrč V., Prášek J., Dítě P.: Komlpexní diagnostika refluxní nemoci jícnu. Miniinvazivní terapie, 1997, s. 20. Čes. a Slov. Gastroent., 51, 1997, č. 6, s. 198—200.

4. Dolina J., Hep A., Prášek J., Kotrč V.: Ambulantní 24hodinová pH-metrie jícnu. Sestra, 1997, č. 4, s. 5.

5. Dolina J., Hep A., Prášek J., Kotrč V.: Perfuzní manometrie jícnu. Sestra, 1997, č. 4, s. 5.

6. Hep A.: Úloha pH-metrie v diagnostice refluxní choroby jícnu. Novinky z gastroenterologie – Astra, 1997, č. 3, s. 6.

7. Hep A., Vaňásková E., Prášek J., Vížďa J., Tošnerová V., Ondroušek L., Dolina J., Dítě P.: Poruchy motility jícnu při vertebropatiích. Rehabilitace Fyz Lék., 4, 1998, s. 131—134.

8. Hep A., Dolina J., Dítě P.: Refluxní choroba jícnu není otázkou acidity. Novinky z gastroenterologie – Astra, 4, 1998, č. 2, s. 10—12.

9. Hunter J.G., Swanstrom L., Waring L., Waring P.: Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. The impact of operative technique. Ann. Surg., 1996, 224, 51—57.

10. Kauer W.K.H., Peters J.H., Demeester T.R., Heimbucher J., Ireland A.P., Bremner C.G.: A tailored approach to antireflux surgery, J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 110, 1995, s. 141—147.

11. Lukáš K., Dolina J., Hep A., Ort J., Prášek J.: Refluxní choroba. Diagnostika a léčba pro praxi. Praha, Triton 1998, ISBN 80-85875-65-9.

12. Lukáš K., Hep A.: Refluxní choroba jícnu — několik poznámek k nejasnostem v terminologii, diagnostice a léčbě. Vnitřní Lék., 45, 1999, č. 5, s. 305—309.

13. Lundell L., Abrahamson H., Ruth M., Rydberg L., Lontroth H., Olbe L.: Ling term results of a randomized comparison of total wrap (Nissen-Rossetti) or semifundoplication (Toupet) for gastro-oesophageal reflux. Brit. J. Surg., 83, 1996, s. 830—835.

14. Spivak H., Lelcuk S., Hunter J.G.: Laparoscopic surgery of the gastro-esophageal junction. World J. Surg., 23, 1999, s. 356—367.

15. Stein H.J., Feussner J.H., Siewert J.R.: Antireflux surgery: A current comparison of open and laparoscopic approaches, Hepatogastroenterology, 45, 1998, s. 1328—1337.

Do redakcie došlo 28. novembra 2000.

Chirurgická klinika FN Bohunice v Brně, Czech Republic
Correspondence to: Kala Z, MD, e-mail: **tomsvob@med.muni.cz**