

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE GASTROEZOFAGEALNE REFLUKSNE BOLEZNI (GERB) IN HIATUSNIH – PREPONSKIH KIL

Gastroezofagealni refluks je odtekanje želodčne vsebine v požiralnik.

Občasen, kratkotrajen refluks je fiziološki dogodek in se pojavlja med obdobji kratkih spontanih sprostitvev sfinktra po vsakem obroku.

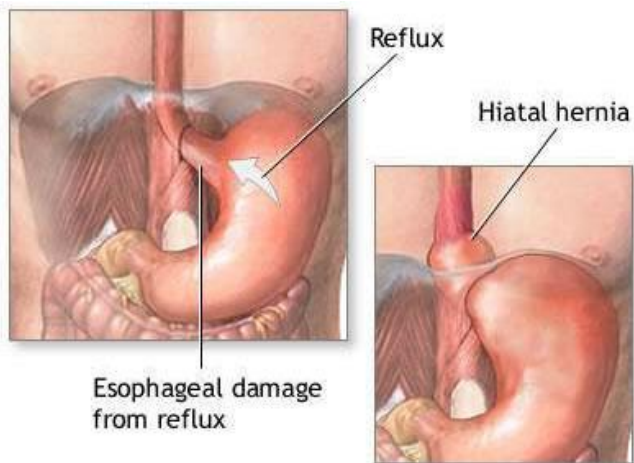
Patološki refluks nastane takrat, ko so obdobja refluksa pogostejša in daljša od fizioloških. 7% ljudi ima refluksne težave vsak dan, 20 do 40% pa enkrat tedensko ali enkrat mesečno.

Anatomska ovira za refluks sta požiralnikova spodnja zapiralka in prečno progaste mišice trebušne prepone ter oster kot med požiralnikovo osjo in želodčnim fundusom.

Dejavniki, ki povzročajo patološki refluks:

1. znižan tlak ali neprimerna sprostitvev spodnje zapiralke požiralnika
2. okvarjeno čiščenje požiralnika (peristaltika, slina)
3. upočasnjeno izpraznjevanje želodca
4. prisotnost hiatusne hernije – razširitev mesta na trebušni preponi, kjer požiralnik pride iz prsnega koša v trebušno votlino.
5. okvara požiralnikove sluznice.

Za sluznico sta najbolj škodljiva želodčna kislina, pepsin, žolčne kisline in encimi trebušne slinavke. Vnetje sluznice požiralnika se pojavi le pri 50% bolnikov s patološkim refluksom.



Simptomi:

1. Zgaga
2. Vračanje želodčne kisline v žrelo, usta
3. Prehodno težko požiranje
4. Bolečina pri požiranju
5. Kronično kolcanje
6. Simptomi iz dihalnih poti - nesezonska astma, bolečina v prsih, ponavljajoče aspiracijske pljučnice, težko dihanje.

Hudo vnetje požiralnika lahko povzroči resne težave oziroma zaplete: razjedo, krvavitev in perforacijo požiralnika.

Diagnoza:

1. pregled požiralnika in želodca z gastroskopom
2. 24 urna pH metrija
3. manometrija in ocena krčenja požiralnika
4. Rtg slikanje požiralnika

Zdravljenje:

1. Splošni ukrepi: spanje s privzdignjenim vzglavjem, manjši in pogostejši obroki, hoja po jedi, zadnji obrok 2 uri pred spanjem, hrana z malo maščobami. Odsvetujemo kajenje in uživanje hranil, ki sprožijo refluks (čokolada, limona, paradižnik, kava in alkohol), odsvetujemo sklanjanje ali delo v sklonjenem položaju.

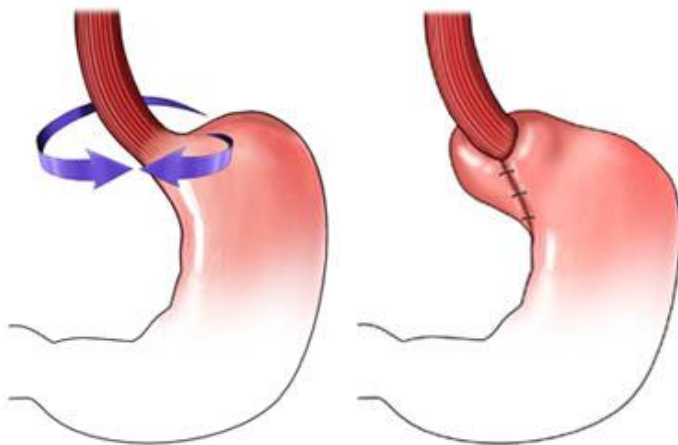
2. Zdravljenje z zdravili, ki zmanjšajo reflux (prokinetiki), nevtralizirajo kislino (antacidi) ali pa preprečujejo izločanje želodčne kisline (blokatorji H₂ receptorjev, zaviralci protonske črpalke)
3. Protirefluksne operacije: fundoplikacije (klasične odprte in laparoskopske)

Indikacije za kirurško zdravljenje:

1. neuspešno večletno zdravljenje z zdravili (ponavljanje simptomov, slabo prenašanje zdravil)
2. kronično zdravljenje z zdravili - posebno pri mladem človeku
3. velika preponska kila
4. hudo vnetje požiralnika
5. zožitev požiralnika
6. ponavljajoče pljučnice, kronična pljučna bolezen
7. Barretov požiralnik

PROTIREFLUKSNA OPERACIJA

Operacija izbora je fundoplikacija.



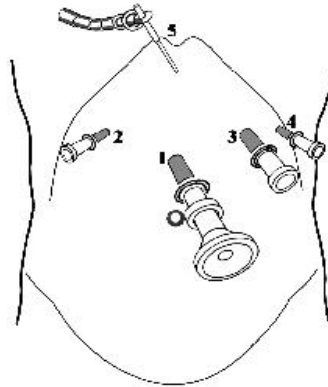
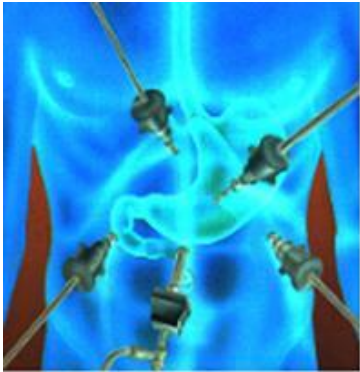
- a. Klasična odprta fundoplikacija
- b. Moderna laparoskopska fundoplikacija

Princip je, da se s fundusom (vrhom) želodca objame končni del požiralnika. Tako ovratnik srajce objema vrat. Na ta način se ustvari enosmerna zaklopka, pri kateri hrana lahko pride v želodec, ne more pa se iz želodca vračati v požiralnik. Tako se prepreči gastroezofagealni reflux.

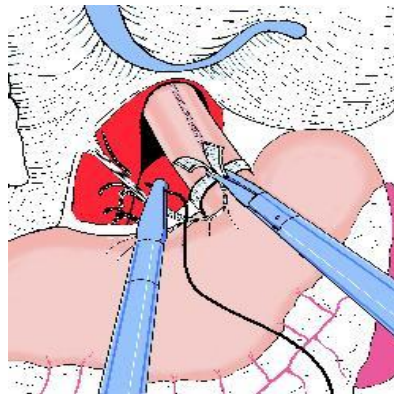
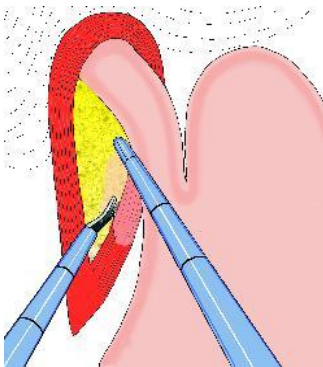
Laparoskopska fundoplikacija je varen poseg, ki zmanjša težave po operaciji, ki so sicer bolj značilne za klasično odprto tehniko.

GLAVNE TOČKE FUNDOPLIKACIJE

1. Skozi trebušno steno uvedemo vodila na petih mestih in spustimo zrak v trebušno votlino, da lahko operiramo.



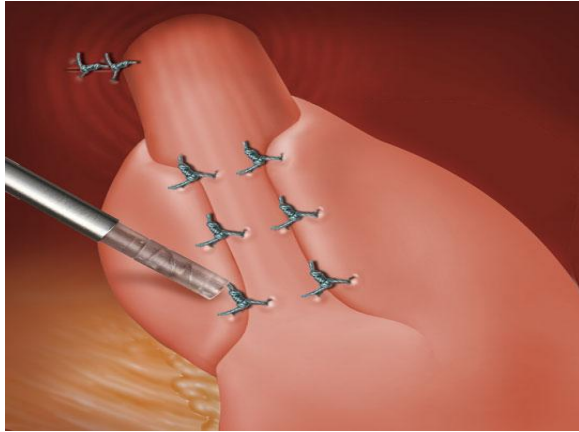
2. Izoliramo požiralnik v trebuhu, odstranimo kilno vrečo, s šivi zožimo odprtino v preponi in tako odstranimo preponsko kilo.



3. Fundus želodca potegnemo za požiralnik.



4. Fundus želodca prišijemo na požiralnik ali v celoti objamemo požiralnik z njim. Nastane enosmerna ohlapna zapiralka.



5. Spiranje in čiščenje operativnega polja.
6. Odstranimo instrumente. Zašijemo rane.

Zapleti po operaciji

Zapleti takoj po operaciji nastanejo pri nas približno pri enem od dvajsetih operiranih bolnikov. Najhujši zaplet je poškodba želodca ali požiralnika, ki jo praviloma opazimo že med operacijo. V tem primeru rano na želodcu ali požiralniku zašijemo in mesto poškodbe pokrijemo z bližnjim vitalnim tkivom ter področje dobro dreniramo. Lahko nastane pnevmotoraks: ker moramo kilo želodca potegniti iz prsnega koša, nam lahko zrak uide v prsni koš. To ni hud zaplet in zelo redko moramo zrak odstraniti z cevko, ki jo vstavimo v prsni koš. Zgodilo se je že, da smo bolnika že naslednji dan morali ponovno operirati, ker se je želodčna kila ponovila. To ni nepričakovano, saj vemo, da so mišice pri bolnikih s kilo praviloma slabe in šivi oziroma mišice lahko pri napenjanju hitro popustijo. Poškodbo vranice in krvavitev beležimo zelo zelo redko in praviloma rešimo problem že med operacijo. Je pa včasih potrebna transfuzija krvi.

Težave po operaciji:

1. Težko požiranje po posegu je pravilo in nastane zaradi otekline na mestu nove zapiralke in traja lahko tudi do 7 tednov po operaciji. Če tudi po dveh mesecih ne mine je vzrok najverjetneje preozka zapiralka. Preozko zapiralko si prikažemo z rentgenskim posnetkom požiralnika. Pomagamo tako, da v splošni anesteziji predel zapiralke razširimo. Pri nas ima take težave eden na 10 operiranih bolnikov.

2. Oteženo spahovanje in bruhanje je zelo pogost pojav. Ohlapna zapiralka je enosmerna in ovira vračanje hrane in plinov iz želodca v požiralnik.
3. Pri jedi nezavedno požiramo tudi zrak. Ker tega ne moremo spahnuti, se izloči po naravni poti. Napenjanja in vetrov po operaciji je zato več.
4. Zelo redko se po operaciji želodec prehitro prazni, kar povzroča slabost, trebušne krče, napenjanje. Večja težava je, če se prazni prepočasi. To se lahko zgodi, če med operacijo poškodujemo živec imenovan vagus ali klatež, ki uravnava praznjenje želodca. To se zgodi pri nas zelo zelo redko.
5. Zaradi prirastlin po operaciji lahko pride do zapore tankega črevesa. Tega zapleta pri nas še nismo imeli.
6. Z leti šivi na mestu fundoplikacije lahko popustijo. V tem primeru se težave ponovijo.
7. Ponovitev kil je precej. Pri nas pri vsakem tretjem bolniku, kar pa se sklada z ponovitvami, ki so opisane v učbenikih. Ni nujno, da so vse ponovitve kil povezane s težavami. Če ponovna kila povzroča hude težave je možna ponovna operacija.

Pooperacijski potek je praviloma – pri 90 % bolnikov - brez pomembnih zapletov. Bolečine niso hude in zdravila na usta dobro pomagajo. Bolniki zapustijo bolnišnico 3. ali 4. dan po operaciji. Domov jih odpustimo z navodili: zmeren počitek, pasirana hrana še en mesec, analgetiki na usta po potrebi. Kontrola čez tri mesece. Zdravila zaradi refluxa, ki so jih imeli pred operacijo jemljejo še en mesec. Če ima bolnik težave zaradi težkega požiranja pride predčasno na kontrolo. Takrat se odločimo ali ga endoskopiramo ali razširimo predel zapiralke.

Laparoskopske fundoplikacije so na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo v UKC Ljubljana rutinski poseg. Vsak teden naredimo vsaj eno operacijo.