

Komentáře

Refluxní nemoc jícnu v pohledu laparoskopické chirurgie

Komentář ke článku MUDr. Václava Drahoňovského

MUDr. René Aujeský, CSc.

I. chirurgická klinika LF a UP, Olomouc

Pana primáře Drahoňovského si velmi vážím jako průkopníka laparoskopických fundoplikací v České republice. Také díky němu je dnes tento výkon v repertoáru i menších pracovišť, zatímco před érou laparoskopie byl doménou pouze fakultních a krajských nemocnic. Jeho práce

odráží dlouholeté zkušenosti, podložené největším počtem laparoskopických fundoplikací v Evropě. Nicméně jako chirurg z pracoviště, kde už od dob prof. Rapanta a Šerého patří chirurgie jícnu k nosným programům, si dovoluji k práci připojit několik poznámek.

V diagnostické části publikace se autor zmiňuje o situaci, kdy má nemocný refluxní symptomatologii, pak negativní nález na rtg nebo endoskopii lze považovat za falešně negativní a fundoplikace je indikována. Domnívám se, že na rozdíl od rtg, které může být falešně ne-

Endoskopie, 2009; 18(1): 10–11

gativní, zkušený endoskopista by hiátovou hernii přehlédnout neměl. V prohrádním pohledu je to ještě možné, ale při retroflexním pohledu na kardií ze žaludku pokud chybí obraz dvou ringů, z nichž dolní zobrazuje hiatus a nad ním horní kardií, o hiátovou hernii nejde. Nicméně přítomnost hiátové hernie není pro diagnostiku refluxu zcela nezbytná. Vždyť nezdávka vidíme kardií pod bránicí a reflux je způsoben inkompetencí dolního jícnového svěrače z jiné příčiny, nejčastěji otupením Hissova úhlu. Pak je při endoskopii kardií, byť pod bránicí, široce zející. Pokud bychom se ale spolehli pouze na symptomatologii, nebylo by nezbytné nemocné dále vyšetřovat, protože všechny nálezy, svědčící proti refluxu, bychom mohli označit za falešně pozitivní. Jsem přesvědčen o tom, že pouhá refluxní symptomatologie jako indikace k operaci je nedostačující. Reflux je nutno objektivizovat minimálně jedním vyšetřením a v případě negativního rtg (které k diagnostice hiátové hernie a potažmo refluxu prakticky neprovádíme), a především endoskopie, musí být rozhodujícím vyšetřením pH metrie. Pokud je i ta negativní, operace by se provádět neměla. Naprosto souhlasím s autorem, že při jasné refluxní symptomatologii, podpořené endoskopickým nálezem, není pro indikaci k fundoplikaci pH metrie nezbytná.

V části posuzující význam kontrastního rtg jícnu při diagnostice refluxní choroby autor uvádí, že „rtg pasáž jícnem může prokázat jako nejzávažnější problém endoskopicky neodhalený nádor na kardií, ať benigní leiomyom, nebo karcinom“. Domnívám se, že situace je vždy zcela opačná. Endoskopie může odhalit rentgenologicky nediodnostikovaný tumor kardií, ať maligní či benigní. Pokud je tumor omezen pouze na sliznici, je jen zřídka diagnostikovatelný radiologicky na rozdíl od endoskopie, která je nejen v případě pochyb povinná zprostředkovat histologické vyšetření sliznice, a v případě subslizničních lézí je díky vždy zvětšenému obrazu oproti skutečnosti vyklenutí do lumen jasně zřetelné. Rtg vyšetření považujeme za vyšetření doplňkové, které má význam především při posuzování evakuace jícnu či žaludku. Dovolím si s autorem polemizovat v části práce týkající se biliárního refluxu. I my řadu nemocných s biliárním refluxem indikujeme k fundoplikaci. Nicméně dle našeho názoru je nezbytné individuálně u každého nemocného posoudit, nakolik žluč poškozuje nejen jícen, ale i žaludek. Snadné rozhodování máme v případě pokročilé biliární gastritidy, ale pokud není v objektivním nálezů markantní a nalezneme pouze depo žluči v jezírku či na sliznici žaludku, rozhodují subjektivní

stesy nemocného. Jestliže je abdominální symptomatologie výrazná, pak bez ohledu na stav žaludeční sliznice vždy indikujeme nepřímý antirefluxní výkon, v podobě resekce žaludku s gastrojejunoanastomozou s využitím Rouxovy kliky. Ta jistě refluxu nezabrání, ale ovlivní jeho kvalitu snížením agresivity při absenci žluči a pankreatické šťávy. Pokud bychom v těchto případech provedli pouze fundoplikaci, ochráníme sice jícen před žlučí, ale biliární gastritida může nadále progredovat se všemi jejími důsledky i díky tomu, že účinná konzervativní léčba této entity neexistuje. Pokud má nemocný masivní reflux, pak lze resekci žaludku s Rouxovou kličkou kombinovat s fundoplikací, což jsme s úspěchem provedli u několika nemocných.

Dovolím si několik poznámek k Barrettově jícnu, kterému na naší klinice věnujeme zvýšenou pozornost. Zde je nezbytné zdůraznit nutnost co nejpřesnější diagnostiky a léčbu pak přizpůsobit stadiu choroby. Musíme si uvědomit, že jde o závažnou prekancerózu, kde o osudu nemocného rozhoduje pouze racionální přístup. Toto onemocnění nadále zůstává velkou neznámou a závažnost jeho stádia se posuzuje i dnes velmi obtížně. Nestačí jen stanovení přítomnosti či absence dysplazie, určení jejího stupně, ale jsou nutná i další kritéria hrozící malignizace, jako je elevace imunohistochemických markerů (p53, cytokeratiny, MUC aj.). Samozřejmě jsou cílené biopsie endoskopickou cestou pod NBI či AFI. V případě absence dysplazie, stejně jako autor, indikujeme fundoplikaci, kterou pokládáme za nejúčinnější prevenci refluxu.

Léta jsme měli stejný názor na řešení těžkého stupně dysplazie, protože velikost vzorku sliznice, odebraného biopsickými kleštěmi, nebyla pro patologa dostatečná k rozlišení mezi těžkou dysplazií a časným karcinomem. V těchto případech jsme, ve shodě s autorem, prováděli exstirpace jícnu a často byl následně v resekátu karcinom nalezen. V dnešní době, kdy díky pokročilému technickému vybavení i erudici endoskopisty, je mukozektomie naprosto bezpečnou metodou, provádíme v případě těžké dysplazie nejprve mukozektomii a další postup modifikujeme dle výsledku histologického vyšetření. I v případě časného karcinomu, který nedosahuje k okrajům slizniční resekce, lze uvažovat o následné dispenzarizaci bez resekce jícnu. Zde je nutný individuální postup, přizpůsobený řadě faktorů, z nichž nejvýznamnější je celkový stav nemocného. Ani po úspěšné mukozektomii, která odstraní dysplastickou sliznici, fundoplikaci neprovádíme, protože by mohla znehodnotit žaludek,

který bychom v budoucnu mohli potřebovat při náhradě exstirpovaného jícnu.

Jen velmi obtížně lze diskutovat o technice operace s chirurgem, který má největší sestavu těchto výkonů v Evropě. My vycházíme ze zkušeností s asi třetinovým souborem, čítajícím asi 1 200 fundoplikací, které jsme provedli za posledních 14 let. Na rozdíl od autora v posledních 5 letech prakticky vždy přerušujeme vv. gastrica brevia. Nesetkali jsme se nikdy s žádnou komplikací ve smyslu poruchy výživy žaludku, včetně fundu, použitého ke konstrukci manžety, naopak jsme od té doby nezaznamenali jediný případ „těsné manžety“ a dislokace jícnu směrem ke slezině.

Antiteleskopický steh pokládáme za nedílnou součást konstrukce manžety, ale nekotvíme jej ke kardií, nýbrž nad ni, abychom se vyvarovali zásahu do funkce už tak alterovaného dolního jícnového svěrače.

Krátký jícen nepovažujeme za mýtus. Dokladem jsou opakované redislokace manžety s distálním jícnem do mediastina, kterým nezabrání opakované repozice, plastiky hiatus sítkou, dokonalá deliberace jícnu až po perikard aj. Zaznamenali jsme je u 12 nemocných. V těchto případech je pravděpodobné, že po fundoplikaci dochází (z našich zkušeností většinou v průběhu prvních 3 měsíců) u nemocných s krátkým jícnem k dislokaci abdominální partie jícnu společně s manžetou do mediastina. Musím zde zdůraznit, že každá dislokace distálního jícnu s manžetou do mediastina není způsobena brachyezofagem, ale pokud k ní dochází opakovaně, je nutné o této možnosti uvažovat. Je-li tomu tak a manžeta přitom nadále plní svou antirefluxní funkci a DJS tedy zůstává kompetentní, osvědčilo se nám ponechat manžetu dislokovanou do mediastina a hiatus naopak uvolnit natolik, aby dislokovanou část žaludku netísnil, a k tomu připojit gastropexi fixací přední stěny žaludku v blízkosti velké křivky k laterální stěně břišní.

Závěrem bych rád ocenil přínos publikace, která nejenže vychází z autorových bohatých zkušeností, ale zároveň se opírá o literaturu, se kterou v mnoha případech přiléhavě polemizuje. Doufám, že těch pár poznámek, které jsem k této práci připojil, nebude bráno jinak než lehce odlišné stanovisko na dílčí problém, přičemž v celku máme na danou problematiku téměř shodný názor.

MUDr. René Aujeský, CSc.

I. chirurgická klinika LF a UP
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
aujesky@fnol.cz