

Prof. Dr. Papp János

A GERD optimális kezelésének belgyógyászati és sebészi határterületei: fenntartó PPI terápia versus fundoplikáció

Az előadás a Magyar Gasztroenterológiai Társaság 2000. június 6-10. között megtartott nagygyűlésén a Byk Gulden tudományos ülésén hangzott el.

Összefoglalás

A laparoscopos antireflux sebészet a konzervatív kezelés reális alternatívája. A műtét jelenleg csak néhány nagy tapasztalattal rendelkező központban végezhető olyan sikeresen és biztonságosan, hogy az a konzervatív kezelés eredményességét megközelítse vagy elérje. Fiatal betegeken a műtét elvégzése annak költséghatékony volta, és a konzervatív kezelés több évtizedes kilátása miatt mindenképpen mérlegelendő.

A gastro-oesophagealis reflux betegség (GERD) konzervatív – gyógyszeres kezeléséről az utóbbi időben számos állásfoglalás jelent meg.^{1,2} Ezzel párhuzamosan sebészi folyóiratokban igen sokat foglalkoznak a betegség műtéti, elsősorban laparoscopos kezelésével.^{3,4,5,6,7,8} A kétféle terápia – bár ugyanazt a betegséget kezeli – mégis egymással párhuzamosan fut: a sebészek sebészileg, a belgyógyászok, gasztroenterológusok és a háziorvosok gyógyszeresen kezelnek. Kérdés tehát, hogy a gastro-oesophagealis reflux betegség terápiaja konzervatív/gyógyszeres vagy műtéti legyen-e, továbbá, hogy a kétféle kezelés indikációja elkülönül-e, vagy vannak-e jelentős átfedések – azaz a kétféle kezelés verseng-e egymással?

A műtéti és a gyógyszeres kezelés összehasonlítása randomizáltan ugyanazon beteganyagon csak viszonylag ritkán történt meg. Egy ilyen tanulmány jelent meg Lundell L. és mtsai. tollából, akik multicentrikus randomizált vizsgálat során a 4 skandináv országban hasonlították össze a GERD proton pumpa inhibitorral (PPI) történő konzervatív kezelését az antireflux műtéttel. 310 beteget vontak a vizsgálatba, akik legalább Sa-

vary-Miller II. fokozatú reflux oesophagitisrel rendelkeztek. A kezdeti omeprazol kezelést követően, az oesophagitis gyógyulása után kerültek a betegek randomizált módon a műtéti vagy a fenntartó omeprazol (20 – 40 mg) csoportba. Vizsgálataik szerint

– 5 éves követés után a GERD recidíva valamivel alacsonyabb volt sebészeti kezelés után, de nem szignifikáns módon.

– A műtéttel kezelt betegek között előfordult dysphagia és a böfögés nehézsége.

– Az életminőség mindkét csoportban egyformán javult.

– A műtéti kezelés költségei Svédországban, Norvégiában és Dániában drágábbak, Finnországban olcsóbbak voltak.

Látjuk tehát, hogy többféle szempontot analizálva sem lehetett egyik módszert a másik elé helyezni.

Hogyan fogalmazzák meg a sebészek a GERD laparoscopos műtéti kezelésének javallatait?

Pointer R. és mtsai összefoglaló közleményükben az alábbi indikációkat tartják fontosnak⁴:

1. A refluxra utaló anamnesis évekre nyúlik vissza.

2. A beteg fiatal és a kezelés csak proton pumpa gátló gyógyszerrel biztosítható, illetve a panaszmentesség csak a dózis emelésével érhető el.

3. Optimális konzervatív kezelés ellenére szövődmények keletkeznek.

4. A nem-savas reflux miatt (regurgitatio, aspiratio) csökken az életminőség.

I. táblázat: 290 laparoscopos antireflux műtét eredményessége Soper NJ. és mtsai szerint⁵

290 beteg átlagos követési idő: 24 hónap	n	%
Tünetmentes	216	74
Tünetek	74	26
Epigastriális vagy substernális fájdalom	49	17
Időnként dysphagia	21	7
Gyomorégés	15	5
Regurgitatio	10	3

Az első indikációs pont éppen úgy lehet a konzervatív, mint a sebészi kezelés javallata, hiszen a betegség magától nem gyógyul és a beteget egész életén át elkíséri (hacsak nem történik antireflux műtét). A 2. pont is ráillik a betegek többségére, hiszen manapság a gastro-oesophagealis reflux betegség leghatékonyabb kezelésének a proton pumpa gátlókat tartjuk, és a legújabb ajánlások szerint a kezelést eleve e gyógyszer csoporttal érdemes elkezdni. A 3. és 4. pont helyességével valószínűleg a gasztroenterológusok is vita nélkül egyetértenek.

Próbáljuk rövid áttekintéssel számba venni, hogy mi az egyes kezelési eljárások előnye és hátránya, így talán könnyebb egyik vagy másik mellett dönteni, vagy az indikációkat világosan megfogalmazni.

A konzervatív – gyógyszeres kezelés előnyei:

- A konzervatív kezelési módszerekkel kezelt betegek mintegy 90%-a panaszmentesen tartható.

- A kezelés egyszerű és
- biztonságos (több évtizeden át is ?)

A konzervatív – gyógyszeres kezelés hátrányai:

- A betegséget nem gyógyítja meg, bár teljes remissziót eredményez. Abbahagyását követően a GERD kiújul. Tartós jó állapot csak tartós kezeléssel érhető el.

- A gyógyszeres terápia mellett rendszerint maga a reflux sem szűnik meg, csak a refluxatum pH-ja emelkedik, és ezért

- megmarad az epés reflux is.

- Hosszú távon, évtizedeken át folytatva drága.

A műtéti kezelés (éppen invazív vol-

Prof. Dr. Papp János
Semmelweis Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika
1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a.

II. táblázat:

A laparoscopus antireflux műtétek eredménye időskorban (≥ 65 év) – Brunt LM. és mtsai⁶

	n	Anesth. score	Kórházi tart. (nap)	Műteti idő (perc)	I. fokú szöv. (%)	II. fokú szöv. (%)	Anat. hiba
Idősek	36	2,3	2,3	154	13,9	2,8	5,5
Nem idősek	303	1,9	1,9	134	2,6	2,7	6,2

ta miatt) akkor indokolt, ha eredményessége eléri a konzervatív kezelést, ha a kedvező hatás hosszútávon is megmarad, továbbá ha a műtét morbiditása és mortalitása alacsony (nem vagy alig haladja meg a konzervatív kezelést). A műteti kezelés feltételei akkor adottak, ha az optimális műteti technika széles körben elérhető és alkalmazható. Vegyük sorra itt is az előnyöket és a hátrányokat!

A műteti kezelés előnyei:

- A refluxot megszünteti – akár savas, akár epés.

- Költséghatékony

Hátrányai:

- A háttérben meghúzódó motilitási zavar megmarad.

- Műtétet igényel (morbiditás, mortalitás).

- Sikeressége változó.

- A műteti kezelést számos operatív és postoperatív körülmény terheli, amelyek a beteg számára átmeneti hátrányt jelentenek: Conversio (<1%), postoperatív dysphagia (kb. 3%), ismételt reflux / reoperáció (kb. 2%).

Lássuk néhány frissebb adat alapján, hogy milyen a műteti kezelés eredményessége: Soper NJ. és mtsai 290 laparoscopus anti-reflux műtétet kezelt beteget átlagosan két éven át követve 74%-ban észleltek panaszmentességet.⁵ (Lásd I. táblázat!) Ez egyrészt természetesen egyben azt is jelenti, hogy a betegek egynegyedének a műtét után valamilyen panasza volt, másrészt nem szabad elfelejteni, hogy a jelenlegi szokások szerint műtétre éppen a minősítetten nehéz, olykor szövődményes betegek kerülnek, holott a műteti eredmények éppen akkor jók, ha a nyelőcsőben lényeges morfológiai károsodás még nem alakult ki. Ennél kedvezőbb eredményekről számol be egy másik vizsgálatban Pointer R., aki 305 laparoscopus antireflux műtét tapaszt-

alatát foglalta össze. Anyagában a műtétek morbiditása 5% volt (dysphagia, ismételt reflux) mortalitás nélkül. Állításuk szerint a betegek 97%-a 3 hónappal a műtét után azonnal ismét vállalná a műtétet⁴.

Brunt LM. és mtsai szerint a laparoscopus antireflux műtétek időskorban (65 év vagy felette) is hatékonyan és biztonságosan végezhetők⁶. (Lásd II. táblázatot!)

A III. táblázat 3 szerző (Levy MS. és mtsai Fuchs KH. továbbá Hunter JG.) anyagát összesíti a laparoscopus műtétek morbiditását és mortalitását illetően^{3,7,8}.

Ha a fentiek és saját tapasztalatom alapján megkísérlem összefoglalni, hogy mi a műteti kezelés javallata a gasztroenterológus szemszögéből, akkor a következő pontokat fogalmazhatom meg:

- Konzervatív kezelésre nem javuló esetekben. Ez az indikáció a betegek csak kis részére vonatkozik.

- A már kialakult szövődmények miatt.

- Egyszerűen a konzervatív kezelés helyett, annak alternatívájaként.

- Utóbbi pont, (tehát antireflux műtét alternatív kezeléséként) nyilván további pontosítást igényel.

- A konzervatív kezelést esetlegesen kiváltó műteti módszer leginkább a laparoscopus antireflux műtét lehet.

- A laparoscopus antireflux műtétek legeredményesebben azokban az esetekben végezhetők, amelyekben még a refluxot nem kíséri jelentős morfológiai károsodás.

- Lényegében ugyanez a betegcsoport (többnyire a viszonylag fiatal betegek) esetében váltható ki a leg-hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezelés annak minden egészségügyi és anyagi vonzatával együtt.

A gastroenterológus (máskor is, de ilyen esetekben különösen) részletes háttér

információt szolgáltatva, meg kell, hogy beszélje betegével mindkét kezelési mód előnyét és hátrányát. A döntés végső soron a betegé, hiszen ő vállalja az egyik vagy másik kezelést, annak morbiditását, mortalitását és persze költségeit is. Hozzá tartozik a kérdéshez azonban az is, hogy vajon sebészeink képesek-e az irodalomban közölt igen kiváló eredményeket elérni. Bizonyosan igen, ha a szakma specialistái megfelelő körülmények között elegendő tapasztalatot tudnak gyűjteni. Erre pedig az egyre fejlődő laparoscopus sebészet a garancia. A gasztroenterológusok náluk könnyebb helyzetben vannak, hiszen csak némi információ és egy recept blokk szükséges a konzervatív kezelés folytatásához. Ennek ellenére számomra úgy tűnik, hogy a gastro-oesophagealis reflux betegség kezelésében a „gyógyító” laparoscopus antireflux műteti kezelés egyre fontosabb helyet foglal el a jövőben a csak „rendben tartó” konzervatív kezeléssel szemben.

Irodalomjegyzék:

1. Dent J., Brun J., Fendrick AM., Fennerty MB. et al.: An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop Report Gut 1999; 44 (Suppl 2):1-16
2. Wittmann T., Banai J., Bálint A., Forgács A., Horváth Ö.P., Kiss J., Papp J. Tulassay Zs.: A GORB belgyógyászati kezelésének határterületei, a sebészeti kezelés kérdései Eur. J. Gastroenterol. Hepatol 2000; 4. 57-58
3. Fuchs KH., Feussner H., Bonavina L., Collard JM., Coosemans W.: Current status and trends in laparoscopic antireflux surgery: results of a consensus meeting: The European Study Group for Antireflux Surgery (ESGARS) Endoscopy 1997; 29. 298-308
4. Pointer R., Bammer T., Kamolz T.: Laparoskopische Sanierung der Refluxkrankheit Acta Austriaca 1999; 31. 133-7
5. Soper NJ., Dunnegan D.: Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery Ann Surg. 1999; 229. 669-77
6. Brunt LM., Quasebarth MA., Dunnegan DL., Soper NJ.: Is laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease in the elderly safe and effective? Surg. Endosc. 1999; 13. 838-42
7. Levy MS., Sorrels CW., Wagner CW., Jackson RJ. et al.: Evolution of modified Rosetti fundoplication in children Ann Surg. 1999; 229. 774-780
8. Hunter JG., Smith DC., Branum GD., Waring JP., et al.: Laparoscopic fundoplication failures. Patterns of failure and response to fundoplication revision. Ann. Surg. 1999; 230. 595-606
9. Lundell L., Dalenback J., Hattlebakk J., Janatuinen E., et al.: Outcome of open antireflux surgery as assessed in a Nordic multicentre prospective clinical trial. Nordic GORD-Study Group. Eur-J-Surg. 1998; 164(10). 751-7

III. táblázat: A laparoscopus antireflux műtétek morbiditása^{3,4,7,8}

● Anatómiai postoperatív hiba	(3,5 – 7%)
● Szövődmény	nyitott: 9% laparoscopus: 4%
● Dysphagia	(3,3 – 9%)
● Postoperatív hiatus hernia	(1,4 – 1,9 %)
● Tágítási igény	(0,5 – 2,1 %)
● Reoperatio	(2,3 – 2,5 %)
Mortalitás	0 – 0,15%