

OESOPHAGUS DİVERTİKÜLLERİNİN KLİNİK, DİAGNOZ VE TEDAVİSİ

İrfan Duygulu*
Hasan Solak****

Vedat İçöz**
Erdoğan Yalav*****

Gökalp Özgen***
İlker Ökten*****

Kliniğimize 1971 yılından 1976 yılına kadar 15 Oesophagus divertiküllü hasta yatırılmış, bunların diagnostik tetkikleri ve tedavileri yapılmıştır. Dokuz hastada cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Oesophagus divertiküllerinde uygulanacak tedavi yöntemi cerrahi olmakla beraber, araz vermeyen ve küçük divertiküllerde proflaktik tedbirlerle iktifa edilebilir.

Oesophagus divertiküllerinin oluş şekli, lokalizasyonu ve diagnostik değerlendirilmesine ait çalışmalar eski yıllara dayanmaktadır.

Mondier (1833), Rokitansky (1840) ve Kragh (1922)'de yapmış oldukları çalışmalarla, oesophagus orta kısmındaki divertiküllerin mediastenine tuberkülozlu lenf bezlerinin etkisi ile meydana geldiğini nekropsi bulgularıyla tanımlamaya çalışmışlardır.

Oekonomiedes (1882), Barret (1933), Johnstone (1949), Postlenhwait ve Sealy (1961) oesophagus orta kısmındaki traksiyon divertikülleri hakkında zaman zaman bilgi vermişlerdir.

Harrington (1949), Maier (1953), Cross, Johnson ve Gerein (1961), Gahagan (1962), Belsey (1963), Law ve Overstreet (1964) birbirinden ayrı olarak değişik yıllarda pulsion divertikülleri hakkında bildirimlerde bulunmuşlardır.

* D.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb - Damar Cer. Kliniği Öğ. Üyesi ve Kürsü Başkanı

** A.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb Cer. Kliniği Profesörü

*** D.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb - Damar Cer. Kliniği Öğretim Görevlisi

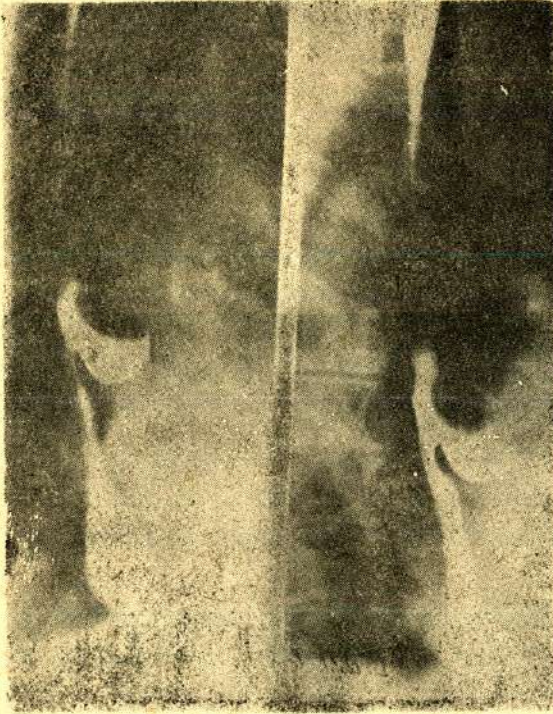
**** D.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb - Damar Cer. Kliniği Uzmanı Asistanı

***** A.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb Cerrahisi Kliniği Profesörü

***** A.Ü. Tıp Fak. Göğüs - Kalb Cerrahisi Kliniği Uzmanı

Goodman, Parnes (1952), Habein, Kirklin (1956), Allen ve Clagett (1965), Garcia, Bengochen ve Wooler (1972) achalasiaya'ya ilave olarak meydana gelebilecek olan oesophagial spazmın önemini belirtmeye çalışmışlardır.

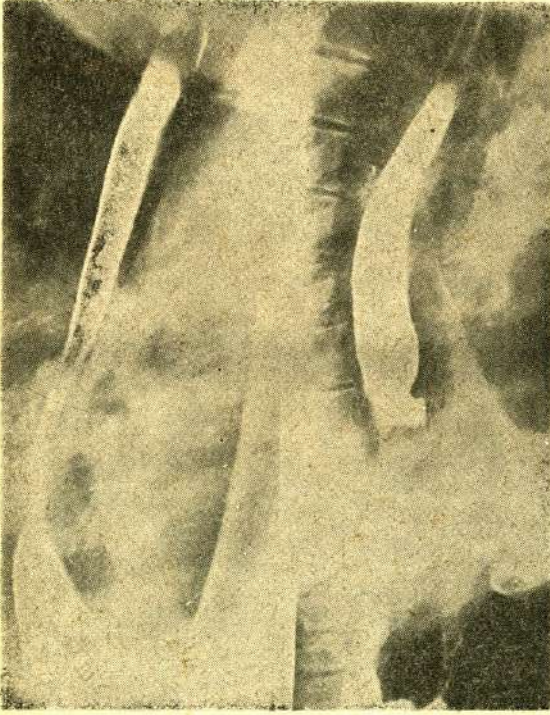
Harrington (1949), Goodman, Parnes (1952), Habein (1956), Allen ve Clagett (1965), Garcia (1972) Bruggeman, Seamann (1973) oesophagial muscular hypertrophy'yi tarif ederek tanımlamışlardır (2,9,10).



Röntgen Resmi : I. Özofagogramda torakal divertikül görülmektedir.

MATERYAL VE METOD

1971 den 1976 yılına kadar A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Kalb Damar Cerrahi Kliniğinde 15 hasta oesophagus divertiküllü nedeniyle tedavi edilmiştir. 15 vak'anın 2 si kollar, 7 bifürkal ve 6 epiphreneal divertikülden 9'u ameliyat edilmiştir. Büyük divertiküllerde tedavi metodumuz rezeksiyondur. 6 vak'ada bu metod tat-



Röntgen resmi : II Özofagogram da bifürkal divertikül görülmektedir.

bik edilmiştir. 2 vak'ada divertiküle sebep olan lenf bezleri çıkartılarak oesophagus duvarı sütürlerle takviye edildi. Bir vak'ada da torakotomi ile iktife edildi. 6 vak'a ameliyatı kabul etmediği için taburcu edildi. (Röntgen resmi I,II Thorakal Divertiküller görülmektedir).

Hastalarımızda yaş ortalaması 41 dir. En yaşlı hastamız 56, en genç hastamız da 32 yaşındadır. Hastalarımızın çoğunluğunu erkek hastalar teşkil etmektedir.

Vak'alarımızda regurjitasyon, dysphagie ve retrosternal ağrı semptomları tesbit edilmiştir. 6 vak'amızda ameliyat kapalı rezeksiyon metodu ile yapılmıştır. 2 vak'ada lenf bezi çıkarılarak duvar takviyesi tercih edilmiştir. Görüldüğü gibi vak'alarımızın çoğunda redikal cerrahi tedavi uygulanmıştır. Enfeksiyon tehlikesi nedeniyle kapalı metod tercih sebcbimiz olmuştur.

Postoperativ 1 vak'ada görülen cilt altı süpürasyonu dışında hiçbir komplikasyon müşahade edilmemiştir. Rezeksiyon tekniğinde ilk sıra dikiş için krome katgüt, ikinci sıra dikiş için de resorbe olmyan atravmatik dikiş materyali kullanılmıştır.

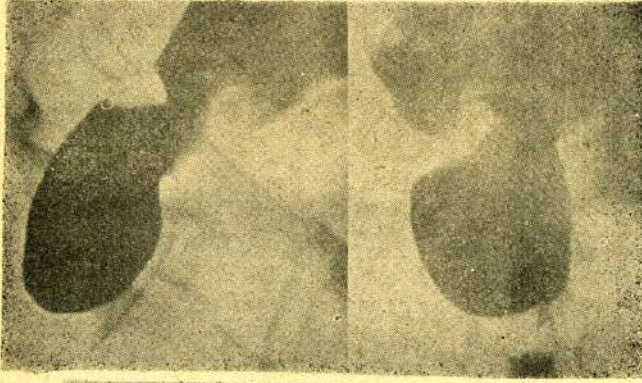
ÖZEĞAĞUS DİVERTİKÜLLERİ
(1971 - 1976)

TABLO I : 15 VAKADA SYMPTOMLAR, DİVERTİKÜL OPERASYON METOD VE KOPLİKASYONLARI GÖRÜLMEKTEDİR.

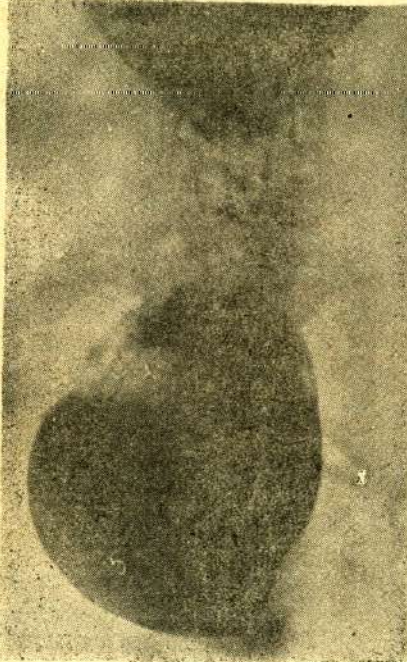
Vaka Prot.	Divertikül Yeri			Semptomlar				Op. Metod	Hasta sayısı	Post. Op Komplikasyon
	Kollar (Zenker)	Bifürkal	Epifrenal	Regir- jitasyon	Disfaji	Retros- ternal Ağrı	Diğer Semp- tomlar			
8338	-	+	-	+	+	+	-	Rezeksiyon	1	N
8537	-	-	+	-	+	+	-	Rezeksiyon	1	N
8736	-	+	-	-	-	+	+	-	1	-
9076	-	-	+	-	-	-	+	Rezeksiyon	1	N
9583	-	+	-	+	+	-	-	Torakotomi	1	N
9786	-	-	+	-	-	+	+	-	1	-
9883	-	+	-	-	+	+	+	Lenf bezi çıkarıldı	1	N
9901	-	-	+	-	+	+	+	Rezeksiyon	1	Cilt altı süptürasyonu
9904	-	-	+	-	+	-	-	Rezeksiyon	1	N
9908	-	+	-	-	+	+	+	Lenf bezi çıkarıldı	1	N
9910	+	-	-	+	-	-	-	-	1	-
10742	+	-	-	+	-	-	-	Rezeksiyon	1	N
10850	-	+	-	+	+	-	-	-	1	-
11021	-	+	-	+	+	-	-	-	1	-
11159	-	-	+	+	+	+	+	-	1	-
Toplam	2	7	6	7	9	10	7	Op+ 9	15	-
								Op- 6		

TARTIŞMA

Oesophagus divertiküllerinin klinik belirtileri başlangıçta karakteristik olmayabilir. Geçirilmiş olan bir hastalık döneminden sonra, klinik olarak semptomlarıyla değer taşıyarak dikkati çekebilir. Divertiküller semptomsuz seyredekte tesadüfen de tesbit edilebilir. Hayat boyu semptomsuz kalan divertiküllere ratslanmaktadır. Bu gibi vakalar çok defa nekropsî bulgusu olarak tesbit edilirler. Buna mukabil bazı vakalarda kuvvetli ve artan şikâyetler nedeniyle cerrahi girişim için indikasyon meydana gelebilir. Tüm hastalık tablosu, divertikülün nedeni, klinik belirtileri, hastalığın seyri dikkate alınarak değerlendirilir.



Röntgen resmi : III Zenker divertikülü, divertikülün boynu hizasında pasaj tıkanıklığına sebep olmuştur. (Derradan)



Röntgen resmi : IV Boyun Özafagusunda büyük pulsion divertikülü.

Oesophagus divertikülleri lokalizasyon ve meydana geliş mekanizmalarına göre tanımlanmalıdır. Lokalizasyon itibariyle kollar, bifürkal, epiphreneal meydana geliş mekanizmalarına göre de pulsion, traction ve fonksiyonel divertiküller olarak kısımlara ayrılmışlardır. Kollar oesophagus divertikülleri pulsion mekanizması ile meydana çıkarlar. Burada muhtelif sebeplerle meydana gelen yemek borusu arka duvarındaki zayıf noktadan hakiki bir musoca hernisi söz konusudur. Meydana geliş ve çıkış yeri Killian adalesi veya bazılarında göre ise Laimer üçgeni olarak söylenebilir. Anatomik olarak meydana gelmiş olan adale aralığı, oesophagustan geçen yemeklerle tedrici olarak büyümeye başlar. Bir süre sonra adale genişlemesi ve şişmesiyle mekanik bir engel de meydana gelebilir. Röntgen resmi III de görülüyor). Bilhassa yaşlı kimselerde adale tonusunun azalması oluş şeklini ve tesiri daha da artırır. Bu divertiküllerde (Zenker); musc. cricopharyngicus pars fundiformisi'nin spastik dysfunctionu aracılığıyla muscular bir inkoordinasyon suretiyle mucoza fitiği daha da büyür, yutma güçlüğü de bunun üzerine inzimam edince etki artar. Son zamanlarda pharyngo - oesophagal divertiküllü hastalarda, cricopharyngial myotomy'nin rolü de araştırılmıştır. Myotomy, postoperatif presiyonu tesirli bir şekilde azaltmakla beraber küçük divertiküller hariç, divertiküllere ait deformiteyi ve semptomları azaltabilmek için tek başına yeterli değildir (11,16).

Boyunda Strumektomie operasyonundan sonra perioesophagal teşekkül eden nedbe ve strüktürler oesophagus duvarını çekerek divertiküllere sebep olurlar ki, bu takdirde traksiyon mekanizmasından bahsetmek doğru olur. Pulsion divertikülleri pratik olarak oesophagusun her yerinde meydana gelebilirse de, Zenker divertikülü pulsion divertikülü olarak pharynx'in oesophagusla birleştiği yerde hudut divertikülü olarak isimlendirilir. Oesophagusun arka duvarında solda kıkırdak karşısında M. Constictor pharyngis geniş yerinden M. Cricopharyng's adalesine doğru uzanır. Oesophagus divertiküllerinin büyük çoğunluğunda pulsion mekanizmasını düşünebiliriz (Röntgen resmi III de görülüyor). Trachea bifürkasyon yüksekliğinde, oesophagusta divertiküller teşekkül edebilir. Umumiyetle klâsik anlamda traction divertikülleri diye isimlendirilir. Ekseriya mediastindeki Tbc. lenf bezlerinin oesophagus duvarını dışa doğru çekmesi ile oluşurlar. Şüphesiz ki çok ender vak'alarda görülmekle beraber operasyon nedbeleriyle oesophagusun çekilerek divertikülün oluşması söz konusu olabilir. Tbc. lenf adenitis nedeniyle lenf bezi divertiküle ve bronşa perfore olarak oesophago - bronchial fistüllerin meydana gelmesine sebep teşkil edebilir. Bununla beraber trachea bifürkasyon seviyesinde doku yapısını pulsion divertikülünü göstermiş olmasına rağmen burada lenf bezlerine ait iltihabi nedbelerinin infiltre olduğu oesophagus duvarını tracione ettiği söz konusudur. (2,11,14,16,18,19). (Röntgen resmi I de traction divertikülü görülüyor.)

Pressiyon divertiküllerinde fistül teşekkülünün sebebi yemek retansiyonu sebebiyle meydana gelen divertiküllerdir. Divertiküllerin oluşumunda ilk defa Ribbert, sonraları Nissen, Broce, Hausmann, Rueff ve Heiss'in ispatladıkları gibi oesophagus duvarının konjenital zayıflığı önem taşır. Bu görüş noktasından gidilerek anlaşılabilir ki, embriyonal hayatın ilk haftasında, yemek borusu ve trakeanın birbirinden ayrılmasının vuku bulduğu esnada bifürkasyon yüksekliğinin komplike inkişâf dönemi söz konusudur. Bu sırada oesophagusa ve trachea'ya ait konjenital anomaliler meydana çıkmasına sebep olabilecek durumlar söz konusu olup, sıklıkla oesophagusa ait konjenital anomalilerin de oturup yerleştiği bölgenin burası olması şayanı dikkattir. Böylece her iki organda da adale boşlukları duvar zafiyetine ait konjenital durumlar söz konusudur.

Çok defa bu bölgedeki adalelerin gelişmeleri de geri kalabilir. Bifürkal divertiküllerin küçük çocuklarda ve sıklıkla embriyonal hayata ait ayrılma bölgelerinde meydana gelişi bu hakikati biraz daha aydınlığa kavuşturabilir. Bu durum, muhtemelen embriyonal inkişâf esnasındaki şartlara uygun şekilde ortaya çıkmış olmaktadır. Epiphrenal divertiküllerde enderi nadirattan dahi olsa konjenital bir duvar zayıflığı sebebiyle meydana gelebileceği bugün için aşikâr bir şekilde söz konusudur. Bu divertiküller umumiyetle oesophagusun sağ tarafında oluşurlar ve sol toraks boşluğuna doğru büyürler. Derra ve arkadaşları epiphrenal divertiküllerin ender görülmesine rağmen konjenital olarak tanımlamışlardır. Alt intra oesophagial basınç etkisi ile büyürler. 5 - 6 yaşından evvel hemen hemen semptom söz konusu değildir. Divertikül büyüdükçe şikâyetler ve semptomlar artarak diağnoz koyma imkanları ortaya çıkar. Divertiküle muntazaman kardiospastik semptomlar refakat eder. Brunner'in tanımladığı şekilde epiphrenal divertiküllerde mucoza ve submucozanın zayıf adale bölgesinden prolapsusu söz konusudur. Bunlar Zenker divertikülleri gibi pulsiyon divertikülü olarak tanımlanırlar. Konjenital olmayanları ekseriye yaşlılarda ve erkeklerde meydana gelir. Bilhassa oesophagus iç basıncı kardiospazma bağlı olarak yüksekse kolaylıkla ortaya çıkabilirler. Kardiospazm ile ilişkisi tam anlamı ile izah edilmiş olmamakla beraber irritasyon gözden uzak tutulmamalıdır. Kardiospazm'ın Kaufmann, Kienböck, Rueff ve Heiss'e göre divertiküle bağlı innervasyon bozukluğu zemininde meydana gelmesi mümkündür. Fonksiyonel oesophagus divertikülleri sayıları ne olursa olsun klinik olarak hiçbir anlam taşımazlar. Fonksiyonel divertiküller innervasyon bozukluğu ile lokal adale gevşemesine sebep olurlar. Bununla beraber klinik semptom vermez ve herhangi bir şikâyete sebep olmayabilirler. Muhtelif manzarada multible görünüm verenlere rastlamak mümkündür.

Kollar divertiküllerin semptomatolojisinde mucoza irritasyonuna bağlı öksürük, sekret çoğalması, genel boğaz şikâyetleri esas plâni teşkil edebilir. Böyle semptom veren hastaları larynx ve ağız yönünden aylarca tedavi edildikleri bilinmek-

tedir. Fakat divertikülün büyümesine paralel olarak Şikâyetler aşikâr hale gelebilir. Şöyle ki, boğazda basınc hissi, hıccırık, regürjitasyon, kusmalar başlar. Çok defa divertikül kesesinde kalan gıda artıkları tiksindirici ağız kokusuna ve mucoza iltihaplanmasına sebep olurlar. Zamanla divertikül keseleri büyüyerek oesophagusa tazyik etmek suretiyle hastanın normal gıda almasını zorlaŐtırarak kilo kaybına, kaŐeksilere sebep olurlar. Hastalar yemek yeme esnasında boğazlarında intiŐar eden gluk tarzında kulağa gelen sestem dolayı Őik yet idirdiler ve müŐkül durumda kalırlar. Büyük divertiküllerde, biriken muhteviyat uyku esnasında solunum yollarına aspire olmak suretiyle pnömonilere sebep olabilirler. İleri derecede geniŐlemiŐ divertiküllerde ender dahi olsa inspeksiyonla, boyunda, divertikül tarafında tek taraflı ŐiŐlik görülebilir. Bazı kereler baŐ sahasında dolgunluk, solunum borusuna divertikülün yaptığı basınc neticesi solunum gücülüğü, recurrensin zarara uğraması, çok nadir dahi olsa Horner semptom kompleksi görülebilir ve bu Şikâyetler zamanla artar.

Bifürkal divertiküller sık görülmemekle beraber umumiyetle klâsik manada traksiyon divertikülü diye isimlendirilir. Bu durumlarda, enfekte lenf bezlerinin veya daha doğru bir deyimle tbc.lu lenf adenitli bezlerin oesophagus duvarını dışarı doğru çekmesi ile meydana gelir. Bu durumlarda oesophagobronchial fistüller meydana gelir. Komplike olmayan divertiküller nadir olarak dysphagia Őik yetlerine sebep olurlar. Bununla beraber hastalar retrosternal yanmadan, sternum arkasındaki basıncdan Őik yet idirdiler. Muhtemelen bu Őik yetlere oesophagitis ve oesophagus spazmı sebep olmaktadır. Burada ZENKER divertiküllerinde olduğu gibi hazmedilmiŐ gıdaların kusulması, tükrük ve burun ifrazatının artması, tahammülü zor ağız kokusu söz konusudur. Hastaların zaman zaman toraksta D5 - D6 sahalarında hissettikleri ağrılar, kuŐak tarzındaki romatizmal Şikâyetler olarak değgerlendirilir. Epiphrenal divertiküllerde bu Őik yetlerle beraber kardiospastik semptomlar da bulunur. Epiphrenal ve diğer divertiküllerde gıda retansiyonu neticesi iltihabi duvar deđiŐikliđi ve ülserasyonlar müşahade edilebilir ve maalesef irrite mucosa bölgesinde carsinom müşahade edilmiştir. Bununla beraber divertikülün içinde ülser teŐekkülü de mümkündür.

Kollar divertiküllerde diagnoz, tipik vak'alarda anamnez ve inspeksiyon olarak tesbit edilebilir. Böyle Őüpheli vak'alarda röntgen kontrolü altında birkaç yudum kontras madde içirilerek diagnoz katiyet kazanabilir. Fonksiyonel divertik llerle konstant divertiküller arasında diagnostik ayırım yapabilmek için BRACHT'ın tavsiye ettiği Şekilde muayeneden evvel ve sonra 30 mg. buscopan İ.V. olarak verilmelidir (11,12,13,16).

Differensiyel diagnostik olarak ta Plummer - Vinson sendromundan, oesophagusun peptik  lserlerinden, paraoesophagial apse boŐluklarından katiyetle ayrılma-

sı icap eder. Epiphrenal divertikül, kardiospasmdaki bir me gaosophagus ile muhtemelen de hiatus hernisi ile karışabilir. Bu takdirde hiatus hernisi söz konusu ise oesophagoskopi yaparak oesophagogramla değerlendirilmek suretiyle karar verilmelidir. Divertiküllerde perforasyon tehlikesi nedeniyle oesophagoskopi yapmak tavsiye edilmez. Oesophagogram pek çok vak'ada teşhis için yeterli olabilir. Manometrik çalışmalarla oesophagusa ait bifürkal divertiküller önceden kolaylıkla tesbit edilemezler. Bununla beraber divertiküllerde oesophagusun motor disfonksiyonundaki patolojiyi ortaya çıkaran çalışmalar yapılmıştır.

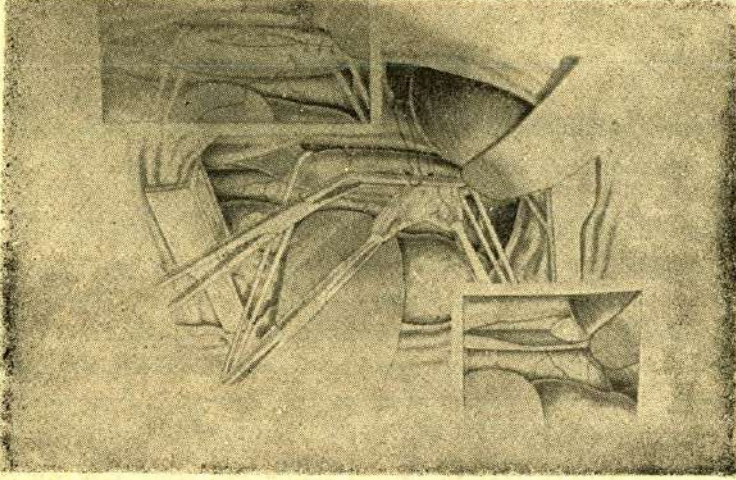
Yaşlı hastalarda Oesophagusun motor fonksiyonları önemli şekilde azalır. Santral ve periferik sinir sitemindeki düzensizlikler oesophagusun motor fonksiyonunu etkileyebilir. Oesophagus divertikülü şahıslardaki peristaltik pressiyon dalgalarının radial profilini tesbit etmek üzere çalışmalar yapılmıştır. Oesophagus divertiküllü hastalarda radial peristaltik pressiyon farkları divertikül bölgesinde 25 mmHg. aşabilir. En düşük pressiyon divertikül ağzı karşısında tesbit edilmiştir. Arızî peristaltik dalgalar arasındaki anormal dalga formları divertikülün hareketlerinin sebep olduğu dalgalarla ilgilidir. Bununla beraber diagnostik yönden oesophagustaki peristaltik pressiyonun radial dağılımını değerlendiren çalışmalar halen yeterli değildir. Flöroskopik gözlemlerle de en düşük pressiyona uyan ölçümün divertikülün karşısında olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber, düşük pressiyonlu bölgenin divertikülün inkişâfına veya sebebi olabileceğine dair çalışmalar henüz yeterli değildir. Peristaltizm esnasında geçici dahi olsa divertiküllerde düşük radial pressiyon dalgaları müşahade edilir. Bu bulgular yerel adale kontraktilite zaafının pulsiyon divertikülüne sebep olabileceğini gösterebilir. Bilindiği gibi oesophagus divertiküllü hastaların bri kısmında diffüz spazm, achalasia gibi oesophagial motor disfonksiyon şikâyetleri mevcuttur. Bu nedenler pulsiyon divertiküllerinin anormal oesophagial motor fonksiyonları neticesi olabileceğini meydana koymuştur. Bazen divertiküllü hastalarda 250 mmHg. basıncına ulaşan peristaltik pressiyon amplitüdlerini görmek mümkündür. Bu hipertansif peristaltik pressiyonların bazı hastalarda pulsiyon divertikülü sebebi olabileceğini düşündürmektedir. (1,3, 5,6,9,15,20,21,22).

Divertiküllerin tedavisi cerrahi olarak yapılır, küçük ve semptom vermeyen divertiküllerin cerrahi yolla rezeksiyonu söz konusu olmayabilir. Torasik cerrahinin bugünkü modern duruma gelmediği dönemlerde tek zamanlı rezeksiyon metodu yerine muhtelif cerrahi metodları denemiştir.

Sauerbruch iki zamanlı operasyonu tatbik ve tavsiye etmiştir. Goldmann divertikül boynunun bağlanması (Goldmann Metodu), Mayo, Lahey'e göre divertikül kesesinin yönü ve istikametini değiştirerek ve ikinci bir seansta da keseyi çıkarmak bugün için ancak tarihi kıymeti olan metodlardır. Divertikül kesesinin fundusu'nun

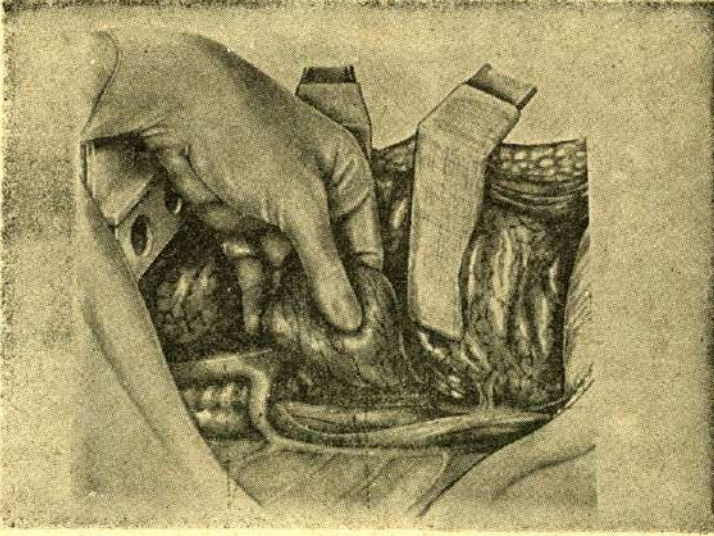
yerini değiştirerek yukarıya doğru fikse etmenin de ancak tarihi bir kıymeti kalmıştır.

Evvelce bilhassa yaşlı hastalarda palyatif metodlar ve iki zamanlı operasyon tavsiye edilmekte idi, bugün modern toraks cerrahisinin yardımı ile tek seansta rahatlıkla, radikal operasyon (Rezeksiyon) yapmak mümkündür. Kollar divertiküllerde, oesophagoskop aracılığı ile K.B.B. uzmanları tarafından tatbik edilen palyatif cerrahi metodlar kesinlikle reddedilmektedir. Bu girişim esnasında doğabilecek komplikasyonları (kanama) düzeltmek imkânı hemen hemen yoktur. Böyle bir komplikasyon zuhur etmese bile, residiv mutlaka görülür. Bugün, artık bütün divertiküllerde tek zamanlı rezeksiyon ideal tedavidir. Kollar divertiküllerde sert yemekler boğazda takılıyorsa, boğazda dolgunluk ve basınç hissi varsa, birikmiş gıdalar dışarı geliyorsa, solunum yollarına aspirasyon tehlikesi varsa, fetit bir koku mevcut ise böyle durumlarda absolut bir operasyon söz konusudur. Bu hastalar esasen perforasyon, kanama, carsinom teşekkülünün tehdi altında bulunurlar.



Resim : I. Epifrenal Özafagus divertikülünde kapalı rezeksiyon usulünün uygulanışı (Brunner'den)

Kollar divertiküllerde cerrahi giriş yolu boynun sol tarafıdır. Rezeksiyon klemp koyarak kapalı metodla yapılabilir. Bu takdirde infeksiyon ve mediastinitis önlenabilir. Açık rezeksiyonlarda residiv görülmemekle beraber enfeksiyon tehlikesi mevcuttur. Mucosa Connel tekniği ile separe ve kontinu sütürlerle gömülebilir. Torakal kısımdaki divertiküllerde (bifürkal) olanlarda oesophageal bronchial fistül tehlikesi mevcut olup divertikül büyükse ve klinik şikâyetler mevcutsa cerrahi tedavi endikasyonu mevcuttur. Bugün yaşlı hastalarda dahi rezeksiyon yapmak imkânı mevcuttur. Büyük epiphrenal divertiküllerde kardiospazm ve reflüks, oesophagitis beraber bulunursa cerrahi tedavi indikasyonu vardır. Ayrıca



Resim : II Epitrenal divertikülde rezeksiyon hududu görülüyor (Derra'dan).

diğer divertiküllerde olduğu gibi kanama, ulcus ve carsinom tehdidi cerrahi müdahale için yeterli sebeplerdir. Hasta yaşlı olmasına rağmen sistem muayenelerinde herhangi bir komplikasyon söz konusu değilse rahatlıkla cerrahi tedavi uygulanabilir. Büyük epiphrenal divertiküllerde kardiospazmla beraber diğer şikâyetleri de ortadan kaldırmak için rezeksiyonla beraber aynı seansta Gottstein - Heller (Kardiomyotomi) yapmak en iyi usül olduğu kanısındayız. (Resim I ve II de Epiphrenal Divertikülde reseksiyonun uygulanışı görülüyor.)

De Bakey ve diğer bazı otoriteler tarafından tavsiye edilen kardiya rezeksiyonu ile beraber divertikülü taşıyan oesophagus kısmının kesilip atılması kardiyanın kaybindan ötürü meydana gelecek reflüks oesophagitis dolayısıyla memnuniyet verici sonuçlar vermemiştir. Bununla beraber oesophagusun divertikül dışında kalan kısımlarının da ileri derecede iltihaplandığı vakalarda bu metodun uygulanmasının faydalı olacağı kanısındayız. Cerrahi tekniğin bugünkü modern durumda divertikülopeksi veya divertikülogastrostomi gibi operasyonlar önemini kaybetmiş, daha doğru bir deyimle bugün için tatbik sahası kalmamıştır.

Derra tarafından bildirildiği gibi, mide asid ifrazatının divertiküle geçmesi ile hemorajik oesophagitisler meydana gelir. Bu metodla opere ederek tedavi ettiği bir vak'asında, postoperatif dönemde hiçbir komplikasyon olmadan şifa ile netice bulmuş olmasına rağmen kısa bir süre sonra abondan bir hematemezle hasta kaybedilmiştir. Yapılan otopside ölüm sebebi, yalnız hemorajik iltihaplı bir divertikülitis olarak tesbit edilmiştir. Biz de Derra ve arkadaşların belirttiği gibi bu operasyon metodunun lüzumsuzluğuna inanmaktayız. Servikal ve torakal divertiküllerle ameliyat esnasında divertikülün bulunmasında güçlük olabileceğini he-

saba katarak Farenksten geçirilmiş olan drenden 50 - 100 cc.lik hava istile etmek uygun bir işlemdir. Postoperativ devrede hasta transnasal olarak yerleştirilen sonda ile barsak peristaltik hareketleri başladıktan sonra azar azar sulu gıdalarla beslenmeye başlanır. Bununla beraber postoperativ ilk günlerde ağız yolu ile hiçbir şey vermemek te şayanı tavsiyedir. Ameliyat esnasında operasyon sahasına işler vaziyette iyi bir dren koymaya önem vermelidir. Böylece küçük bir sütür kifâyet-sizliği olduğu takdirde, ikinci bir müdahaleye lüzum hasıl olmadan etkili olarak kapanmasını temin etmek çok defa mümkündür. Bu drenaj umumiyetle bir hafta kadar kalabilir. Bizim ve çeşitli diğer görüşlerin kritiğine göre hastaların değerlendirilmesinde kollar divertiküllerde, troakal divertiküllere nazaran komplikasyon daha az görülmektedir. Şöyle ki, bifürkal ve epiphrenal divertiküllerin rezeksiyonunda kollar divertiküllere nazaran komplikasyon iki mislidir. Komplikasyonları şöylece sıralayabiliriz : Dikiş kifâyetsizliği, stenoz, pulmoner komplikasyonlar (Pnömoni, kollaps, hematoraks, mediastinal emphisem, akciğer infarktüsü), recürrens parazisi ve yara infeksiyonudur (2,4,7,8,14,17).

Çeşitli görüş noktalarımızdan gidilerek, hastalarımızdan elde ettiğimiz tecrübelerle istinaden kapalı rezeksiyon metodunda postoperativ komplikasyon hemen görülmeceği kanaatindeyiz. Kollar divertiküllerdeki komplikasyonların torakal divertiküllerdeki komplikasyonlara nazaran daha az tehlikeli olabileceği kanısındayız. 1971 yılından beri rezeksiyon metodu ile opere ederek tedavi etmiş olduğumuz vakaların hiçbirinde, yapmış olduğumuz oesophagogram kontrollerinde residiv görülmemiştir. Kapalı rezeksiyon metodu uygulamış olmamıza rağmen, residivin görülmemesi dünya literatüründe bu metodla residiv tehlikesinin insidensinin sıklığından bahsedilmiş olmasından dolayı calibi dikkat ve sevindiricidir.

Vak'alarımızın hiç birinde, pulmoner ve dikiş insüfizansı yönünden komplikasyon görülmemiştir. Opere vak'alarımızın hepsine nasogastrik tüb tatbik edilmiş ve ilk üç postoperativ günde paranteral yoldan beslenmiş dördüncü postoperativ günden itibaren nasogastrik sonda yoluyla sulu gıdalar verilerek fizyolojik gıdalanma yoluna geçilmiştir. Opere vak'alarımızın hepsinde bir hafta süre ile geniş spektrumlu antibiotik verilmesi asla ihmal edilmemiştir. Yaptığımız literatür taramalarının ve şahsi tecrübelerimizin ışığı altında şunu belirtmek isteriz ki, hastalarda subjektif şikâyetler fazla ise ve divertikül büyükse 60 ın üzerindeki yaş durumunda dahi bugünkü modern cerrahi metodlarla rezeksiyon yaparak tedavi yolunu tercih etmek uygundur. Kollar divertiküllerde müdahale, torakal divertiküllere nazaran daha kolay ve daha az komplikasyonludur (2,11,12,14).

Postoperativ takip ettiğimiz hastaların hiçbirinde yeniden subjektif vikâyetlerin ortaya çıkmamış olması ve residivlerin görülmemesi, kanımızca kapalı rezeksiyon metodunun geçerli olacağını tanımlamıştır. Yazımızla, bu konuda çalışan meslektaşlarımıza ışık tutabileceğimiz kanısındayız.

Ö Z E T

Oesophagus divertiküllerinin başlangıçta klinik tezahüratı karakteristik ve aşikâr olmayıp, hastalık uzun bir süre devam ettikten sonra anlam kazanabilir. Çok defa divertiküller tesadüfen teşhis edilebilirler ve hayat boyu da semptomsuz kalabilir. Erken semptomlar karakteristik olmayıp komşu organların hastalıkları ile karışabilir.

Diğer taraftan cerrahi bir müdahaleyi icap ettirecek kadar kuvvetli ve artan şikâyetler mevcut olabilir.

Pek çok operasyon metodları içerisinde Kollar ve Thorakal divertiküller için tek zamanlı separe sütürle kapalı rezektion en iyisidir.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinik, Diagnose Und Behandlung Der Speiseröhrendivertikel

Die klinischen Erscheinungen eines Speiseröhrendivertikels können anfangs uncharakteristisch und gering sein, so dass sie oft erst nach längerem Krankheitsverlauf richtig gedeutet werden. Vielfach werden Divertikel nur zufällig entdeckt und bleiben zeitlebens symptomlos. Die Frühsymptome sind oft uncharakteristisch und können zu Verwechslungen mit Erkrankungen der Nachbarorgane Anlass geben. Anderer können sie aber auch starke und zunehmende Beschwerden verursachen, so dass die Indikation zu einem chirurgischen vorgehen gegeben ist.

Unter den zahlreichen Operationsmethoden hat sich für die kollaren und thorakalen Divertikel die einzeitige schrittweise geschlossene Resektion am besten bewährt.

L İ T E R A T Ü R

- 1) BRUGGEMAN, L.L., SEAMAN, N.B. : Epiphrenic Diverticula. An Analysis of 80 Cases. Am. J. Roentgenol. Radium MD Nucl. Med. 119 : 266, 1973.
- 2) BRUNNER, A. : Allgemeine und spezielle und spezielle Chirurgische Operationslehre. Berlin - Heidelberg - New York. 6/1. 1977.
- 3) CLARCK, MD, RINALDO, Jr. J. A., EYLER, W. R. : Correlation of Manometric and Radiologic Data from the Esophagogastric. Area. Radiology, 94 : 261, 1970.
- 4) DE BAKEY, M.E., and D. A. COOLEY : Palliative resection for Carcinoma of the Esophagus. Arch. Surg. 66 : 781, 1953.

- 5) DODDS, W. J., STEF, J. J., HOGAN, N. J., HOKE, S. E., STEWARD, E. T. ARNDORFER, R.C. : Radial distribution of esophageal Peristaltic Pressure in Normal Subjects and Patients with Esophageal Diverticulum. *Gastroenterology*, 69 : 584, 1975.
- 6) ELLIS, F. H. Jr., SCHLEGEL, J. F., LYNCH, V. P. : Cricopharyngeal Myotomy for Pharyngoesophageal Diverticulum. *Ann. Surg.* 170 : 340, 1969.
- 7) GOTTSTEIN, G. : Weitere Fortschritte in der therapie des chronischen Kardiospasmus. *Längenbecks Arch. Klin. Chir.* 100 : 703. 1912.
- 8) HELLER, E. : Extra muköse kardioplastik beim chronischen Kardiospasmus mit Dilatation des Oesophagus. *Mitt. Grenzgeb. Med. U. Chir.* 27 : 141. 1913.
- 9) KAYE, M. D., SHOWALTER, J. P. : Manometric Configuration of the lower Esophageal Sphincter in Normal human Subjects. *Gastroenterology* 61 : 213, 1971.
- 10) KAYE, M. D. : Oesophageal Motor Dysfunction in Patients with Diverticula of the Mid. thoracic Oesophagus. *Thorax*, 29 : 666 1974.
- 11) KILLIAN, H. : Die Chirurgie der Speiseröhre. In : *Die Chirurgie*, Bd. V : Die Chirurgie der Brust, Hrsg. von M. KIRSCHNER und O. NORDMAN, Berlin und Wien : Urban und Schwarzenberg 1941.
- 12) NISSEN, R. : Irreführende Symptome grossen Divertikel des zervikalen Oesophagus. *Medizinische* 1955, 1941.
- 13) NISSEN, R. : Oesophagus. In : *Lehrbuch der Chirurgie*. Hrsg. von H. HELLNER, R. NISSEN und K. VOSSSCHULTE, Stuttgart : George Thieme 1957.
- 14) NISSEN, R. : Speiseröhre. In : *Handbuch für Thoraxchirurgie*. Hrsg. von E. DERRA, Bd. III. Berlin - Göttingen - Heidelberg : Springer 1958.
- 15) PRIEST, R. J., Lam, C. R. : Pseudodiverticulum of the esophagus Associated with Cardiospasm. *Gastroenterology*, 25 : 393, 1953.
- 16) RUÈFF, F., R. BEDACHT und H. PELZL : Klinik und Therapie der Speiseröhren divertikal. *Chir. Praxis* 14 : 215, 1970.
- 17) SAUERBRUCH, F. : *Chirurgie der Brustorgane*. Berlin : Springer 1925.
- 18) SAEGESSER, M. : *Spezielle Chirurgie*, Beru und Stutgart : Hans Huber 1957.
- 19) SAEGESSER, M. : *Spezielle Chirurgische Therapie*. Bern. Stutgart, Wien : Hans Huber 1972.
- 20) WELSH, G. F., PAYNE, W. S. : The Present Status of One - Stage Pharyngo - Esophageal Diverticlectomy (Symposium of Surgery of The Chest) *Surg. Clin. North. Am.* 53 : 953, 1973.
- 21) WINANS, C. S. : Manometric Asymetry of the lower Esophageal High Pressure Zone (Abstr.) *Gastroenterology* 62 : 830, 1972.
- 22) WINANS, C. S. : The Pharyngoesophageal Closure Mechanism : A Manometric Study, *Gastroenterology*, 63 : 768, 1972.