

Nyelőcsősebészeti perspektívák

The future of esophageal surgery

dr. Kosits Lajos

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet

lkotsisdr@gmail.com

Initially submitted September 12, 2018; accepted for publication October 18, 2018

Abstract

The inaugural congress of the new International Society of Diseases of Esophagus was held at Tokyo in 1980 in the famous Kaidanren- Kankan building, near to the Imperial Palast. The new perspective of esophageal surgery was discussed in 15 session, among them karcinóma of cervical esophagus, complications (including late complications of coloesophagoplasty prophylactic parenteral hyperalimentation, achalasia, benign diseases, bleeding esophageal varices, karcinóma (including Barret type), hiatal hernia, and a grandious video session

Kulcsszavak: történelem, konferencia, nyelőcsősebészet, japán sebészet

Keywords: history, conference, esophageal surgery, Japanese surgery

A nyelőcsősebészet iránti egyre nagyobb érdeklődést a prágai (1970), San-remoi (1971), hallei (1971) nemzetközi kongresszusok jelezték, sőt egy kongresszusra Déván (1973) is sor került.

Tokióban, 1980-ban következett be a modern nyelőcsősebészet első nagy pillanata. Nem véletlen, hogy éppen az utolsó negyedszázad nyelőcsősebészetét döntően befolyásoló, műtéti eredményei, elméleti munkássága révén világszerte ismert K. NKAYAMA professzor vállalkozott a nyelőcső betegségeket tanulmányozó nemzetközi társaság létrehozására. Évek óta megnyilvánuló reális igény nyert így szerencsés betetőzést.

Tokyo pénzügyi negyedében az Otemachi szívében, a császári rezidencia közelében fekvő impozáns Kaidanren-Kaikan 11-13. emeletén lebonyolított Kongresszus szervezőit az az alig leplezett szándék vezette, hogy 5 főtema kapcsán, minél átfogóbb képet kapjanak a résztvevő országokban folyó nyelőcső-sebészeti tevékenységről. Cseppet sem toladó módon, új utakat fészegető előadásokkal ők mindenütt jelen voltak

A megnyitó beszédet a Társaság elnöke K. NAKAYAMA tartotta, jórészt a japán grafikába ágyazódó, de a legmerészebb kollázs technikát sem nélkülöző dekoráció révén különös hangulatú főteremben. Vázolta azt a rövid, de annál látványosabb fejlődést, amely a nyelőcsősebészet utolsó két évtizedére jellemző. Energikus, tervekkel teli egyénisége, mit sem engedett sejtetni valós életkoráról.

A három teremben lebonyolított 15 szekció előadásainak követésében az a figyelemreméltó kezdeményezés is közrejátszott, hogy a szóban forgó előadás egész időtartama alatt az előadás címét és az előadó nevét egy különálló vászonra kivetítették.

A cervicalis nyelőcső carcinomával foglalkozó ülés kiváló technikai készséget feltételező előadásai, az angolszász gyakorlattól eltérően azt igazolták, hogy a besugárzás mellett, a másik járható út a radikális larynx és nyelőcső kiirtás. Elsősorban ázsiai (japán, Hon-kong-i, maléziai, stb.) szerzők vonultattak fel ilyen lokalizációban nagy anyagnak számító, 100 körüli esetszámú szériákat. Úgy tűnik, a némi visszatetszést keltő thoracotomia nélküli nyelőcső kiirtás éppen cervicalis elhelyezkedésű daganatok esetében nyert végleges polgárjogot. Többen bizonyították, hogy megfelelő technikával a nyelőcső érintetlen intrathoracalis

szakaszának eltávolítására ez a módszer semmivel sem kockázatosabb, mint a plusz időt és megterhelést jelentő mellkas megnyitású eljárás. Az előadók szinte egyöntetűen, pótlásra csövesített gyomrot alkalmaztak. A műtét egyetlen, esetenként annál több gondot jelentő anastomosisa: a pharyngo-gastrostomia minél biztonságosabbá tétele érdekében SUGIMACHI gyomorső meghosszabbításos, JIANNAI az anastomosisra kerülő gyomorvég vérellátását növelő technikát ismertetett. Noha a japánok (NAKAYAMA, OWADA) a cervicalis nyelőcső izolált szabad bélszakaszos pótlásának kidolgozói közé tartoznak, érdekes módon erről a lehetőségről a Pádúai Sebészeti Klinikáról hangzott el kedvező kicsengésű előadás.

A nyelőcsőcarcioma kombinált kezelésének szentelt szekcióban, a preoperatív sugárterápiát az előadók többsége hasznosnak vélte, egyedül KINOSHITA volt tartózkodó. A profilaktikus műtét utáni besugárzást illetően KASAI 79,0%-os 5 éves túlélésről számolt be nyirokcsomó metasztázisok nélküli, laphám karcinómás eseteiben, ezek jelenlétében viszont a besugárzás eredménytelennek bizonyult.

A nyelőcső sebészeti szövődeményeket tárgyaló ülés előadásainak egy része az intrathoracalis anasztomózis elégtelenség kezelése, a posztoperatív tüdőszövődmények kialakulása köré csoportosult. MURAKAMI a vagusok, bronchialis plexusok és nyirokkeringés, másfelől a tüdőszövődmények kifejlődése közti összefüggésről értekezett. A vastagbeles nyelőcsőpótlás késői szövődeményeinek bemutatása, közel 150 műtetre támaszkodó előadásomra hárult, szervesen egészítve ki az erről a pótlási lehetőségről – eredményeiről kialakuló összképet.

Kitérőként annyit szeretnék itt megjegyezni, hogy mi sem jellemzőbb a japán nyelőcsősebészet dimenzióira, hogy ámbár világhírüket a gyomorral végzett nyelőcsőpótlással alapozták meg, egyesek, mint pl. WADA, kizárólag colonnal pótolnak.

A profilaktikus parenteralis hiperalimentációnak, a hosszú mellúri drénezésnek, sőt a gépi anasztomózisoknak egyaránt, itt is voltak hívei (PERACCHIA). A tüdőszövődmények megelőzésében a korai endotrachealis leszívás fontosságára és különös képen a késedelem nélküli respirator és oxigénterápiára hívták fel a figyelmet.

Az achlasia kezeléséről (myotomia, pneumatikus tágítás), az ezek után kialakuló reflux megítélésére, kezelésére helyeződött át a hangsúly, hiszen eshetősége még SIEWERT anyagában is 15-25% között ingadozott. SATO, klinikai formáin belül a vigorosus achalasia elkülönítését terápiás vonatkozásai miatt tartotta fontosnak. HATAFUKU előadása nem oszlatta el a kételyeket a felől, hogy vajon a nevéhez fűződő műtét egyúttal reflux gátló hatással is rendelkezik? Igazat kell viszont adni MONTORSINAK abban, hogy az achalasia talaján kialakult megaesophagus sebészetében, a myotomia helyett a rezekciónak és a különféle típusú rekonstrukcióknak van helye.

A benignus kórképekről tartott szimpóziumon SIEWERT nagy anyagra (116 beteg) támaszkodva azt hangoztatta, hogy a peptikus sztenózis prognózisát az alkalmazott kezelés kevésbé, annál inkább a sztenózis mértéke befolyásolja. A konzervatív kezeléshez (cimetidin+tágítás) 18 esetben, a többiben Nissen típusú funduplicatiohoz folyamodott, 78%-ban sikerrel.

A vérző nyelőcső varixról INOUCHI számolt be. Tekintettel a japán betegek döntően postnekrotikus cirrhosisára, az ezekben az esetekben eredménytelen porto-cavalis shunt helyett a nevéhez fűződő v.gastrica sinistra-cava shunttel ill. direkt varix megszakításos műtétekkel foglalkozott,

A nyelőcső karcinómáról Lortat-Jacob egyik tanítványa, GIULI tartott referátumot 2400 (több intézet) műtött retrospektív értékelése alapján. Véleménye azok táborához fűzte, akik a prognózis javítását a minél kiterjesztettebb rezekcióban vélik megtalálni, akár cardia-tumorer esetében is. A másik előadó, SATO a kombinált kezelés szükségességét, kétségbevonhatatlanul – melyben a pre- és posztoperatív besugárzás mellett a kemo- és immunoterápiának is helye van – a kórkép természetéből vezette le. A felfedezéskor az esetek kétharmadában előrehaladott karcinóma prognózisát egyetlen műtéti eljárás sem képes, önmagában, kellő mértékben javítani.

A nyelőcső varixal foglalkozó előadások közül különösen HOSHINO ütött meg kritikus hangot. Kifejtette, hogy míg szpleno- renalis shunt után a májkóma, addig a nyelőcső vagy fornix transectió ill. kiterjesztett

cardia rezekció után a vérzés recidiva a fő gond. A többi előadó a szklerotizálás, a transmuralis ligatura és funduplicatio vérzéscsillapító értékéről (SIEWERT) és a cirrhotikus ascites kezelésének új útjairól (cseplez ill. ileum kacs extraperitonizálással) értekezett.

A hiatus herniával és következményes reflux oesophagitissal foglalkozó 8. ülés kevés kétséget hagyott afelől, hogy a funkcionális tesztek (manometria, savclearance, 24 órás Ph mérés, stb.) igénybevétele nélkül semmi érdemlegeset nem lehet ma már állítani. Eredeti hiatus anteposíciós műtétet ismertetett MAMMONI a La platai egyetemről. ZANINI az ulcus betegséghez társuló reflux műtét előtti felismerésének szükségességét hangoztatta.

Fontosságához illően a nyelőcső carcinomával három szekció is foglalkozott. Csak sajnálni lehet, hogy a hazai gyakorlatban az ér és nyirokút invázióról ritkán látni szövettani információt. Pedig éppen ilyen körülmények között gyakori a távoli metasztázis, műtét utáni kemoterápiát igényelve. MISUNOMA különösen a multifokális differenciálatlan karcinóma prognózisát találta rossznak. IISUKA a fali infiltráció mélysége, a nyirokcsomó, valamint az intramuralis metasztázisok és az 5 éves túlélés közötti összefüggést boncolgatta. A láchám karcinóma differenciálsági foka a túlélést alig befolyásolta, viszont az anaplasticus karcinómások egyike sem érte meg az 5 évet. SIEWERT a Barret oesophagus talaján fellépő adenokarcinómák gyakoriságáról, KABUTO a kuratív és palliatív rezekcióval elérhető 5 éves eredményekben mutatkozó szignifikáns eltérésekre (32% - 3%) mutatott rá. A korai endoszkópos diagnózisban a jódinis ecsetelés (SHANO), a mélységi infiltráció megítélésében a szubmukográfiától (TSUBOI) várható előrelépés. A távoli, műtéti technikát módosító u.n. jumping nyirokcsomó metasztázisokról SHANNOHE számolt be. RAVASI 92, PKS - elvégzett gépi nyelőcső anasztomózist ismertetett. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy 9 esetben már műtét alatt felismerhetően a varratsor elégtelen volt, a műtéti mortalitás 9,7%-ot tett ki.

A disztális nyelőcső kiirthatatlan tumoros elzáródásaiban legtöbbet nyújtó palliatív, Y kacsos áthidalásról 51 ilyen műtét kapcsán azt igyekeztem bizonyítani, hogy ez a megoldás a műtéti halálozás szempontjából sem előnytelenebb, mint az intubáció. A funkcionális szempontok tiszteletben tartását ilyen körülmények esetén is, NAKAYAMA figyelemre méltónak találta.

A filmgála alkotásai méltóak voltak a Világkongresszus színvonalához. Különös színfoltot jelentettek ezek között is a japán filmek oktató, tudományos értékük és technikai színvonaluk különleges ötvöze. Noha Mc KEOWN maga nem volt jelen, a nyelőcső karcinóma diagnosztikájával és sebészi kezelésével foglalkozó filmje bemutatásra került. Az ő módszerével vetített filmet CURTO CARDUS is. ENDO (Tokyo Women's Medical College) a már klasszikusnak minősíthető antethoracalis Nakayama típusú műtét 880 tovább módosított változatával, valójában már a múltat képviselte. A többiek az egyszakaszos rezekció és pótlás (gyomor ill. bél) intrathoracalis híveinek bizonyultak. Közülük is felejthetetlen volt AKIYAMA – a jelenlegi nyelőcsősebészet talán legsokoldalúbb egyéniségének – vetítése az általa kidolgozott új gyomor-csővesítési, pótlási eljárásról. A betegség természetéhez legmesszemenőbben simuló koncepciója mellett, ez utóbbi is közrejátszott abban, hogy az eddigi legjobb eredményeket messze túlszárnyaló 1,8%-os műtéti halálozásról számolhatott be. Személyében a japán és nem csak japán nyelőcső-sebészeti iskola staféta botja méltó kezekbe került.

A japán vendégszeretben NAKAYAMA professzor csendes-óceáni villájában eltöltött pár óra, a jövő század „szép új világ”-i változatában a Ginza káprázatos esztétikája, a japán hazaszeretbe Akiyama elejtett szavai engedtek némi betekintést.

A Kongresszus kevés kétséget hagyott afelől, hogy a nyelőcsősebészet fejlődése új korszak kapujába érkezett.

A Társaság első két évtizedének kongresszusait a tokiói Toranomon Hospital rendkívüli team-jének (Aiyama, Tsurumaru, Udagawa) 3 mezős lymphadenectomiája és az adjuváns kemo-radioterápia uralta. Az alakuló kongresszus előjelzései, kevés kivételtől eltekintve, beigazolódtak. A funkcionális szemlélet vált uralkodóvá. Akiyama, DeMeester, Pearson, Orringer, Gersic, Siewert, Pinotti, Lerut, Bonavina

tevékenysége látványosan kiteljesedett. A nyelőcső perforációk területén a magyarok új koncepcióval jelentkeztek. A 2000-es évek óta, az endoszkópos sebészeti technika egyre nagyobb teret hódít. A fejlődés töretlen.