

ПОЕМ

Златен стандарт в лечението на ахалазия



г-р Никола Боянов,
гм^{1,2}

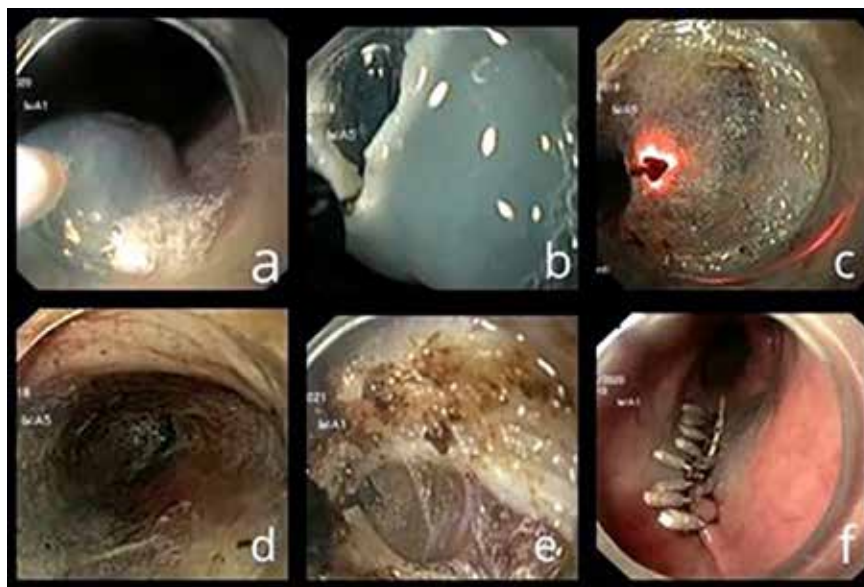
¹Медицински симулационен тренировъчен център, МУ-Пловдив

²Отделение по гастроентерология, УМБАЛ "Гълмед" ООД, гр. Пловдив

Ахалазията е рядко неврогенеративно заболяване, характеризиращо се с нарушение на перисталтика на хранопровода, невъзможност за релаксация на долния езофагеален сфинктер (ДЕС) и вторично развитие на мегаезофаг. С приблизителна честота 1.6 на 100 000 годишно и болестност 10:100 000, ахалазията засяга хора в младата възраст с еднаква честота при двата пола^[1,2].

Етиологията на заболяването остава неизяснена. Има няколко теории за развитието на първичната ахалазия. Обсъждат се аутоимунна и вирусна генеза, както и генетична предиспозиция^[3]. Патогенетично болестта е свързана с нарушение на вътрешна и външна инервация на хранопровода. Хистологично е установен намален брой до пълна липса на ганглионарните клетки на плексус миентерикус. Налице е дегенеративен процес с инфилтрация на лимфоцити и еозинофили в 100% от случаите, както и плазмоцити и мастоцити при някои пациенти. Това води до заместване на нервните влакна на плексус миентерикус с цикатрициална тъкан, най-вече колаген^[1,4]. Намален е и броят на нервните клетки в горзалните моторни ядра на n. vagus и каудалната част на nucleus ambiguus^[1].

Клиничната картина се състои от езофагеална и екстраезофагеална симптоматика. Прогресиращата



Фигура 3: Стъпки в извършване на ПОЕМ: а) Инжектиране на високомолекулярен разтвор; б) създаване на линеарен мукозен разрез; в) създаване на субмукозен тунел; д) готов субмукозен тунел; е) миотомия; ф) затваряне на входното отворстие с помощта на клипсове.

дисфагия е най-честият симптом и се проявява при до 97% от пациентите^[5]. Регургитацията е вторият най-често срещан симптом. Понякога пациентите сами предизвикват повръщане, като съдържимо се състои от несмяна храна без стомашен сок^[6]. Гръдната болка се среща при повече от половината пациенти с ахалазия, като е по-характерна за по-млади пациенти и женския пол^[5]. Локализира се зад гръдната кост или високо в епигастриума и може да ирадира към гърба^[1]. Екстраезофагеалната симптоматика включва белодробни оплаквания, дължащи се на аспирация на хранопроводно съдържимо, загуба на тегло, хиповитаминози и желя-

зодефицитна анемия^[5]. Заболяването се диагностицира посредством анамнестични данни, рентгеново изследване на хранопровода с контрастна материя (бариева каша), ендоскопско изследване на горен ГИТ и езофагеална манометрия с висока резолюция^[5,6,7].

Поради неясната етиология на ахалазията, лечебните методи целят да намалят симптомите, да подобрят изпразването на хранопровода и да намалят усложненията. Лечението на ахалазията се дели на следните категории – медикаментозно, ендоскопско и хирургично^[5]. Най-често използваните фармакологични препарати са калциевите антагонисти

Ключови думи:

ахалазия, балонна дилатация, перорална ендоскопска миотомия

и нитратите. Ендоскопските методи за лечение включват инжектиране на ботулинов токсин, пневматична балонна дилатация и перорална ендоскопска миотомия (ПОЕМ), а хирургичните – миотомия по Хелер със или без фундопликация^[5,8].

От 2018 до 2023 г. включително експертът на отделието по Гастроентерология към УМБАЛ „Пълмед“ ООД е извършил 30 успешни ПОЕМ процедури. Пациентите включват 15 мъже и 15 жени на възраст от 20 до 75 г. Процедурата се извършва под обща анестезия. След почистване на хранопровода и измерване на разстоянието от съзъбието до кардията се избира място за създаване на линеарен мукозен разрез, който служи като вход на субмукозния тунел. В случай на дилатиран хранопровод без стеснения разреза на мукозата се създава на поне 8 cm над ГЕВ. При наличие на стеснения в хранопровода т.нар. „хранопровод с виг на тирбушон“ (от англ.: Corkscrew esophagus), мукозния разрез се създава поне 4 cm над първото стеснение. В зависимост от школата може да се използва преден или заден достъп. След инжектиране на високомолекулярен разтвор, с помощта на триъгълен нож се навлиза в субмукозата и се създава субмукозен тунел до 2-4 cm в кардията. След завършването на тунела се извършва миотомия на циркулярния и линеарния мускулен слой на хранопровода, ДЕС и 2 cm в мускулния слой на кардията. Оглежда се мукозата в лумена на хранопровода, за да се подsigури липсата на перфорация и да се верифицира релаксацията на ДЕС, преди затварянето на линеарния мукозен разрез с помощта на клипсове (Фиг. 1). В деня след процедурата се извършва ново рентгеново изследване, този път с водно-разтворим контраст, за да се

верифицира успеха на процедурата и липсата на перфорация, преди да се започне храненето на пациента.

При всички пациенти се отчете незабавно повлияване на оплакванията още в първите постпроцедурни дни. Най-честото усложнение, отчетено при шестима от пациентите при контролните ендоскопии един месец след процедурата, беше рефлукс-езофагита. При двамата от пациентите на втори етап се отчете възвръщане на оплакванията, поради което се извърши балонна дилатация с ефект.

За сравнение на краткосрочната и дългосрочната ефективност на РОЕМ, спрямо останалите методи за лечение, са налични няколко клинични проучвания. В мултицентрово рандомизирано проучване на Ponds^[9], включващо 126 пациенти с ахалазия, при които не е проведено предходно лечение, са извършени 63 балонни дилатации и 63 перорални ендоскопски миотомии. При проследяването 2 години след манипулацията е установен клиничен успех (чрез Eckardt системата и нуждата от реинтервенция) при 92% от пациентите след РОЕМ и 54% от лекуваните с балонна дилатация. Друго ретроспективно проучване се състои от 72 пациенти, от които 40 след балонна дилатация и 32 след РОЕМ като първична терапия. Краткосрочната ефективност отчетена на третия месец е съпоставима за двете групи – 96% за РОЕМ и 95% за балонна дилатация. С времето ефективността на балонната дилатация прогресивно спада, достигайки до 60% на третата година, докато при пациентите лекувани с РОЕМ с наблюдава малък спад до 93% на третата година^[10]. И при двете проучвания се отчита по-голяма честота на постпроцедурен

рефлукс при РОЕМ групите, отколкото при пациентите след балонна дилатация^[9,10].

В мултицентрично рандомизирано проучване на Werner и колеktiv^[11] са сравнени ефективността на РОЕМ и на хирургичната миотомия с фундопликация по Дор в рамките на 2 години. В проучването участват 221 пациенти, на 112 от които е извършен РОЕМ, а на 109 – оперативна миотомия. Резултатите от проучването показват сравними данни за две-годишна ефективност в редуция на симптомите със 83% и 81.7% съответно за РОЕМ и хирургичната миотомия. При хирургичната миотомия, обаче са отчетени по-голям процент на сериозни усложнения (7.3%) в сравнение с РОЕМ (2.7%).

От друга страна, два мета анализа показват липса на статистическа разлика в процедурното време, болничния престой и процента на усложненията, докато отразяват преимущество в ефективността на РОЕМ над хирургичната миотомия^[12,13]. Постпроцедурният рефлукс остава основен проблем след РОЕМ с доста по-високи стойности при краткосрочно и дългосрочно (2 години) проследяване^[11,13].

В заключение можем да кажем, че пероралната ендоскопска миотомия е безопасна, минимално-инвазивна процедура, с отлични клинични резултати, която следва да се използва като терапия на първи избор при лечението на ахалазията. ■

Книгопис:

Книгописът е на разположение в редакцията.