

Bartłomiej Czapla

Ocena skuteczności leczenia łagodnych zwężeń  
górnego odcinka przewodu pokarmowego

STRESZCZENIE

ROZPRAWA DOKTORSKA

Promotor: Dr hab. n. med. Renata Taboła Profesor U M

Łagodne zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego są obok guzów złośliwych najczęstszą przyczyną dysfagii. O ile rozpoznanie łagodnego zwężenia nie jest dużym wyzwaniem to dobór odpowiedniego leczenia przewlekłego może stanowić problem. Możemy wyodrębnić dwie grupy zwężeń łagodnych – proste i złożone a w grupie złożonych odporne na leczenie i nawrotowe. Obie grupy leczy się endoskopowymi poszerzeniami, ale zwężenia proste dużo lepiej odpowiadają na leczenie niż zwężenia złożone. Najczęściej występującymi zwężeniami są zwężenia porefluksowe, które dość dobrze reagują na poszerzenia. W przeciwieństwie do zwężeń pooparzeniowych, ilość wykonanych poszerzeń do ustąpienia objawów dysfagii w zwężeniu porefluksowym była statystycznie znamiennej mniejsza ( $p < 0.05$ ).

Głównym celem leczenia endoskopowego jest złagodzenie lub ustąpienie objawów dysfagii przy jak najmniejszej liczbie wykonanych zabiegów. Objawy znikają, jeżeli uda się poszerzyć światło przełyku na tyle aby uzyskać możliwość spożywania pokarmów stałych. W zaawansowanych zwężeniach, dających objawy dysfagii pełnej z niemożnością połykania zarówno pokarmów stałych i płynnych zabieg poszerzenia można przeprowadzać wieloetapowo.

Do badania zakwalifikowano 116 pacjentów leczonych w Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Pracowni Endoskopowej USK we Wrocławiu w latach 2014-2020, u których pod uwagę wzięto wiek, średnicę zwężenia przed poszerzaniem, długość zwężenia. Pacjentów podzielono na grupy ze względu na etiologię zwężenia oraz ze względu na typ zwężenia – proste i złożone. Częstość występowania zwężenia prostego i złożonego w zależności od płci pokazuje że rozkład kobiet i mężczyzn, u których występują zwężenia złożone jest podobny ( $p \leq 0,933$ ).

73.9% pacjentów ze zwężeniem porefluksowym wymagało jednorazowego zabiegu poszerzenia do ustąpienia objawów. W przeciwieństwie do pacjentów ze zwężeniem zespolenia przełykowo-jelitowego u których jednokrotny zabieg do uzyskania 12-sto miesięcznej przerwy możliwy był jedynie u 4.3%.

Pojedynczy zabieg do uzyskania 12-sto miesięcznej przerwy w leczeniu był możliwy u 75.8% u pacjentów ze zwężeniem prostym i u 75% u pacjentów ze zwężeniem porefluksowym i jedynie u 5% pacjentów ze zwężeniem zespolenia przełykowo-jelitowego w dwudziestoczworo miesięcznej przerwie w leczeniu.

W analizie jednoczynnikowej w badanej grupie pacjentów wykazano, że na wynik leczenia po 12-stu miesiącach istotne statystycznie znaczenie ma długość zwężenia i średnica zwężenia ( $p < 0.05$ ). Im dłuższe zwężenie i mniejsza jego średnica tym więcej endoskopii wymaga pacjent do uzyskania przerwy bez potrzeby interwencji. Na skrócenie tego okresu ma wpływ płeć męska i wiek. Młodszy wiek skraca okres pomiędzy interwencjami. Przyjmując za graniczne zwężenie długości 15 mm, wykazano że każde wydłużenie zwężenia o 4 mm zwiększa ryzyko wystąpienia zwężenia złożonego o 67%. Zatem zwężenie powyżej 19 mm z dużym prawdopodobieństwem należy uznać za zwężenie złożone.

24-ro miesięczną przerwę w poszerzaniu uzyskano u 58.3 % pacjentów ze zwężeniem porefluksowym natomiast u żadnego pacjenta ze zwężeniem po radioterapii i tylko u 8.3% ze zwężeniem zespolenia przełykowo- jelitowego. Jedynie poniżej 10% pacjentów u których wykonano powyżej 4 endoskopii miało 12 miesięczny okres bez endoskopowej interwencji.

Metodą korelacji wielorakiej pokazano również, że liczba wykonanych endoskopii podczas 24-ro miesięcznego okresu obserwacji jest zależna od trzech zmiennych: wieku, płci pacjenta oraz średnicy zwężenia przed poszerzaniem, podobnie jak w grupie pacjentów z 12-sto miesięcznym okresem obserwacji.

Zwężenie złożone w modelu regresji logistycznej jest zmienną zależną od długości zwężenia  $p = 0.019$ . Przerwa do następnej endoskopii skraca się dla zwężeń dłuższych lub równych 19mm.

Etiologia zwężenia przełyku miała istotne statystycznie znaczenie w wystąpieniu przerwy zarówno 12-sto jak i 24-ro miesięcznej ( $p < 0.05$ ) i była istotnie mniejsza statystycznie w zwężeniu przełyku po oparzeniu chemicznym niż na tle porefluksowym.

## SUMMARY

Benign esophageal strictures of the upper gastrointestinal tract are still medical issue. Apart from malignant tumors, it is the most common cause of dysphagia. While the diagnosis of benign stenosis is not challenging, choosing the right treatment strategy can be problematic. This mainly refers to patients with recurrent stenosis. Endoscopic treatment is the treatment of choice for benign strictures.

The main goal of endoscopic treatment is to temper or retire symptoms of dysphagia with the minimum procedures performed. The symptoms disappear if the esophagus is widened enough to allow the swallowing of solid food. In advanced stenosis, showing symptoms of complete dysphagia with the inability to swallow both solid and liquid foods, the stenosis dilatation procedure can be performed in multiple stages.

In this study, I analyzed a group of patients treated at the Department of Gastrointestinal Surgery and the Endoscopic Unit of the University Hospital in Wrocław in years 2014-2020. The above study included 116 patients in whom the malignant cause of dysphagia was excluded.

Depending on the type of stricture, the number of endoscopies performed varied greatly. We divided our patients into 6 different groups according to their etiology. The most common strictures are peptic in origin, which responds fairly well to dilatations. Contrary to chemical burns ( $p < 0.05$ ) It has been shown that the length of the stricture and its diameter are statistically significant for the treatment outcome after 12 and 24 months ( $p < 0.005$ ). The longer the stricture and the smaller its diameter, the more endoscopies are required for the patient to obtain the break without the need for the intervention. Male gender and age affect the outcome. Younger age shortens the time between interventions. Assuming the length of the stricture 15 mm, it was shown that each 4 mm elongation increased the risk of a complex stricture by 67%. Stricture greater than 19 mm is likely to be complex.