

Laparoskopik bilateral trunkal vagotomi ve gastroenterostomi (olgu sunumu)

Sait BAKIR(*), Nursen KARTAL(**), Meltem ARIKAN(**)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik cerrahi tedavi uygulanan Duodenal ülserle sekonder pilor stenozu olgusuna ait deneyim ve bulguların tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: PTT Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde pilor stenozu tanısı ile interne edilen bir olguya yapılan laparoskopik bilateral trunkal vagotomi+gastroenterostomi ameliyatı, tekniği, karşılaşılan teknik zorluklar ve postoperatif seyir; ilk 6 aylık takip sonuçları değerlendirilmiştir. 5 trokar girişi ile çalışıldı. Bilateral trunkal vagotomiyi takiben endo-GIA stapler ile gastroenterostomi yapıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 240 dakika idi. Post-op 12. saatte nasogastrik dreni alınan olgu mobilize edildi. 24. saatten itibaren oral sıvı gıda verildi. 3. günden itibaren normal oral beslenmeye geçildi. Post-op 7. gün eksterne edildi. 1. ay ve 6. ay sonunda yapılan kontrolde de hasta semptomlarının kaybolduğu saptandı. (Visick II)

Sonuç: Bu olguya ait bulgular literatürü desteklemektedir. Bunun yanı sıra laparoskopik yöntemin fonksiyonel ve fizyolojik etkinliğinin kesinleşmesi, geniş serilere ve uzun dönem takip sonuçlarına gereksinim duymaktadır.

Anahtar kelime: Laparoskopik bilateral trunkal vagotomi, Laparoskopik gastroenterostomi, pilor stenozu

SUMMARY

Laparoscopic bilateral truncal vagotomy and gastroenterostomy

Objective: To discuss the experience and the results of a pyloric stenosis (secondary to duodenal ulcer) case that was treated by laparoscopic truncal vagotomy and gastroenterostomy.

Methods: A pyloric stenosis case that was treated with laparoscopic bilateral truncal vagotomy and gastroenterostomy in PTT Hospital Department of surgery; its technique, difficulties and postoperative period are discussed with six month results. 5 trocar used and gastroenterostomy performed with endo-GIA after bilateral truncal vagotomy.

Results: Operation time was 240 min. Patient mobilized at 12 hours postoperatively after taken out the nasogastric tube. Oral feeding has begun at 3rd day and the patient left hospital at 7 th day postoperatively. In his 1st and 6th month controls disappeared all his symptoms (visick II).

Conclusion: Literature and the results of this case shows good clinical results of Laparoscopic bilateral truncal vagotomy and gastroenterostomy for the treatment of pyloric stenosis secondary to duodenal ulcer however long term follow-up is necessary to assess the function and physiologic effects of this laparoscopic approach.

Key words: Laparoscopic bilateral truncal vagotomy, laparoscopic gastroenterostomy, pylor stenosis

GİRİŞ

Duodenal ülserlerin % 80'e yakını tıbbi olarak tedavi edilmektedir. Tıbbi tedaviye yanıt alınmaması, sık nüksler ve komplikasyonların ortaya çıkması cerrahi tedaviyi gerektirir.

Komplikasyonlardan pilor stenozu tedavisinde subtotal gastrektomi ve gastroenterostomi ya da

trunkal vagotomi ve drenaj (piloroplasti ya da gastroenterostomi) uygulanabilir.

Laparoskopik teknikle ilk vagotomi 1989 yılında Dubois tarafından yapılmıştır. Bugüne dek peptik ülser cerrahisinde çeşitli laparoskopik ameliyat teknikleri uygulanmıştır. Ülkemizde laparoskopik vagotomi+endoskopik pilor dilatasyonu, tedaviye dirençli olgularda uygulanmış ve ilk sonuçlar umut verici olarak bildirilmiştir⁽¹⁾. 1996 yılında yayınlanan 20 pilor stenozu olgusuna ait seride Wyman ve ark⁽²⁾'ları pilor stenozu tedavisinde laparoskopik trunkal

(*) İstanbul PTT Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Op. Dr.

(**) İstanbul PTT Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Asistan Dr.

vagotomi ve gastroenterostomi tekniğini önermişlerdir.

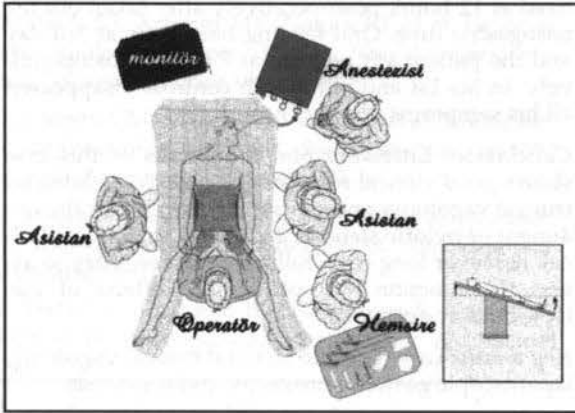
OLGU

38 yaşında erkek hasta; yaklaşık 10 yıllık duodenal ülser öyküsü mevcut. Bu süre içerisinde ülser aktivasyon dönemlerinde antiülser tedaviler uygulanmış. 9.2.1998 tarihinde yapılan endoskopik tetkikinde (9.2.98/45) deforme bulbus ve pilor stenozu saptanmış. Aynı gün Pilon stenozu tanısı ile operasyon için yatırıldı. Sıvı-elektrolit replasmanı, 48 saat nasogastrik aspirasyon uygulanan hastaya preoperatif hazırlığı takiben 13.2.1998 tarihinde operasyon yapıldı.

TEKNİK

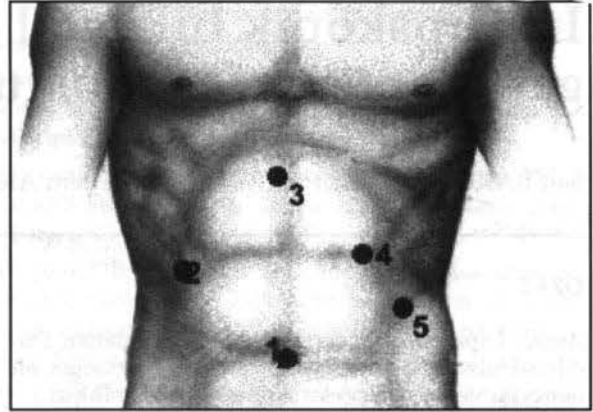
Operasyonda ekibin yerleşimi şekil 1'de, trokar yerleri ve kullanımı şekil 2'de gösterilmiştir.

Göbekten girilen Veress iğnesi ile 12cmHg basınca dek CO₂ insüflasyonunu takiben 10mm



Şekil 1: Ekip yerleşimi ve hasta pozisyonu

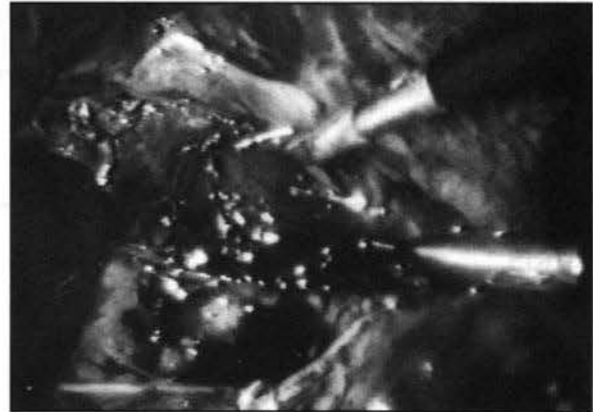
trokar girildi. 0° Teleskop kullanılarak batin eksplorasyonu yapıldı. Mide dilate, bulbus retrakte, minimal peribulber omental yapışıklıklar mevcuttu. Diğer karın içi organlar normal saptandı. Daha sonra 2,3,4 ve 5. trokarlar girildi (şekil 2). 2 No'lu trokardan karaciğer ekartörü girilerek karaciğer sol lob sağa-yukarı ekartasyonla hiatus ortaya kondu. Mideye 5 No'lu trokardan girilen babcock ile önyan-aşağı yönde traksiyon uygulandı. Küçük omentum lateralinden açılan pencere gastroözofagial bileşke peritonu üzerinden sola doğru ilerletildi. Künt ve keskin diseksiyonla özofagus ortaya kondu. Takiben



Şekil 2. Trokarların giriş noktaları

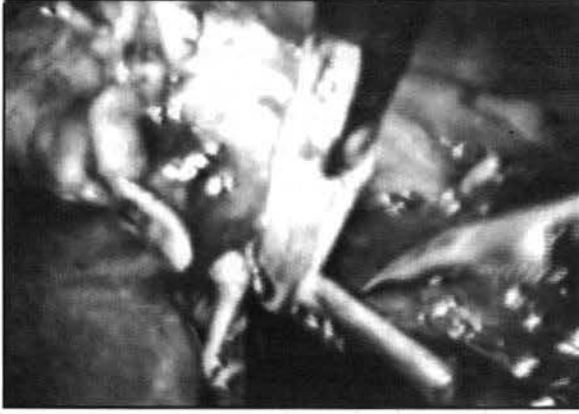
özofagus, önce sağ daha sonra sol posterior diseksiyonla mobilize edildi. Traksiyon için babcock daha üst seviyeden yerleştirildiğinde anterior vagus bir band şeklinde touch-prob ile önce palpe sonra prepare edilip proksimal ve distali kliplenip yaklaşık 1 cm'lik segment çıkarıldı (resim 1). Özofagus öne traksiyonu artırıldığında posterior künt diseksiyonla posterior vagus ortaya konarak proksimal ve distali kliplenip yaklaşık 1 cm'lik segment çıkarıldı (resim 2). Kanama kontrolünü takiben peritoneal yapraklar 2 adet sütür ile yaklaştırıldı.

3ve 4 nolu trokarlardan girilen grasperlar ile transvers kolon yukarı yönde çekilerek 2 ve 5 nolu trokarlardan girilen grasperlar ile treitz bulunup (resim 3) yaklaşık 15 cm mesafeden je-



Resim 1: Ön vagus disseke edilip kliplenmiş

junum tutulup antekolik alana çekilerek anastomoz hattı belirlendi. Antrumda pilora yaklaşık 5 cm. uzaklıktan gastrik hat belirlenip askı dikişleri konuldu (resim 4). Askı dikiş kenarından yaklaşık 1'er cm'lik gastrotomi ve jejunotomi



Resim 2: Arka vagus diseksiyonu

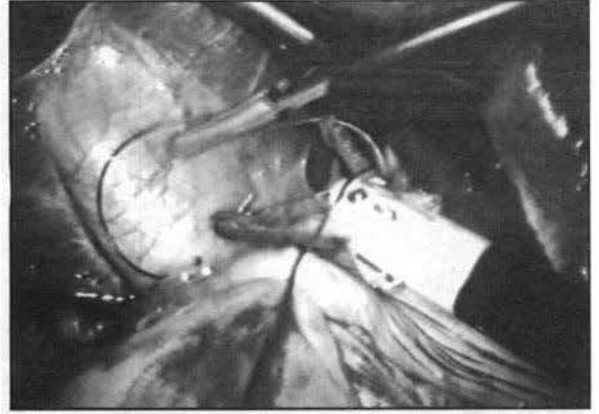


Resim 3: Treitz'in belirlenmesi

yapılarak 4 no'lu trokardan girilen EndoGIA 65 mm. stapler ile anastomoz yapıldı (resim 5). Daha sonra anastomoz touch-prob ile kontrol edilip stapler giriş yerindeki açıklık inversiyon sağlayacak şekilde devamlı dikişle kapatılıp üzerine küçük bir omentum parçası getirilerek tesbit edildi (resim 6). Batın reeksplore edilip kanama kontrolü yapıldı. 2 nolu trokardan anastomoz hattına lastik dren konularak desuflasyonu takiben operasyona son verildi. Operasyon süresi 240 dakikaydı. Patolojik inceleme sonucu her iki vagus periferik tip sinir demeti olarak rapor edildi.

Post-op 12. saatte nasogastrik dreni alınan olgu mobilize edildi. 24. saatten itibaren oral sıvı gıda verildi, batın dreni alındı (resim 7). Üçüncü günden itibaren normal oral beslenmeye geçildi. İlk olgu olması nedeniyle gözlem amacıyla 7. güne dek yatırılan olgu, suturleri alındıktan sonra 1. ve 6. ayda kontrole gelmek üzere eksterne edildi.

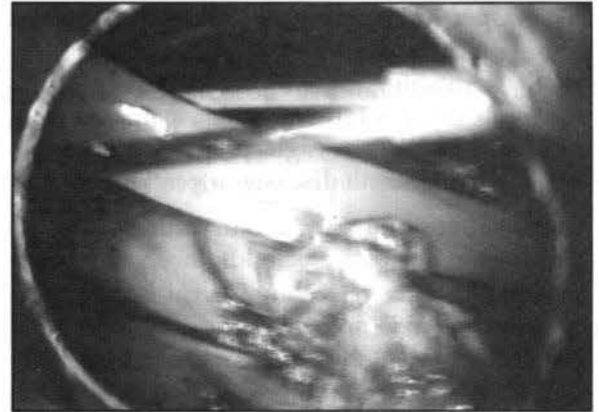
1. ay ve 6. ay sonunda yapılan kontrolde de has-



Resim 4: Askı dikişleri konulması



Resim 5: EndoGIA stapler yerleştirilmesi

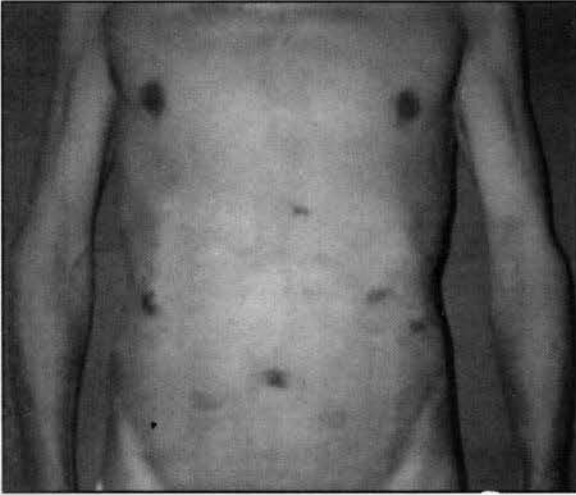


Resim 6: Omentoplasti sonrası anastomoz hattı

tanın semptomların kaybolduğu saptandı. (Visick II)

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahi giderek cerrahi arenadaki yerini genişletmektedir. Duodenal ülser sekon-



Resim 7: Hasta post-op 3. gün

der pilor stenozu tedavisinde standart operasyon kabul edilen trunkal vagotomi ve drenaj girişimidir (2,3). Laparoskopik olarak trunkal vagotomi işleminde teknik güçlük olmasa da piloroplasti teknik olarak oldukça güçtür. Endostapler'ların kullanıma girmesiyle gastroenterostomi teknik olarak daha kolay hale gelmiş, bu nedenle drenaj için tercih edilen yöntem olmuştur.

Bu teknikte 5 trokar kullanılmaktadır (2). Ön ve arka vagusun prepare edilmesi sırasında özofagus perforasyonu riski mevcut olup (1,4) bundan korunmak için özofagus traksiyonunda atamatik grasper kullanılması ve traksiyon tonusuna azami dikkat gösterilmesi gerekmektedir (1,4). Periton yeterli açılıp traksiyon yeterli olduğunda touch-prob ile ön vagus rahatlıkla palpe edilebilmektedir. Ancak arka vagus prepare edilirken yavaş, künt ve dikkatli diseksiyon gerekmektedir.

Gastroenterostomi büyük kurvaturda, antrum alt hizasında ve pilora olabildiğince yakın yapılmalıdır (3). Mide ve jejunum herni stapler, babcock klamp ya da doğrudan endostapler ile yaklaştırılabilir (3,5). Sonrasında anastomoz gerginliğini azalatacağı ve bükülmeyi önleyici etkisinin de olacağını düşünerek askı dikişi koymayı ter-

cih ettik. Ancak askı dikişinin iki adet değil bir adet ve stapler girişinin aksiyonünde konulmasının manipülasyonu daha kolay kılacağı kanısındayız. Ayrıca gastrotomi ve jejunotominin de bipolar makas kullanılarak yapılmasının daha iyi hemostaz ve daha iyi çalışma alanı sağlayacağı kanısındayız.

Stapler giriş delikleri tek tek ya da devamlı dikişle kapatılabilir (3,5). Biz endostich kullandığımız için devamlı dikişle kapamayı tercih ettik. Bu aşamada ilk deneyim olması nedeniyle bu hattı omentoplasti ile güvenceye aldık. Deneyim arttıkça omentoplasti ve drenajın da yapılmasına gerek kalmayacaktır.

Laparoskopik bilateral trunkal vagotomi ve gastroenterostomi'nin duodenal ülser sekonder pilor stenozu tedavisinde kullanımına ait literatür verileri umut vericidir (2,3). Bu olguya ait bulgular da literatürü desteklemektedir. Bunun yanı sıra laparoskopik yöntemin fonksiyonel ve fizyolojik etkinliğinin kesinleşmesi, uzun dönem takip sonuçlarına gereksinim duymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özmen V. Müslümanoğlu M; İçgi A; Buğra D. Laparoscopic treatment of duodenal ulcer by bilateral trunkal vagotomy and endoscopic balloon dilatation. J Laparoendosc Surg 1995 Feb; 5:21-6
2. Wyman A. Stuart RC; Ng EK; Chung SC; Li AK. Laparoscopic truncal vagotomy and gastroenterostomy for pyloric stenosis. Am J Surg 1996 Jun; 171: 600-603
3. Minimally invasive approaches to ulcer therapy. In Peters J.H., Demeester T.R. editors. Minimally invasive surgery of the foregut. St Louis Missouri: Quality Medical Publishing, Inc, 1995: 215-29.
4. Mc Dermott EW; Murhy JJ. Laparoscopic truncal vagotomy without drainage. Br J Surg 1993 Feb; 80:236
5. Videoendoscopic gastroduodenal surgery. In Steichen F.M., Welter R. editors. Minimally invasive surgery and new technology. St Louis Missouri: Quality Medical Publishing, Inc, 1994: 607-25.

Alındığı Tarih: 25 Aralık 1998

Yazışma adresi: Op Dr. Sait Bakır

Yıldız Sok. No: 19/3 81080 Caddebostan/İSTANBUL