

Besleyici Jejunostomili ve Jejunostomisiz Total Gastrektomi Ameliyatlarımızın Karşılaştırılması

Total gastrectomy with and without feeding jejunostomy

Sadık YILDIRIM*, Hakan M. KÖKSAL*, M. Fezi CELAYİR*,
Adil BAYKAN*, Levent ERDEM**, Hasan TOK*.

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği

**Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

ÖZET

Amaç: Proksimal gastrik kanserlerin küratif rezeksiyonu amacıyla ve yaygın eroziv gastrite bağlı ağır kanamaların kontrolünde total gastrektomi hala tercih edilen bir metottür. Stapler kullanımının yaygınlaşması ve besleyici jejunostomiyle geniş gastrik rezeksiyonların operatif morbidite ve mortalitesinin azaldığı bildirilmiştir. Son çalışmalarda besleyici jejunostomiye bağlı bir komplikasyon olan tıkanıklığın zaman zaman görülmesi konu hakkında düşüncelerimizi sorgulamaktadır.

Materyal ve metod: Çalışmamızda hastanemizde 1994-1999 yılları arasında total gastrektomi yapılan 55 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. 20 hastaya besleyici jejunostomi açıldı. Tüm hastalarda postoperatif oral beslenme zamanı hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Oral beslenmeye başlama zamanı jejunostomili grupta ortalama olarak 5 ± 2 gün iken, diğer grupta 3 ± 1 gün olarak saptandı. Hastanede kalış süresi jejunostomili grupta 14 ± 3 gün oldu. Oysa jejunostomisiz grupta 10 ± 3 gün olarak belirlendi. Her iki grupta da anastomoz kaçağı saptanmadı. Jejunostomi tüpü postoperatif 7-13 günler arası çekildi. 3 hastada jejunostomi tüpünün çekilmesini takip eden en az 3 gün boyunca tüp yerinden drenaj devam etti. Bu hastaların birinde tüp yerinden drenaj 8. güne sarktı. Jejunostomisiz grupta yara komplikasyonu gelişmedi.

Tartışma: Total gastrektomilerin çoğunda besleyici jejunostomi gerekli değildir. Bu prosedür uygulandığında postoperatif komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi uzamış gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler. Gastrektomi, jejunostomi.

ABSTRACT

Background: Total gastrectomy for curative resection of proximal gastric cancer and in control of severe bleeding from extensive erosive gastritis is still recommended. Operative morbidity and mortality of this extensive gastric resection is reported to decrease with stapler use and feeding jejunostomy. But in recent studies impact of feeding jejunostomy in the patients questioned.

Material and methods: Between 1994-1999 fifty-five patients undergone total gastrectomy were included in the study. In 20 patients feeding jejunostomy performed. We compared postoperative oral feeding time, hospital stay, complications in both patients.

Results: Mean time for starting oral feeding in jejunostomy group was 5 ± 2 days whereas in other group it was 3 ± 1 days. Hospital stay was 143 days in jejunostomy group and 10 ± 3 days in non-jejunostomy group. No anastomotic leak encountered in both groups. Jejunostomy tube removed between 7-13 days postoperatively. In 3 patients jejunostomy wound drainage continued for at least 3 days after removing the tube. In one of these patients 8 days elapsed for cessation of the tube wound drainage. No wound complication occurred in non-jejunostomy group.

Conclusion: Feeding jejunostomy is not necessary in most of total gastrectomies. Postoperative complication and hospital stay seems to increase with this procedure.

Key words: Gastrectomy, jejunostomy.

Yazışma Adresi:

Sadık Yıldırım - Narin Sitesi Melodi S.6.Blok.Ufuk Apat.
D:12 80620 Etiler-İstanbul Tel:(0532) 2547549-
(0212)2830333-2340808 Faks:(0212) 2835484-2340808
e-posta: syildirim1@hotmail.com

EuroSurgery 2000-İstanbul'da İngilizce bildiri olarak sunulmuştur.

Total gastrektomi, gastrit kanserlerin küratif tedavisinde ve ağır hemorajik gastit ya da korozif pangastrik inflamasyon gibi nadir görülen durumlarda uygulanmaktadır. Total gastrektomi sonrası besleyici jejunostomi erken enteral beslenmeyi sağlamak anastomozu korumak ve anastomoz ya da duodenal kaçak olduğunda efektif nutrisyon sağlamak amacıyla tercih edilmektedir (1,2). Feeding jejunostomiden kaynaklanan morbidite ve komplikasyonlar karar aşamasında iyi değerlendirilmeli ve yarar zarar ilişkisi

dikkate alınmalıdır.

MATERYAL METOD

Kliniğimizde 1994 ve 1999 yılları arasında 55 hastaya total gastrektomi uygulandı. 49 hastanın tanısı gastrik kanser, 4 hastanın erozif gastrit, 1 hastanın ki ise korozif madde içiminden kaynaklanan pangastrik striktördü. Opere edilen ilk 20 hastaya jejunostomi açılırken diğer 35 hastaya jejunostomi açılmadı. Jejunostomi 14 French'lik Foley kateter ile Treitz Ligamanı'nın yaklaşık 20 cm distalinden ve Stamm ve Witzell tekniklerinden birinin kullanımıyla uygulandı. Jejunostomiden beslenmeye 1. postoperatif günde %5 Dekstrozun infuzyon pompasıyla saatte 30 ml verilmesiyle başladı. 2. gün beslenmeye 15 kcal/kg/gün kalori alımını sağlayan polimerik diyetlerin (Kalorinin %53'ü karbonhidrat, %22'si protein %25'i lipit ağırlıklıydı) %50 sulandırılmış şekliyle devam edildi. 3. postoperatif günde ise enteral beslenme 25 kcal/kg/gün'e çıkarıldı. Bu grupta oral beslenme 4-7 günlerde (ortalama 52 gün), jejunostomi yapılmayan grupta oral beslenme postoperatif 1. günde %5 dekstroz ile başladı. Enteral formüllerle oral sıvı beslenme ise 2-5. günlerde (ortalama 31 gün) başladı. Enteral ya da oral beslenmeye tolerans, jejunostomiye bağlı morbidite ve komplikasyonlar ile hastanede kalış zamanı karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Hastaların kadın erkek oranı 38/16 idi. 2 grup demografik olarak birbirinden farklı değildi. Oral ve enteral beslenmeye her iki grupta da postoperatif 1. günde başladı. Jejunostomili gruptaki hastaların 11'inde 2. ya da 3. postoperatif günlerde diyare ortaya çıktı. Diyarenin sıklığı günde 4-14 arasında (ortalama 8) değişti. Hastaların 4'ünde diyare enteral formüllerin %50 dilusyonu ile düzeldi 7 hastada 2,5 mgx3/gün difenoksilat (Lomotil) kullanımına ihtiyaç duyuldu. Jejunostomi açılmayan hastaların hiçbirinde diyare ortaya çıkmadı. Jejunostomi kateterleri 7-13 postoperatif günlerde (ortalama 9. gün) çekildi. 2 hasta oral beslenmeye zayıf tolerans gösterdiğinden tüpleri sırasıyla 11. ve 13. günlerde çekildi. Her iki grupta da oral beslenme postoperatif 2.-5. günlerde (ortalama 31 gün) başladı. Gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi. 3 hastada jejunostomi tüpünün çekilmesinden sonra en az 3 gün yaradan drenaj devam etti. Jejunostomisiz grupta herhangi bir yara komplikasyonu gözlenmedi. Jejunostomili hastalar evlerine postoperatif 8-18. günlerde (ortalama hastanede kalış 13±1.1 gün)

gönderilirken; jejunostomisiz hastalar 6-14. günlerde (ortalama 9±0.3 gün) evlerine gönderilmiştir. (p<0.05)

TARTIŞMA

Gastrointestinal kanal devamlılığı bozulmadığı sürece, enteral nutrisyon parenteral nutrisyona kıyasla, nutrisyonel destek için daha çok tercih edilen bir yöntemdir. Jejunostomi teknikleri geçtiğimiz yüzyılın başından beri cerrahi kullanımda yer almıştır. İleri mide kanserlerinin palyasyonunda normal besinlerin verilebilmesi için jejunostomi ana yöntem olmuştur. Jejunal beslenme en geniş kullanım sahasını 1930 ve 1950 yılları arasında bulmuştur. Gastrektomi dehidrate kalmış ve kaşektik hastalarda kanser ve ülser tedavisi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktaydı. Gastrik operasyonlardan sonraysa jejunostomi ya da nasojejunal tüpler rutin olarak cerrahların tercihi olmaktadır. 1970'lerden itibaren total parenteral nutrisyon (TPN) kullanıma girmiş ve jejunostomi ihtiyacında bir azalma gözlenmiştir. Bununla birlikte aynı dönemde pankreatik, özafajiyal ve hepatobiliyer hastalıkların insidanslarının artmasıyla birlikte major cerrahi operasyonlara ve katabolik postoperatif süreçlere maruz kalan hasta sayısı artmıştır.

Nutrisyonel destek tedavisinde TPN'nin uygulanabilir hale gelmesiyle birlikte postoperatif hastalarda barsağın beslenme için kullanımı düşüncesi yeni bir eğilimin doğmasına sebep olmuştur. Bu yeni ilgi alanı birçok cerrahi parenteral nutrisyon tekniklerinin anlaşılması, barsağın emilim yüzeyinin yeniden keşfi, beslenme formüllerinin çeşitliliği nedeniyle tamamlayıcı ya da adjuvan beslenme jejunostomisi konusunda cesaretlendirmiştir (3).

Erken tanı ameliyat olacak hastaların ameliyata girerken genel durumlarının daha az kaşektik ve düşkün olmasına sebep olacağından gastrektomize hastalarda enteral ya da parenteral beslenmenin zorunluluğunu azaltmıştır. Birçok kaşektik hastada preoperatif oral ya da parenteral nutrisyonel destek açıklarının yerine konulmasını sağlar (4). Major cerrahi uygulanan hastalarda erken postoperatif enteral beslenmenin parenteral beslenmeye göre daha değerli bir alternatif olduğu gösterilmiştir (5,6). Ancak besleyici jejunostomide de bazen komplikasyonlar gelişebilir. Besleyici jejunostomiyle erken nutrisyon %10 gibi yüksek bir morbidite oranına sahip ciddi komplikasyonlarla ilişkilidir (7). Jejunostomi kateterinin yerleştirme yeri ve enteral besinlerin içeriği sırasıyla %3.8 ve %8.9 gibi bir morbidite oranına sahiptir (8). Kateter giriş bölgelerinde lokal deri erozyonları, diyare ya da abdominal dolgunluk kateterin tıkanması ucunun yerinden oynaması, mideye retrograd

reflü, sızıntı, perforasyon, peritonit, fistül, intestinal obstrüksiyon, jejunumun kendi eksenini etrafında dönüşüne bağlı olarak ince barsak nekrozu, jejunostomi tekniği ya da jejunostomiyle beslemenin komplikasyonlarıdır (9,10,11,12).

Cogen ve ark'nın birbirini takip eden 44 jejunostomiyle beslenen hasta üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada, özellikle bu gibi hastalarda oluşabilecek aspirasyon pnömonisi komplikasyon indansını belirlemeyi amaçlamışlardır. Bu hasta grubunda %81.8 oranında en az bir komplikasyon ortaya çıkmıştır. Bu komplikasyonların en sık görülenleri de tübün yerinden çıkması ve tıkanmasıdır. Hastaların %52.2'sinde doktorun jejunostomiye müdahalesi gerekmiştir. Aspirasyon pnömonisi daha önce aspirasyon öyküsü olan hastaların %31.6'sında gelişmişken, aspirasyon öyküsü olmayan hastaların %4'de gözlenmiştir. Buna göre toplam insidans %15.9 olarak bildirilmiştir. ($p<0.05$)

Sonuç olarak jejunostomiyle besleme, hastaları aspirasyon pnömonisi riskinden korumamaktadır (13). Çalışmamızda diyare, kateterin çekilmesinden sonra sızıntı ve uzun hastanede kalış süresi jejunostomi prosedürüyle ilgili ilişkili en önemli problemler olmuştur. Jejunostomi ve jejunostomizis grupları arasındaki postoperatif enfeksiyöz komplikasyonlar açısından

anlamli bir fark tespit edilememiştir.

Heslin ve ark'ları erken postoperatif enteral beslenen grupla kontrol grubu arasında minör, majör ya da enfeksiyöz yara komplikasyonları açısından anlamlı bir fark belirlememişlerdir (14). Jejunostomiyle enteral beslenme, Whipple ameliyatı, total özafajektomi gibi gastrik boşalmanın uzadığı ve oral beslenmeye intoleransın arttığı majör ameliyat durumlarında uzun süreli enteral nutrisyon gereksinimi doğurduğundan günümüzde hala önemini korumaktadır.

İğne kateter jejunostomisi günümüzde kullanılan başka bir tekniktir. Bununla birlikte nutrisyonel destek gereksinimi elektif abdominal cerrahi girişimi izleyen günlerde, postoperatif enteral beslenme konusundaki deneyimlerle de kıyaslanarak değerlendirilmelidir. Özafajektomi, total gastrektomi ve Whipple ameliyatı kateter jejunostomisinin uygulanabileceği en uygun endikasyonlar olarak tanımlanmıştır ama diğer tip operasyonlar da ayrı ayrı değerlendirilebilir (15,16,17).

Total gastrektomi sonrasında jejunal beslenme hızı belirlenirken dikkati elden bırakmamak gerekir. Bu hastalarda postoperatif ileus uzun sürmez ve erken oral beslenmeye tolerans iyidir. Bu ameliyatları takiben uygulanacak olan beslenme jejunostomisi konusunda seçici olmakta fayda vardır.

KAYNAKLAR

1. Wakefield SE, Mansell NJ, Baigrie RJ, Dowling BL, Use of jejunostomy after esophagogastric surgery, Br J Surg 1995, 82:6,811,813.
2. Cade RJ. Feeding jejunostomy: is its routine use in major upper gastrointestinal surgery justified. Aust N Z J Surg, 1990, 60:8,621-3.
3. Ryan JA Jr, Page CP. Intrajejunal feeding: development and current status. J Parenter Enteral Nutr 1984;8:2,187-98.
4. Beilantone R, Dolietto GB, Bossola M, Pacelli F, Negro F, Sofo L, Crucitti F Preoperative parenteral nutrition in the high risk surgical patient... JPEN J Parenter Enteral Nutr 1988 Mar-Apr 12:2 195-7.
5. Gianotti L, Braga M, Vignali A, Balzano G, Zerbi A, Bisagghi P, Di Carlo V. Effect of route of delivery and formulation of postoperative nutritional support in patients undergoing major operations for malignant neoplasms. Arch Surg 1997 Nov 132:11 1222-9; discussion 1229-30.
6. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Cestari A, Bisagni P, D Carlo V. Artificial nutrition after major abdominal surgery. Impact of route of administration and composition of the diets. [see comments]. Crit Care Med 1998 Jan 26:1 24-30.
7. Baigrie RJ, Devitt PG, Watkin DS. Enteral versus parenteral nutrition after oesophagogastric surgery: a prospective randomized comparison [see comments] Aust N Z Surg 1996 Oct:10668-70.
8. Yagi M, Haslhimoto T, Nezuka H, Ito H, Tani T, Shimizu K, Miwa K. Complications associated with enteral nutrition using catheter jejunostomy after esophagectomy. Surg Today 1999 29:3 214-8.
9. Sorensen VJ, Rafidi F, Obeid FN Perforation of the small bowel after insertion of feeding jejunostomy: a case report. J Parenter Enteral Nutr 1987 Mar-Apr 11:2 202-4
10. Gaddy MC, Max MH, Schwab CW, Kauder D. Small bowel ischemia; a consequence of feeding jejunostomy. South Med J 1986 Feb 79-2 180-2.
11. Schunn CD, Daly JM. Small bowels necrosis associated with postoperative jejunal tube feeding. J Am Coll Surg 1995 Apr 180:4 410-6.