

# Pilor Stenozu Tedavisinde Laparoskopik Trunkal Vagotomi ve Gastrojejunostomi

Burhan MAYİR<sup>1</sup>, Uygur BAŞTUĞRAL<sup>2</sup>, Cemal Özben ENSARİ<sup>1</sup>, Ramazan ERYILMAZ<sup>1</sup>, Mehmet Tahir ORUÇ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kliniği

## Özet

Peptik ülser hastalığı komplikasyonlarından olan pilor stenozunda cerrahi tedavi önemli bir seçenektir. Son yıllarda laparoskopik cerrahinin daha yaygın olarak kullanılmasıyla bu hastalara bir tedavi alternatifi oluşturmuştur. Bu makalede yemek sonrası kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile başvuran ve pilor stenozu tanısı konulan bir olguya yapılan laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulaması tartışılmıştır. Hasta ameliyat sonrası dönemde normal beslenmesine devam edebilmiş ve eski kilosuna ulaşmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Pilor Stenozu, Laparoskopik Vagotomi ve Drenaj, Laparoskopik Gastrojejunostomi

---

### Yazışma Adresi:

Burhan MAYİR

Adres: Gürsu mahallesi 353 sokak, Altinkum Konakları

E blok No:2 Antalya

Tel: 532 720 03 73

e-mail: burmay@yahoo.com

---

## Abstract

### Laparoscopic truncal vagotomy and gastrojejunostomy for the treatment of pyloric stenosis.

Surgery is an important option for treatment of pyloric stenosis which developed as complication of peptic ulcer. Recently widespread use of laparoscopic surgery provide an alternative method of treatment among these patients. In this article we represent laparoscopic truncal vagotomy and gastrojejunostomy operations for treatment of a patient with pyloric stenosis. Patient had return to normal eating habitus and had gain weight after operation.

**Key words:** Pyloric stenosis, Laparoscopic vagotomy and drainage, Laparoscopic gastrojejunostomy

### Giriş

Peptik ülser hastalığı komplikasyonlarından olan pilor stenozunda cerrahi tedavi önemli bir seçenektir. Son yıllarda endoskopik cerrahinin gelişmesi ve birçok alanda uygulanmaya başlanmasıyla pilor stenozu tedavisinde de bir alternatif oluşmuştur. Bu makalede pilor stenozu tanısıyla laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi yapılan bir hasta literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

### Olgu

Kırkyedi yaşında erkek hasta yemek sonrası bulantı, kusma ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Hikayesinde şikayetlerinin son birkaç aydır olduğunu ve bu sebeple daha öncede hastanede yatırıldığı öğrenildi. Hasta son birkaç aydır ancak sıvı gıdalarla beslenebildiğini ve son zamanlarda sıvı gıdalarla da bulantı ve kusma olduğunu ifade etti. Yapılan endoskopik incelemede midenin dilate olduğu, pilorun ileri derecede daraldığı görüldü. Endoskop ile duodenuma geçiş sağlanamadı. Yapılan mide-duodenum pasaj grafisinde pilorda 1-2 mm'lik bir açıklık izlendi. Hasta balon dilatasyonu uygulanabilirliği açısından ileri bir merkeze danışıldı ama hasta balon dilatasyona uygun bulunmadı. Hastaya pilor stenozu tanısıyla ameliyat/operasyon önerildi.

Hastaya laparoskopik Nissen fundoplikasyonu

ameliyatındakine benzer şekilde bacakları açık, ters Trendelenburg pozisyonu verildi. Cerrah bacak arasından, kameraman hastanın sağından, hemşire hastanın solundan çalıştı. Trokar yerleşimleri yine laparoskopik Nissen fundoplikasyonuna benzer şekilde yapıldı. Göbek üstünden kamera için 10 mm trokar, xifoid altından 5 mm trokar, sol mid klaviküler hat umblikus hizasından 15 mm trokar, sağ midklaviküler hat umblikus düzeyinden 10 mm trokar ve sol ön aksiller hattan 10 mmm trokar girildi. Öncelikle karaciğer ekarte edilerek mide aşağı doğru çekildi. Küçük omentum açılarak ösafagus önü ve arkası disseke edildi. Önce arka vagus daha sonra ön vagus bulunarak ultrasonik damar mühürleme cihazları ile kesildi. Daha sonra Treitz ligamanı bulundu. Treitz ligamanından itibaren 40 cm distalde jejunum ile mide antrumu arasına askı sütürü konuldu. Mide ve ince barsağa koter ile endoskopik kesici kapatıcı staplerin girebileceği bir açıklık oluşturuldu. Buradan arka arkaya 2 tane endoskopik kesici kapatıcı stapler ile yaklaşık 6 cm uzunluğunda anastamoz yapıldı. Nazogastrik sonda anastamozdan ince barsağa ilerletilerek staplerin girdiği açıklık tek kat olarak tek tek poliglikonik asit suturlar ile kapatıldı. Ameliyat 150 dk'da tamamlandı. Ameliyat sonrası 2. günde nazogastrik sonda çekildi. Ameliyat sonrası 3. gün hastaya oral gıda başlandı. Hasta 5. gün taburcu edildi.

Kontrollerde erken dönemde ishal şikayeti oldu. Bir aydan sonra bu şikayeti kaybıldı ve hasta kilo almaya başladı.

Hastanın birinci yıl kontrolünde hastanın eski kilosuna kavuştuğu görüldü. Mide yanması şikayeti olan hastaya yapılan gastroskopide gastrit bulguları dışında patoloji izlenmedi. Anastamoz hattı, getirici ve götürücü jejunum ansları doğal olarak izlendi (Resim 1).

### Tartışma

Günümüzde peptik ülser hastalığında medikal tedavilerle başarılı sonuçlar alınması sebebiyle, cerrahi yaklaşımlar sadece kanama, perforasyon ve obstrüksiyon gibi komplikasyonlar gelişen hastalara uygulanmaktadır(1). Bu komplikasyonlardan biri olan pilor stenozu tedavisinde balon dilatasyon ve cerrahi yaklaşımlar uygulanabilen tedavi seçenekleridir. Dilatasyon öncelikle uygulanması gereken tedavi olmakla birlikte bu hasta grubunda 2 yıl içinde % 50 oranında cerrahi girişim gerekmektedir(2). Cerrahi tedavide farklı yaklaşımlar olmakla birlikte trunkal vagotomi ve drenaj prosedürleri teknik olarak kolay, efektif ve yaygın kullanılan bir yaklaşımdır. Laparoskopik cerrahinin gelişmesi ve birçok alanda kullanılmaya başlanmasıyla birlikte peptik ülser komplikasyonlarının cerrahisinde de laparoskopik cerrahi uygulamaları başlamıştır. Bugüne kadar literatürde laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulaması ile ilgili tecrübeler sınırlıdır ve az sayı-

**Resim 1:** Ameliyat sonrası 1. yıl gastroskopi görüntüsü



da yaygın vardır. İnternet üzerinden yapılan yerli ve yabancı tıp dizinleri incelemesinde ise bugüne kadar Türkiye'den bu konuda bir yayına rastlanılmamıştır. Yapılan tüm çalışmalarda hasta sayıları çok geniş olmasa da yazarlar laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostominin güvenle uygulanabilir bir yöntem olduğunu bildirmektedir.

Yapılan ameliyat, teknik olarak açık cerrahidekine benzer şekilde yapılmaktadır. Biz önce trunkal vagotomi, sonrasında ise gastrojejunostomi yaptık. Trunkal vagotomi açık cerrahide her zaman çok rahat yapılmasa da laparoskopik uygulamada o bölge yakından daha ayrıntılı değerlendirilebildiği için vagus dalları kolaylıkla bulunabilmektedir. Gastrojejunostomide ise biz mide önünden anastamoz yapmayı tercih ettik. Yapılan çalışmalarda mide önünden ve ya arkasından gastrojejunostomi uygulamaları mevcut. Biz teknik olarak daha kolay olması sebebiyle anastamozu mide ön yüzünden yaptık. Ameliyat sonrası dönemde anastamoz hattından bir nasogastrik tüp ilerletmiş olsak da hastayı ameliyat sonrası 3 gün beslemedik. Laparoskopik kolon cerrahisi yapılan hastalarda erken enteral beslenme yapılabilirdi gibi bu hastada da erken enteral beslenme yapılabilirdi, fakat bu konuda tecrübemiz yeterli olmadığı için ilk hastamızda enteral beslemeyi biraz geciktirdik. Normal şartlarda ameliyat sonrası ertesinden itibaren beslenmeye başlanılabildi.

Wyman ve arkadaşları 12 hastaya pilor stenozu sebebiyle laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulamış bir hastada açığa geçmişlerdir. Ortalama operasyon süreleri 210 dakika bulunmuş. Yazarlar uzun dönem sonuçlarının iyi olduğunu bildirmişlerdir(3). Kim ve arkadaşları 13 laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi yapılan hasta ile 8 açık trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi yapılan hastayı karşılaştırmışlardır. Yazarlar laparoskopik grubun açık cerrahi grubuna göre operasyon süresi, hastanede kalış süresi, barsak seslerinin başlama zamanı, diyeteye başlama zamanı, major komplikasyon, ameliyat sonrası kilo alımı ve ameliyat sırasındaki kan kaybı açısından daha avantajlı olduğunu belirtmişlerdir(4). Abdel-Salam ve arkadaşları 18 hastada laparoskopik yardımcı trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulamışlar. Operas-

yon süresi ortalama 81 dakika bulunmuş. Bir hastada anastamoz kaçağı saptanmış. Açık ameliyata göre ameliyat süresi daha kısa olarak bulunmuştur. Yazarlar laparoskopik trunal vagotomi ve gastrojejunostominin güvenli, efektif ve uygulanabilir bir ameliyat olduğunu bildirmişlerdir(5).

Sonuç olarak pilor stenozu tedavisinde laparoskopik trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi uygulaması kolay, güvenli ve etkin bir tedavi alternatifidir.

### Kaynaklar

1. Gustavsson S, Nyrén O. Time trends in peptic ulcer surgery, 1956 to 1986. A nation-wide survey in Sweden. *Ann Surg.* 1989;210(6):704-9.
2. Jamieson GG. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease. *World J Surg.* 2000;243:256-8.
3. Wyman A, Stuart RC, Ng EK, Chung SC, Li AK. Laparoscopic truncal vagotomy and gastroenterostomy for pyloric stenosis. *Am J Surg.* 1996;171(6):600-3.
4. Kim SM, Song J, Oh SJ, Hyung WJ, Choi SH, Noh SH. Comparison of laparoscopic truncal vagotomy with gastrojejunostomy and open surgery in peptic pyloric stenosis. *Surg Endosc.* 2009 Jun;23(6):1326-30.
5. Abdel-Salam WN, Katri KM, Bessa SS, El-Kayal el-SA. Laparoscopic-assisted truncal vagotomy and gastro-jejunostomy: trial of simplification. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009;19(2):125-7.